

тически здоровых мужчин, 2-ю группу – 86 пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СД ВНС), 3-ю – 53 пациента с АГ 1 степени. Исследовались спектральные показатели ВРС по данным 5-минутной записи электрокардиограммы. В зависимости от ИВТ сформированы подгруппы: А – пациенты с исходной симпатикотонией, Б – исходной ваготонией, В – исходной нормотонией. В 1-й группе у 5 (19%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 5 (19%) – ваготония, у 16 (62%) – нормотония. Во 2-й группе у 36 (42%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 15 (17%) – ваготония, у 35 (41%) – нормотония. В 3-й группе у 27 (51%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 6 (11%) – ваготония, у 20 (38%) – нормотония. В группах исследования у пациентов с исходной симпатикотонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: LF, мс²/Гц – 1884(1341;2253), 837(559;1860), 810(515;1116), соответственно, $p_{1-2}=0,005$; HF, мс²/Гц – 1070(612;1547), 438(180;814), 322(160;589), соответственно, $p_{1-2}=0,02$, $p_{1-3}=0,005$; VLF% – 32(23;38), 47(35;57), 51(39;58), соответственно, $p_{1-2}=0,03$, $p_{1-3}=0,009$; HF% – 24(19;26), 15(9;20), 12(10;19), соответственно, $p_{1-2}=0,02$, $p_{1-3}=0,008$. В группах исследования у пациентов с исходной ваготонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: HF% – 55(42;69), 48(41;54), 53(40;71), соответственно, $p_{1-2}=0,007$, $p_{1-3}=0,03$. В группах исследования у пациентов с исходной нормотонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: TP, мс²/Гц – 2905(1986;4288), 4565(3037;7423), 3276(2726;5232), соответственно, $p_{1-2}=0,03$; VLF, мс²/Гц – 894(569;1637), 1834(1140;3101), 1434(882;2898), соответственно, $p_{1-2}=0,01$; VLF% – 33(30;38), 43(31;56), 46(28;59), соответственно, $p_{1-2}=0,04$; HF% – 36(33;41), 29(24;35), 25(22;38), соответственно, $p_{1-2}=0,02$. Выводы. В группах пациентов с СД ВНС и АГ 1 степени преобладает исходная симпатикотония. При исходной симпатикотонии у пациентов с СД ВНС и АГ 1 степени в сравнении со здоровыми мужчинами ниже мощность спектра симпатических и парасимпатических влияний с преобладанием надсегментарных механизмов регуляции. При преобладании ваготонии в ИВТ у данной категории пациентов ниже вагусные влияния на модуляцию ритма сердца. При исходной нормотонии у пациентов с СД ВНС преобладают гуморально-метаболические механизмы регуляции сердечного ритма, вагусная активность снижена. Отсутствие значимых отличий между пациентами с СД ВНС и АГ 1 степени указывает на общность вегетативных нарушений при гипертензивном синдроме.

Зяц И.Г., Ярошук О.П.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Гурина Л.Н.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) зависит от изменений в плаценте, акушерской или соматической патологии у матери, состояния плода и является актуальной проблемой перинатологии, из-за высокой заболеваемости у детей, рожденных от матерей с ФПН. Целью данного исследования являлось изучение влияния стадии фетоплацентарной недостаточности на раннюю адаптацию новорожденного ребенка, их физическое развитие. Был проведен ретроспективный анализ 135 историй родов и историй развития новорожденного. Детей в зависимости от стадии ФПН у матерей распределили на 3 группы. 1-ю гр. (сравнения, n равно 110) сформировали из младенцев, матери которых имели ФПН в стадии компенсации. Во 2-ю гр. включили новорожденных рожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН (n равно 12). 3-ю гр. составили дети, матери которых во время беременности страдали ФПН декомпенсированной формой (n равно 13). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Сравнение качественных признаков в группах проводилось с помощью точного критерия Фишера достоверные значения при p меньше 0,05. По результатам исследования было определено, что в состоянии умеренной асфиксии родилось 10 новорожденных из 1-й группы, 2 из 2-й, дети из 3-й группы не имели признаков асфиксии (p больше 0,05). Масса тела при рождении у 104 пациентов 1-й группы распределилась между 10 и 90 перцентилью, у 6 – ниже 10 перцентилья, показатели массы тела новорожденных из 2-й и 3-й

групп не выходили за пределы нормативных значений и соответствовали гестационному возрасту, достоверных отличий по группам не выявлено. Неонатальная желтуха диагностирована у 31 ребенка из 1-й группы, у 3-х детей из 2-й и 2-х из 3-й (p больше 0,05), респираторный дистресс синдром (РДС) отмечался у 16 новорожденных (1-я гр.), в 5 случаях была аспирация околоплодных вод, в 3-х – врожденная пневмония, в 3-й РДС – у 3-х новорожденных, без статистически значимой разницы в сравниваемых группах. Диагноз церебральной ишемии выставлен 13 младенцам из 1-й группы, 7 из 2-й, 4 – 3-й. У детей из 2-й группы достоверно чаще встречалась церебральная ишемия по сравнению с новорожденными из 1-й группы (p равно 0,005). С врожденными пороками развития родилось 8 детей в 1-й группе, 1 ребенок в 3-й (p больше 0,05). Как показал проведенный анализ, степень тяжести ФПН не оказывает влияния на внутриутробное развитие плода, новорожденные сравниваемых групп не имели достоверных отличий по основным показателям физического развития. Структура заболеваемости в группах детей была практически одинаковой и не отличалась по частоте возникновения. Следует отметить, что младенцы, рожденные от матерей с субкомпенсированной формой ФПН чаще страдают перинатальным поражением головного мозга по сравнению с новорожденными из группы сравнения. Данные исследования подтверждают своевременность выявления признаков ФПН и проведения лечебных мероприятий.

Зданович Т.В., Пашенко Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Егорова Т.Ю., к.м.н., доцент

Под термином ВУИ подразумевают те инфекционные заболевания, которые вызываются возбудителями, проникающими в плод от инфицированной матери до родов или при прохождении ребёнка по родовым путям. ВУИ – это одна из ведущих причин заболеваемости и даже смертности новорождённых. С 2007 года количество смертей новорождённых от ВУИ увеличилась втрое, и, можно с уверенностью сказать, что именно эта причина стала лидировать среди других причин смертности новорождённых. Чаще ВУИ развивается у недоношенных детей, реже – у доношенных. Известно, что даже самый здоровый человеческий организм далёк от микробиологической стерильности – миллиарды самых разнообразных микроорганизмов обитают в организме человека. Иммунная система взрослого человека жестоко контролирует их деятельность. В общем, здоровый человек обычно не задумывается над тем, как именно складываются отношения его организма с микроорганизмами. В норме плод стерилен, и в этом ему помогают плацента матери и плодные оболочки. Однако при инфицировании эти барьеры становятся несостоятельными – развивается ВУИ. ВУИ может проявляться поражением различных органов и тканей. Цель: установление взаимосвязи между заболеваниями (инфицированием) беременных женщин, течением беременностей, родами и исходом для плода. Материалы и методы: в ходе работы были проанализированы течения беременностей и родов 39 женщин, в анамнезе которых было инфицирование во время беременности, и истории болезней 39 детей, у которых был выявлен риск реализации ВУИ. Результаты: из обследованных большое число инфицированных матерей приходится на возраст с 19 до 34 лет, что составляет 93% от общего числа, причём на долю 19-24 года приходится 31%, 25-29 лет – 27 процентов, 30-34 года – 34%. Высокий процент женщин с поздним наступлением менархе. Имеются проявления генитального инфантилизма – у каждой третьей женщины менструация началась в возрасте от 15 до 16 лет. В статистике предыдущих беременностей преобладают срочные роды (48%). Но очень высокий процент аборт и РМЦ (38%). В гинекологическом анамнезе у обследованных женщин преобладают эрозия шейки матки у 41% женщин. Значительное количество воспалительных заболеваний (17%) и оперативные вмешательства (14%). Среди экстрагенитальной патологии беременных женщин наблюдаются заболевания почек (31%), анемии (23%). В течение беременности у обследованной группы женщин чаще всего встречается: ФПН (18%), угроза прерывания и ОРВИ без повышения температуры (по 14%). высокий процент преждевременного и раннего излития околоплодных вод- 45%. Это самое