

хорадку денге. В нашей стране диагностика лихорадки денге затруднена, врачи не знакомы с патологией тропических стран. Следует консультировать туристов о профилактике трансмиссивных тропических болезней (малярия, лихорадка денге): использование индивидуальных средств защиты от комаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тропические болезни: учебник / Под ред. Е. П. Шуваловой. — 5-е изд., перераб. и доп. — СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2004. — С. 11.
2. WHO. Dengue and dengue haemorrhagic fever. Factsheet No 117, revised May 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>).
3. Dengue Control in Sri Lanka: a snap shot // Weekly Epidemiological Report Sri Lanka. — 2009. — Vol. 36, № 22 (режим доступа <http://www.epid.gov.lk/> дата доступа 11.03.2013).
4. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран: учебник / Под ред. Н. В. Чебышева, С. Г. Пака. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 46–48.
5. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 862, 867.

УДК 618.3/4-06:616.61-002.3

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ильенко-Зубарева А. В., Котлобай А. В.

Научный руководитель: к.м.н. Ю. А. Лызикова

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

Введение

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей, они продолжают оставаться одной из наиболее важных областей современной медицины.

Проблема хронического пиелонефрита сохраняет актуальность вследствие высокой заболеваемости, возрастающей частоты скрыто текущих форм, недостаточной эффективности терапии.

Наличие у беременной женщины хронического пиелонефрита является фактором риска возникновения патологии беременности, инфекционных заболеваний новорожденного, гнойно-септических осложнений послеродового периода. Наиболее частыми осложнениями гестационного процесса являются: поздний гестоз, фетоплацентарная недостаточность, угроза преждевременных родов. Пациентки с обострениями хронического пиелонефрита во время беременности составляют группу риска по рождению детей с манифестной формой внутриутробной инфекции.

Одним из основных мероприятий, позволяющих снизить частоту осложнений гестационного процесса, реализации внутриутробной инфекции у новорожденных, является проведение адекватной комплексной терапии у беременных с хроническим пиелонефритом.

Вышеизложенное определяет актуальность дальнейшего изучения методов диагностики, терапии и профилактики осложнений гестационного процесса, послеродового периода, оценки перинатальных исходов у женщин с хроническим пиелонефритом.

Цель исследования

Выявить особенности течения беременности и родов, перинатальных исходов у женщин с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 62 историй родов женщин в возрасте от 18 лет до 42 лет родоразрешенных в ГОКБ за период апрель 2011 — май 2011 г. Из них — 31 история родов женщин с хроническим пиелонефритом (основная группа) и 31 история родов соматически здоровых женщин (группа контроля). Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 6.0 (Stat-Soft, 2001). Качественные показатели представлены в виде доли пациенток с данным признаком и стан-

дартной ошибки доли. Сравнение качественных показателей проводили с помощью критериев Фишера, χ^2 с поправкой Йетеса. Статистически значимым считали результат, если вероятность отвергнуть нулевую гипотезу не превышала 5 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

У женщин основной группы срочные роды наблюдались у 29 ($93,55 \pm 4,41$ %), преждевременные у 2 ($6,45 \pm 4,41$ %), в контрольной группе у всех женщин были срочные роды. Гестоз у беременных основной группы наблюдался в 2 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Преждевременное излитие околоплодных вод, как осложнение родов, отмечено в основной группе у 9 ($29,0 \pm 8,15$ %), в контрольной группе у 10 ($32,26 \pm 8,39$ %) беременных. У женщин основной группы первичная родовая слабость встречалась в 1,5 раза чаще, чем у контрольной группы.

Среди женщин основной группы встречаемость крупного плода составила 6 ($19,35 \pm 7,09$ %, $p < 0,05$), в отличие от контрольной группы, в которой данная патология не встречалась. В анамнезе у женщин основной группы имели место неразвивающиеся беременности 4 ($12,9 \pm 6,02$ %, $p < 0,05$) и самопроизвольные выкидыши 2 ($6,45 \pm 4,41$ %, $p < 0,05$), что также не было отмечено среди женщин контрольной группы. У женщин с хроническим пиелонефритом количество новорожденных с врожденными инфекциями составило 3 ($9,68 \pm 5,31$ %), с врожденными пороками развития 5 ($16,13 \pm 6,61$ %), с СЗРП 1 ($3,23 \pm 3,17$ %), в сравнении с контрольной группой, в которой данная патология не встречалась; с ХВУГП 6 ($19,35 \pm 7,09$ %), в контрольной же группе данный показатель составил 5 ($16,13 \pm 6,60$ %). У женщин основной группы число новорожденных, родившихся в асфиксии составило 2 ($6,45 \pm 4,41$ %), в контрольной группе 1 ($3,23 \pm 3,17$ %).

Выводы

1. У беременных с хроническим пиелонефритом значительно чаще развиваются такие патологические состояния как гестоз (в 2 раза чаще), первичная родовая слабость (в 1,5 раза чаще) в сравнении с контрольной группой; риск развития неразвивающейся беременности $12,9 \pm 6,02$ % ($p < 0,05$) и самопроизвольных выкидышей $6,45 \pm 4,41$ % ($p < 0,05$) выше.

2. У детей, рожденных женщинами с хроническим пиелонефритом, чаще встречается следующая патология: крупный плод $19,35 \pm 7,09$ % ($p < 0,05$), врожденные инфекции составило $9,68 \pm 5,31$ %, врожденные пороки развития $16,13 \pm 6,61$ %, с СЗРП $3,23 \pm 3,17$ %, асфиксия $6,45 \pm 4,41$ %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветров В. В., Леванович В. В. // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 5. — С. 50–53.
2. Владимирова Н. Ю. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 7. — С. 11–14.
3. Печерина В. Л., Мозговая Е. В. // Рус. мед. журнал. — 2000. — № 3.

УДК 608.4

РАЗРАБОТКА ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ «ДЕТСКОЕ ПИТАНИЕ»

Ильин Д. В., Спиваковская А. Ю., Полоницкий Д. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. А. Сумина

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Саратовский государственный
медицинский университет им. В. И. Разумовского»,**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Саратовский социально-экономический институт**

Российского экономического университета им. Г. В. Плеханова»,