

при которых развился острый гестационный пиелонефрит: хронический пиелонефрит — у 4 (18,2 %) пациенток, МКБ — у 3 (13,65 %) пациенток, цистит — у 2 (9,1 %), врожденная аномалия мочевыводящих путей (подковообразная почка) — у 1 (4,55 %) пациента. Для диагностики морфофункционального состояния почек использование рентгенологических и радиоизотопных методов исследования при беременности ограничено. Важнейшим методом, позволяющим объективно оценить состояние почек у беременной, является УЗИ. При этом необходимо использование высокоразрешающих УЗИ-аппаратов, технологий цветной доплерографии. Эффективность лечения гестационного пиелонефрита во многом зависит от восстановления оттока инфицированной мочи из лоханки. Существует несколько методов осуществления оттока мочи: временная катетеризация мочеточника (от 2 до 5 суток), установка самоудерживающегося катетера (стента) на длительное время (от 1–2 месяцев и более). У некоторых пациенток катетеризация не дала клинического эффекта, что потребовало в последующем установку стентов (5 (22,75 %)). У некоторых пациенток сразу же была проведена установка стента (у 11 (50 %)). Продолжительность дренирования почки, достаточная для адекватного пролонгирования беременности требует индивидуального подхода к каждой пациентке и составила у 8 пациенток — 4 недели, у 3 пациенток — 5 недель, у 4 пациенток — 6 недель, у 5 пациенток — 7 недель, у 2 пациенток — 8 недель. Средняя продолжительность дренирования почки составила 5,6 недели. Длительное устранение обструктивного фактора путем стентирования в сочетании с антибиотикотерапией у всех наблюдаемых беременных обеспечило стойкую клинико-лабораторную ремиссию. В комплексном лечении гестационного пиелонефрита используются: антибактериальная, дезинтоксикационная, спазмолитическая, иммуномодулирующая терапия.

Выводы

1. Сроки беременности, в которые наиболее часто возникает острый гестационный пиелонефрит: 25–28 недель беременности.

2. Клинические проявления острого гестационного пиелонефрита: плохие анализы, боли в области поясницы, плохое самочувствие, дизурия, повышение температуры тела, тошнота, рвота.

3. Продолжительность дренирования почки, достаточная для адекватного пролонгирования беременности требует индивидуального подхода к каждой пациентке и составляет в среднем 5,6 недели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдошин, В. П. Оценка эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита / В. П. Авдошин, С. Г. Морозов, В. А. Соболев. — М., 2005.
2. Урология // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 17(241).

УДК 616.152.112-057.875

РОЛЬ КИСЛОТНОСТИ СРЕДЫ НА СКОРОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

Алипов А. Е., Астапович Е. С., Анашкина Е. Е.

Научный руководитель: к.х.н., доцент В. А. Филиппова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Американские ученые в начале ХХI века доказали, что хроническое закисление организма является одной из главных причин в патогенезе «болезней цивилизации»,

включая атеросклероз, желчекаменную и мочекаменную болезни, гипертонию, остеопороз и диабет второго типа.

Цель

Настоящее исследование посвящено изучению влияния закисления организма на скорость образования желчных камней. Для реализации данной цели, исследовалось влияние pH среды на коллоидную стабильность холестериновых дисперсий, приготовленных диспергированием желчных камней.

Материалы и методы исследования

Водно-спиртовые дисперсии холестерина готовились методом ультразвукового диспергирования желчных камней. Порог коагуляции исследуемых растворов под воздействием ацетата свинца (II) рассматривался как критерий стабильности коллоидных растворов. Определение порогов коагуляции выполнялось фотометрическим методом. Предложенный метод основан на выявлении графической зависимости коэффициента пропускания раствора при длине волны 540 нм от содержания электролита-коагулятора. Коэффициент пропускания определялся на фотокалориметре КФК – 2МП.

Обсуждение результатов

Предложенный способ исследования коагуляции холестерина заключался в изучении графической зависимости коэффициента пропускания коллоидных растворов от концентрации электролита — коагулятора $Pb(CH_3COO)_2$. Коэффициент пропускания (К) является характеристикой числа частиц дисперсной фазы. Чем больше число коллоидных частиц в единице объема дисперсной системы, тем ниже коэффициент пропускания. Увеличение К свидетельствует об уменьшении числа дисперсных частиц в ходе коагуляционного процесса. Рассматривая медленную коагуляцию холестерина как химическую реакцию первого порядка, мы рассчитывали эффективные константы ее скорости, используя основное уравнение закона действующих масс. Кислотность растворов изменялась в диапазоне от 2,1 до 12,5. Увеличение кислотности приводило к уменьшению порогов коагуляции от 1,2 ммоль/л при pH 12,5 до 0,61 при pH 2,1. Соответственно происходит увеличение констант скорости коагуляции (от 71,7 мин⁻¹ при pH 12,5 до 82 мин⁻¹ при pH 2,1).

Выводы

Проведенные исследования позволили не только качественно, но и количественно описать влияние кислотности на скорость формирования желчных камней. Изучение кинетики коагуляционного процесса показало, что с ростом кислотности увеличивается скорость формирования конкрементов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лившиц, В. М. Медицинские лабораторные анализы: справочник / В. М. Лившиц, В. И. Сидельникова. — 2-е изд. — М.: Трида-Х, 2002. — С. 107–110.

УДК 615.825.1:616.14-007.64

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН

Алипов А. Е.

Научный руководитель: преподаватель С. А. Ломако

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Активный образ жизни, полный движений и разнообразных упражнений, полезен для любого человека. Тем не менее, если здоровым людям ничто не мешает заниматься