

$p=0,02$), соответственно абсолютное количество лимфоцитов преобладало у детей при неблагоприятном социальном анамнезе ($p=0,04$). Соответственно количество нейтрофилов преобладало у детей с отитом в анамнезе ($p=0,02$) и было статистически значимо ниже у детей, матери которых перенесли острое респираторное инфекционное заболевание в 3 триместре беременности ($p=0,02$).

Таким образом, одним из факторов риска предрасполагающих к частым длительным заболеваниям, является генетически детерминированный «поздний иммунологический старт», который выражается в более позднем по сравнению со среднестатистическими значениями нейтрофильно-лимфоцитарном перекресте и достоверно может быть обусловлен инфекционной патологией женщины во время беременности и неблагоприятным социальным анамнезом.

СЛОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Шаблина О.В., Новикова Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.; к.м.н., ассистент Шевчук Д.В.

Актуальность. На туберкулез женских половых органов по заболеваемости приходится 25,21% случаев туберкулеза мочеполовых органов у мужчин и женщин.

Чаще всего туберкулез женских половых органов выявляют у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, гораздо реже – у девочек и девушек 10–18 лет.

Туберкулезный процесс половых органов протекает медленно, проявляясь скудными симптомами, которые значительно затрудняют правильную и своевременную постановку диагноза.

Цель исследования: сравнение методов диагностики туберкулеза гениталий и оценка психического состояния женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 32 женщины и протестированы по шкале ситуационной тревожности разработанной Ч.Д. Спилбергом

Результаты исследования. Туберкулез половых органов был подтвержден у двух женщин (6%) интраоперационно, у двух женщин (6%) во время лечения туберкулеза легких, у трех женщин (9%) положительным посевом на МБТ. У остальных женщин туберкулез не был подтвержден лабораторно, но улучшение после проведенной терапии подтверждает наличие у этих женщин туберкулеза половых органов.

Осмотр женских половых органов: слизистые выделения 62% (20) женщин, кровянистые выделения 25% (8) женщин, гнойные выделения 12,5% (4) женщины; шейка – коническая 16% (5) женщин, цилиндрическая 84% (27) женщин; положение матки – retroflexio 1 женщина, anteflexio 97% (31) женщин; размер матки – увеличена у 100% женщин; поражение яичников: правый у 25% (8) женщин, левый у 31% (10) женщин, оба яичника поражены у 44% (14) женщин, болезненные, тяжистые, инфильтрированные; поражение маточных труб: не проходимы у 38% (12), чаще левая у 9 женщин, по данным УЗИ и объективно.

Ранее получали лечение 94% (30) женщин, лечение не получало 6% (2) женщин.

Обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на подтвержденный диагноз туберкулеза половых органов, только у трех женщин удалось получить колонии МБТ на питательных средах. У остальных женщин посев различного биологического материала (менструальная кровь, аспират из полости матки, мокрота) дал отрицательный результат.

Мазок на флору: лейкоциты в большом количестве у 53% (17) женщин; диплококки у 25% (8); грамм(+) у 25% (8); палочек Детерлейна в небольшом количестве у 12,5% (4);

Общий анализ крови: у 50% (16) эозинофилия (от 4 до 15%);

Реакция Манту: отрицательная у 12,5% (4) женщин, 2–5 мм у 19% (6), 7–9 у 25% (8), у остальных 44% (14) женщин, максимальная 18 мм.

Проба Коха: положительная у 34% (11) женщин, отрицательная у одной женщины, сомнительная у 38% (12).

Rh-легких: только у двух женщин были выявлены остаточные явления после перенесенного туберкулеза легких.

У женщин после проведенного обследования и лечения тревожность легкой степени у 88%, тревожность средней степени у 7%, тревожность высокой степени у 5%. Тест шкалы личностной тревожности дал следующие результаты: тревожность легкой степени у 50%, тревожность средней степени у 50% женщин.

Выводы:

1) из проведенного нами анализа следует, что физикальные, лабораторные и специальные методы малоэффективны, ими был установлен диагноз только у 3 женщин;

2) личностная тревожность средней степени выявлена у каждой второй женщины, что диктует необходимость работы с ними психотерапевта.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАССИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Шаблыко Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – ассистент Пелеса Е.С.

Проблеме изучения вариабельности сердечного ритма (ВСР) в настоящее время уделяется большое внимание, так как по изменению ритма сердечной деятельности можно судить о вегетативной регуляции сердца у пациентов с различными заболеваниями.

Цель. Выявить особенности вегетативного обеспечения сердечного ритма (СР) у больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях пассивной ортостатической пробы (ОП).

Материал и методы. Обследовано 74 человека, из них – 52 пациента с АГ, (средний возраст $45,9 \pm 9,5$ лет), 24 мужчины и 28 женщин; и 22 относительно здоровых обследуемых, (средний возраст $45,1 \pm 7,2$ лет), 10 мужчин и 12 женщин. Вегетативное обеспечение СР изучалось на основании ВСР с соблюдением всех требований к условиям исследования. Для анализа ВСР использовался программно-технический комплекс «Поли-спектр» («Нейро-софт», Санкт-Петербург). После 10 минут адаптации в горизонтальном положении регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) – 5-минутный фрагмент, далее пациент с помощью поворотного стола переводился в полувертикальное положение (60°). После 5 минут адаптации повторно проводилась регистрация ЭКГ. На основе снятой ЭКГ определялись показатели временного и спектрального анализа ВСР. Расчет ВСР проводился в соответствии с международными стандартами на базе последовательности RR-интервалов синусового происхождения по всей записи.

Результаты. В исследуемых группах наблюдалась адекватная реакция вегетативной нервной системы (ВНС) при проведении пассивной ОП. Увеличилась ЧСС, соответственно уменьшились значения R-Rmin и R-Rmax ($p < 0,001$), произошло уменьшение значений временных и спектральных показателей, отвечающих за парасимпатическое влияние (RMSSD, pNN50, HF, HFnorm, %HF), $p < 0,01$, а также произошло увеличение вклада симпатических влияний в регуляцию СР, проявившееся повышением значений LFnorm, LF/HF ($p < 0,001$). Однако у больных АГ были отмечены особенности в динамике параметров ВСР в ответ на проведение ОП. У них не произошло адекватного увеличения вклада волн LF при ОП, что может свидетельствовать о меньшей реактивности симпатического отдела ВНС. Также не произошло увеличения общей мощности спектра при проведении ОП. В группе больных АГ, в сравнении с относительно здоровыми обследуемыми, отмечалось увеличение %VLF, что может указывать на повышение вклада гуморально-метаболических влияний в регуляцию ритма сердца при переходе из горизонтального в вертикальное положение ($p < 0,01$). В условиях проведения пассивной ОП у больных АГ были отмечены более низкие значения параметров SDNN ($p < 0,05$) и CV ($p < 0,001$), отвечающих за ВСР в целом, а также общей мощности спектра (TP), $p < 0,01$. В состоянии ортостаза пациенты характеризовались уменьшением вклада в регуляцию СР парасимпатического (снижение pNN50, HF, $p < 0,05$) и симпатическо-