

патологию, возникшую до наступления беременности, причем течение данных заболеваний ухудшилось у 43% и осталось неизменным у 30%. 22% фактически здоровы; -высказывают опасения по поводу предстоящих родов и здоровья будущего члена семьи 62% женщин, 17% переживают по поводу изменений в своей внешности и отношений с партнером, 16% пребывают в достаточно ровном настроении и уверены в себе и своих силах. 5% высказывают депрессивные мысли. -течение беременности без особенностей отмечают 27% женщин, угроза прерывания беременности возникла у 4% на разных сроках, остальные 69% госпитализировались в разные сроки по различным поводам. Выводы: 1.Психосоматическое состояние первобеременных женщин, а именно гестационная дезадаптация, влияет на течение беременности и является доминирующим фактором в возникновении патологии беременности. 2. Наступление беременности способствует изменению психосоматического состояния женщины. 3.Неправильная мотивация во время беременности формирует гестационную дезадаптацию.

Литература: 1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство-СПб.:СОТИС, 2001.

2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология-М.1998

Хват Е.А.

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ НА СТРУКТУРУ СЕРДЦА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Барабан О.В., к.б.н.

Холестаз встречается у 0,1-2% беременных. Это заболевание связано с беременностью и обусловлено действием на печень высокого уровня женских половых гормонов, стимулирующих процессы желчеобразования и подавляющих желчевыделение. Кроме того, во время беременности увеличиваются литогенные свойства желчи, нарушается опорожнение желчного пузыря, что предрасполагает к образованию камней. Осложнения холестаза беременных – гибель плода, преждевременные роды, клинические проявления внутриутробной гипоксии, пренатальной гипотрофии и др. Это обуславливает более выраженную функциональную незрелость органов и систем у плодов и новорожденных из-за детергентного влияния повышенного уровня желчных кислот. Однако в литературе нет данных о влиянии данной патологии на сердечную мышцу. Цель исследования – изучить влияние холестаза матери, вызванного на 17 сутки беременности, на структуру кардиомиоцитов левого желудочка 15-суточного потомства. Эксперимент проведен на 14 крысках массой 22 ± 1 г, 7 из которых родились в условиях холестаза. Подпеченочный холестаз у беременных самок крыс моделировали путем перевязки общего желчного протока на 17-е сутки беременности. 7 крысят контрольной группы родились от самок крыс, которым проводили лапаротомию без наложения лигатуры на общий желчный проток. Крысят контрольной и опытной групп по достижению ими 15-суточного возраста осматривали, взвешивали, усыпляли парами эфира и декапитулировали. Сердце быстро извлекали, фиксировали в жидкости Карнуа и заключали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для гистологических исследований. В миокарде определяли ширину кардиомиоцитов, площадь, периметр и диаметр ядер с помощью компьютерного анализатора изображения, используя программу Image Warp (It. Lab, Беларусь). Полученные данные обрабатывали методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica 6.0 для Windows (StatSoft Inc., США). Для каждого показателя определяли значение медианы и интерквартильного диапазона. Сравнение групп по одному признаку проводили с помощью критерия Манна-Уитни. Миокард 15-суточных крысят имеет трехслойное строение. В левом желудочке основная масса миокарда представлена средним слоем кардиомиоцитов, расположенных циркулярно. Ширина кардиомиоцитов составляет $6,1 \pm 0,6$ мкм. Цитоплазма мышечных клеток окрашивается неравномерно оксифильно. Поперечная исчерченность цитоплазмы хорошо выражена и заполняет значительный объем клетки. В кардиомиоцитах выявляются 1-2 ядра с ядрышками. Ядра локализуются в центральной части клетки по продольной его оси. Площадь ядра составляет $30,7 \pm 6,5$ мкм², максимальный диаметр – $8,6 \pm 1,0$ мкм, минимальный диаметр – $4,1 \pm 0,9$ мкм, периметр $22,8 \pm 2,2$ мкм. Ядра преимущественно овальной формы, что подтверждается значением форм-фактора, равного $0,7 \pm 0,1$. У 15-

суточных крысят, родившихся от матерей с холестазом, ширина кардиомиоцитов составляет $5,8 \pm 1,0$ мкм, площадь ядра – $31,6 \pm 5,4$ мкм², максимальный диаметр – $8,4 \pm 0,6$ мкм, минимальный диаметр – $4,4 \pm 1,3$ мкм, периметр $22,9 \pm 1,7$ мкм, а форм-фактор – $0,7 \pm 0,2$. Полученные данные статистически значимо не отличаются от контрольных значений. Таким образом, холестаз матери не вызывает изменение структуры миокарда у родившегося потомства в ранние сроки постнатального онтогенеза.

Хилько П.Д., Голышко В.С.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Голышко В.С.

В настоящее время определение вариабельности сердечного ритма (BCP) признано наиболее информативным неинвазивным методом оценки вегетативной регуляции сердечного ритма. Наивысшие показатели BCP регистрируются у здоровых лиц молодого возраста, промежуточные – у больных с различными заболеваниями сердца, в том числе с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Существуют лечебные методики, оказывающие влияние на вегетативную нервную систему. Одной из них является экстракорпоральная аутогемоманитотерапия (ЭАГМТ). Цель: изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у больных ОИМ на фоне стандартной терапии и в условиях проведения ЭАГМТ. Методы: Обследовано 55 больных, в возрасте от 34 до 78 лет (средний возраст – $55,5 \pm 3,8$ года) с верифицированным диагнозом ОИМ. Пациенты были объединены в 2 группы: контрольная группа (КГ) - 20 пациентов с ОИМ на фоне стандартной терапии; основная группа (ОГ) – 25 пациентов, в лечение которых была включена ЭАГМТ (курс – 5 процедур ежедневно, через 48 часов после поступления в стационар). BCP регистрировались на 10-12 сутки ОИМ. При анализе BCP оценивали следующие показатели частотного спектра: TP – общая мощность, VLF – мощность в диапазоне очень низких частот, LF – мощность в диапазоне низких частот, HF – мощность в диапазоне высоких частот, LF/HF – соотношение мощности низкочастотного и высокочастотного звеньев. Обработку результатов осуществляли с использованием пакета программ STATISTICA 6.0 Windows. Достоверность различий показателей в сравнении; $p < 0,05$. Результаты. Как показали результаты проведенного исследования, наблюдаются значительные изменения во всех областях спектра. У пациентов ОГ снижается общая мощность спектра: $932(424-1504)$ мс² по сравнению с КГ- $1812(981-2538)$ мс². У больных ОГ показатели LF/HF $1,62(1,16-2,93)$ и LF norm $61,8(53,6-74,6)$ мс², %LF значительно выше $23(21,2-29,4)^*$, чем у пациентов КГ соответственно: LF/HF $0,824(0,504-2,328)$, LF norm $45,1(33,5-69,55)\%$ LF $17,8(14,65-25,8)$, что свидетельствует о преобладании симпатической нервной системы. Кроме того, наблюдается снижение мощности VLF компоненты ритма у пациентов ОГ – $617(245-817)^*$ мс² по сравнению с КГ $745(582-1261)$ мс². Выводы. ЭАГМТ приводит к снижению парасимпатических влияний на сердце, изменяет вегетативный баланс в сторону преобладания симпатической нервной системы

Хломко Е.Н., Лаврович М.Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Шейбак В.М.

Актуальность проблемы ОГО обусловлена недостаточной изученностью патогенеза, высоким процентом диагностических ошибок, поздней госпитализацией больных. Цель работы: исследование и анализ клинического течения, диагностики, лечения ОГО у детей. Материалы работы: анализ 67 историй болезни пациентов, получавших лечение в хирургическом отделении ГОДКБ в период с 2006 по 2010 гг. Содержание работы: 11 пациентов в возрасте до 28 суток, 27 детей – от 29 суток до 3 лет, старше 3 лет и до 18 лет – 29. Девочек -29, мальчиков -38. Жители города – 54, сельские жители – 13. Флегмона – у 10, гнойный артрит – у 8 детей. Сгибательная контрактура –