

Установлено, что в 70,3 % случаев ежегодный индивидуальный план реабилитации детей с хроническим пиелонефритом был полным, в 29,7 % — недостаточным. Аналогичные данные получены при анализе этапных эпикризов. В 75,8 % случаев при диспансерном наблюдении дети осматривались врачами регулярно, в 24,2 % — частота осмотров была нерегулярной по разным причинам. Участковые педиатры во время приема не всегда проводили контроль артериального давления и определяли динамику физического развития детей.

Клинические исследования крови (ОАК) проводились детям в 87,4 % случаев, мочи (ОАМ) — в 86,7 %. Бактериологическое исследование мочи назначалось очень редко. Исследование сывороточного креатинина и мочевины проводилось только в 46,9 % случаев.

УЗИ почек не реже 1 раза в год проводилось 39 (88,7 %) детям. Контроль почечных функций — 24 (54,5 %) детям при госпитализации в нефрологическое отделение.

В большинстве индивидуальных планов наблюдения рекомендации по диетотерапии и питьевому режиму, образу жизни и физической нагрузке скудны и однообразны. Регулярная противорецидивная антимикробная химиотерапия назначалась 20 (45,8 %) детям. 29 (67,7 %) детей получали реабилитационное лечение в условиях дневного стационара, включавшего физиолечение, фитотерапию, ЛФК. Санаторно-курортное лечение в среднем за 1 год наблюдения получили 9 (20,5 %) детей.

При обострении хронического пиелонефрита своевременно было госпитализировано 30 (61,7 %) детей, получали амбулаторное лечение 6 (13,2 %) детей.

В результате проводимых реабилитационных мероприятий стойкая ремиссия была достигнута в 30,8 % случаев, редкие обострения отмечены в 61,7%, частые обострения или непрерывно-рецидивирующее течение наблюдалось у 4 (8,9 %) детей.

Выводы

Анализ качества диспансерного наблюдения детей с хроническим пиелонефритом выявил определенные недостатки. Для повышения эффективности амбулаторно-поликлинической помощи детям с нефрологической патологией целесообразным является внедрение в практическую деятельность участковых педиатров карты диспансерного наблюдения, в которой должны быть отражены все необходимые исследования для определения функции мочевыводящей системы и противорецидивная терапия. Важным моментом является постоянное повышение квалификации участковых врачей по вопросам амбулаторной нефрологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Амбулаторная нефрология / А. А. Баранов, Т. В. Сергеева. — М.: Союз педиатров России, 2009. — Т. 1. — С. 273–329.
2. Игнатова, М. С. Диагностика и лечение нефропатий у детей / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 336 с.
3. Маковецкая, Г. А. Актуальные вопросы амбулаторной нефрологии / Г. А. Маковецкая, Л. И. Мазур // Педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 6–12.

УДК 618.145-007.61-036.1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Теребей В. И.

**Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич
Учреждение образования**

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

Введение

Гиперплазия эндометрия — процесс, характеризующийся пролиферацией желез эндометрия с различным качеством подлежащей стромы. В последнее время большое значение в развитии данного процесса придается неадекватному избыточному росту

сосудов, т. е. избыточному ангиогенезу. В будущем, при создании препаратов, которые смогут блокировать эти процессы, гиперплазия эндометрия и лечение будет весьма легкой задачей для врача [1].

В настоящее время отмечается увеличение числа пациенток с гиперплазией эндометрия, что, возможно, связано с увеличением длительности жизни, увеличением числа нейроэндокринной патологии и, как следствие, нарушением обмена веществ, ростом числа хронической соматической патологии, снижением иммунитета, плохой экологической обстановкой. Гиперплазия эндометрия относится к фоновым заболеваниям эндометрия, частота которых увеличивается к менопаузе [2]. Понятие «гиперплазия эндометрия» — гистологическое и включает повышенный рост и утолщение слизистой оболочки матки до 10–15 мм. Основным проявлением является маточное кровотечение в репродуктивном периоде, бесплодие из-за ановуляции [3].

Цель

Изучить особенности соматической гинекологической патологии у женщин с гиперплазией эндометрия.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни путем анкетирования гинекологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2012 год. Пациентки были разделены на 2 группы: основную группу составили 35 женщин с установленным патогистологическим диагнозом гиперплазии эндометрия и контрольная группа — 35 женщин без гиперплазии эндометрия. Полученные данные были обработаны общепринятыми статистическими методами (достоверные различия при $p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждения

Статистически значимых различий по возрасту между пациентками основной и контрольной группой не было, наибольшее количество женщин были 45 лет и старше — 23 (65,71 ± 8,02 %) и 21 (60 ± 8,28 %) соответственно. Различий при изучении социального статуса (профессия, семейное положение) не выявлено. Преимущественно в соматической патологии преобладали простудные заболевания в обеих группах: основная группа — 24 (68,57 ± 7,84 %) и 25 (71,42 ± 7,63 %) — контрольная. Из других патологий чаще встречалась артериальная гипертензия: 7 (20 ± 6,76 %) и 5 (14,28 ± 5,91 %) соответственно.

Из гинекологических заболеваний преобладала миома матки, что составило 13 (37,74 ± 8,16 %) в основной группе и 19 (54,28 ± 8,42 %) в контрольной группе. Также у женщин встречались киста яичника — 5 (14,28 ± 5,91 %) и 4 (11,42 ± 5,37 %), псевдоэрозия шейки матки — 5 (14,28 ± 5,91 %) и 3 (8,57 ± 4,37 %), бесплодие — 1 (2,85 ± 2,81 %) и 2 (5,71 ± 3,92 %) соответственно. Длительность менструального цикла в основной и контрольной группах составила от 2 до 6 дней: 17 (48,57 ± 8,44 %) и 16 (45,71 ± 8,42 %) соответственно. Наиболее часто в обеих группах пациентки имели 3 и более беременности: 23 (65,71 ± 8,02 %) в основной группе и 19 (59,28 ± 8,42 %) — в контрольной; 1–2 беременности были у 10 (28,57 ± 7,63 %) и 13 (37,14 ± 8,16 %) соответственно. Прерывание одной беременности путем медицинского аборта проводили у 11 пациенток (31,42 ± 7,84 %) основной группы и у 6 (17,14 ± 6,37 %) — в контрольной; 2 и более беременности — 11 (31,42 ± 7,84 %) и 15 (42,85 ± 8,36 %) соответственно. Большинство женщин имело 2 и более родов — 22 (62,85 ± 8,16 %) в основной и контрольной группах. Количество женщин, у которых были одни роды: 5 (14,28 ± 5,91 %) в основной группе и 8 (22,85 ± 7,01 %) в контрольной. Отсутствие родов в анамнезе встречалось у 5 (14,28 ± 5,91 %) женщин в обеих группах.

Статистически чаще ($p=0,049$) пациентки поступали экстренно: в основной группе — 26 (74,28 ± 7,38 %) и в контрольной — 17 (48,57 ± 8,44 %). В обеих группах женщины поступали чаще ($p=0,004$) первично: 21 (60 ± 8,28 %) в основной группе и 24 (68,57 ±

7,84 %) — в контрольной. При изучении историй болезни пациенток статистически чаще ($p=0,008$) в основной группе выявлялись жалобы на кровянистые выделения — 26 ($74,28 \pm 7,38$ %), в сравнении с контрольной — 14 ($40 \pm 8,28$ %). По данным исследования общего анализа крови, у 12 ($34,28 \pm 8,02$ %) женщин в основной группе и у 8 ($22,85 \pm 7,09$ %) в контрольной была диагностирована анемия.

Женщины с гиперплазией эндометрия статистически чаще ($p=0,031$) поступали в стационар с дисфункциональным маточным кровотечением: в основной группе — 23 ($65,71 \pm 8,02$ %), в контрольной — 13 ($37,14 \pm 8,16$ %). Также в основной группе женщины поступали в стационар с миомой матки — 5 ($14,28 \pm 5,91$ %), аденомиозом — 2 ($5,71 \pm 3,92$ %), кистой яичника — 2 ($5,71 \pm 3,92$ %), с жалобами на боли в животе — 1 ($2,85 \pm 2,81$ %), а также, в связи с контролем излеченности ранее выявленной гиперплазии эндометрия — 2 ($14,28 \pm 5,91$ %). Женщины контрольной группы, помимо дисфункциональных маточных кровотечений, поступали в стационар с миомой матки — 12 ($34,28 \pm 8,02$ %), кистой яичника — 7 ($20 \pm 6,76$ %), бесплодием — 2 ($5,71 \pm 3,92$ %), в связи с чем, пациенткам обеих групп и проводилось раздельное диагностическое выскабливание.

Выводы

1. В $68,57 \pm 7,84$ ($p=0,004$) у женщин с гиперплазией эндометрия единственным клиническим проявлением было дисфункциональное маточное кровотечение, в остальных случаях гиперплазия эндометрия развивалась на фоне миомы матки, аденомиоза и кисты яичника.

2. Одной из основных жалоб женщин с гиперплазией эндометрия были кровянистые выделения из половых путей ($74,28 \pm 7,38$ %) ($p=0,008$), в остальных случаях $74,28 \pm 7,38$ % женщины жаловались на обильные болезненные менструации либо не предъявляли никаких жалоб.

3. Женщины с гиперплазией эндометрия поступают преимущественно в экстренном порядке в $74,28 \pm 7,38$ % случаев ($p = 0,049$).

4. В при гиперплазии эндометрия у женщин развивается дисфункциональное маточное кровотечение ($p = 0,031$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова, Ю. Э. Состояние рецепторного аппарата эндометрия и метаболизма эстрогенов при гиперплазии эндометрия в позднем репродуктивном периоде / Ю. Э. Доброхотова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — № 3. — С. 52–57.
2. Сидорова, И. С. Современные взгляды на проблему гиперпластических процессов в эндометрии: обзор / И. С. Сидорова, Н. А. Шешукова, А. С. Федотова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — № 5. — С. 19–22.
3. Бурлеев, В. А. Гиперплазия эндометрия: этиология и ангиогенез / В. А. Бурлеев [и др.] // Проблемы репродукции. — 2007. — № 5. — С. 21–27.

УДК 616.98:578.828НIV

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Теслова О. А., Суетнов О. Н., Макиша И. С.

Научный руководитель: Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

**«Гомельский областной центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья»,**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) — важнейшая цель оказания помощи ВИЧ-позитивной женщине во время беременности и родов. Современные