

ния патологии беременности; отделения преждевременных родов, 1963; отделения выхаживания недоношенных, 1961; отделения интенсивной терапии, начало 1970-х). Улучшается оснащенность и показатели использования родовспомогательных учреждений.

В 1970-е годы в республике сформировалась неонатологическая и медико-генетическая служба. Стали организовываться перинатальные комитеты (Минск, 1982). В 1980 г. в Минске открыт филиал НИИ медицинской генетики АМН СССР (преобразован в дальнейшем в НИИ наследственных и врожденных заболеваний), а в 1986 г. – республиканский центр по охране здоровья матери и ребенка.

К концу рассматриваемого периода уменьшились число аборт (1980 г. – 81,0, 1990 г. – 46,2 на 1000 женщин фертильного возраста), уровень материнской смертности (1980 г.- 29,1, 1990 г. – 21,8 на 100 тыс. живорожденных). Однако каждая пятая беременная имела (1989) патологические состояния, а каждый четвертый ребенок не был готов к шестилетнему образованию [1].

Литература

1. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках: монография/ Е.М. Тищенко. – Гродно, 2003. – 269 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМИ СЕРДЕЧНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

¹Томчик Н.В., ¹Янковская Н.И., ²Пантюхова Г.С.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Важную роль в формировании осложнений перинатального периода играет фетоплацентарная недостаточность. Клиническая картина поражения сердечно-сосудистой системы вследствие перенесенной хронической внутриматочной или сочетанной гипоксии полиморфна, крайне неспецифична [1, 2].

Особый интерес вызывает проблема малых аномалий сердца, которые с одной стороны рассматриваются как безобидные изменения, а с другой стороны в условиях гипоксии, вследствие

патологического течения перинатального периода, стрессовой реакции при рождении, они могут быть причиной гемодинамических нарушений и аритмий у детей.

В связи с этим, имеется необходимость поиска наиболее информативных электрокардиографических критериев, предикторов аритмий, у новорожденных с малыми сердечными аномалиями.

Цель работы - установить показатели электрокардиограммы новорожденных с малыми сердечными аномалиями в зависимости от течения перинатального периода.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 105 доношенных новорожденных с малыми аномалиями сердца. Из них 62 мальчика и 43 девочки. Схема обследования включала оценку перинатального анамнеза, оценку состояния новорожденного, клиническое, лабораторное, инструментальное обследование. Электрокардиография регистрировалась на 3 сутки жизни в 12 стандартных отведениях на одноканальном электрокардиографе «Fucuda», Япония. Стандартизацию записи проводили с проверкой калибровки (1 мВ = 10 мм), скорость регистрации была 50 мм/с. Для анализа использовались нормативные значения показателей электрокардиограммы у детей, предложенные Макаровым Л.М [3]. За референтные значения QT и QTc использовались данные P. Rautaharju [4].

Подробна была изучена следующая документация: обменная карта беременной, история родов (ф. 096/у), история развития новорожденного (ф.097/у).

Все наблюдаемые младенцы были разделены на 2 группы: 1-я группа – дети, которые перенесли хроническую внутриматочную гипоксию (n=66); 2-я группа – дети без признаков хронической внутриматочной гипоксии (n=39).

Результаты и обсуждение. Из всех обследованных детей с малыми сердечными аномалиями были выявлены аномально расположенные хорды, открытое овальное окно. При анализе электрокардиограмм установлено, что у всех новорожденных ритм сердца имел синусовое происхождение. Частота сердечных сокращений у младенцев обеих группах колебалась в широком диапазоне от 92 до 180 уд/мин. Средняя частота сердечных сокращений составила в 1-й группе $134 \pm 8,1$ уд/мин, во 2-й группе -

128±7,3 уд/мин, достоверных различий в группах не получено. Величина угла α в группах колебалась в пределах от +82° до +150°.

Выявлено, что на 34,8% чаще у детей 1-й группы регистрировался высокий, заостренный зубец P во II, III, avF отведениях по сравнению со 2-й группой. Длительность интервала PQ в 1-й группе составила 100±0,1мс, во 2-й - 98 ±0,2мс. У 7,6 % новорожденных 1-й группы отмечено удлинение интервала PQ до 130мс.

Длительность комплекса QRS у детей 1-й группы была 62±0,2мс, во 2-й - 48 ±0,1мс. На 63,2% чаще у детей 1-й группы регистрировался удлиненный QRS шириной 50 - 70мс по сравнению с младенцами 2 группы ($p<0,001$). Комплекс QRS V1 регистрировался типа rSR'. Эти изменения чаще сочетались с P pulmonale. Установлено, что у новорожденных 1-й группы по сравнению с детьми из 2-й группы достоверно чаще регистрировались признаки перегрузки правого желудочка в виде высокоамплитудного зубца R_{V1-2} , $R_{V1}>S_{V1}$, в сочетании с правограммой (48,5%, 25,6% соответственно, $p<0,05$).

Аномальный зубец Q (ширина более 0,02с или амплитуда более 25% зубца R) зарегистрирован у 4,5% младенцев 1 группы и у 2,6% 2 группы, достоверных различий в группах не получено.

Вольтаж зубцов желудочкового комплекса в обеих группах варьировал, у 53,3% детей имела место электрическая альтернация зубцов. У 4,5% детей 1-й группы зарегистрирована низковольтная электрокардиограмма.

У 100% обследованных детей изменения зубца T носили распространенный характер в виде различной амплитуды, полярности в стандартных и усиленных от конечностей отведениях. Установлено, что у младенцев 1-й группы по сравнению с детьми 2-й группы было смещение ST ниже изолинии на 2мм в грудных отведениях, сочетавшиеся с изоэлектрическим зубцом T (78,8%, 20,5% соответственно, $p<0,001$). Наряду с ST-T изменениями у новорожденных 1 группы на 58,3% чаще регистрировался QT длительностью 290мс, QTс - 430с ($p<0,001$).

Выводы. У новорожденных с малыми сердечными аномалиями, которые перенесли хроническую внутриматочную гипоксию, на электрокардиограмме регистрируются уширение QRS 50

- 70мс, Rpulmonale, перегрузка правого желудочка, ST-T изменения.

ST-T изменения сочетаются с инверсией амплитуды зубца T, удлинением QT и QTс.

Литература

1. Бокерия, Л.А. Аритмии сердца в структуре внезапной смерти младенцев / Л.А. Бокерия, Н.М. Неминуший // *Анналы аритмологии*. 2005. - №4. – С.60-67.

2. Вильчук, К.У. Электрокардиографические, эхокардиографические и биохимические маркеры поражения миокарда у новорожденных детей, рожденных путем абдоминального родоразрешения / К.У. Вильчук, Н.Б. Лашина, Т.В. Гнедько // *Педиатрия. Восточная Европа*. – 2013. - №4. - С. 58-74.

3. Макаров, Л.М. Нормативные параметры ЭКГ у детей / Л.М. Макаров, В.Н. Комолятова // *Функциональная диагностика*. – 2010. - №3. – С. 92-95.

4. Rautaharju, P. Linearly scaled, rate invariant normal limits for QT interval: eight decades of incorrect applicatijn of power functijns / P. Rautaharju, Z.M. Zhang // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* – 2013. - Vol. 13, №12. – P.1211-1218.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

¹Урбанович В.С., ¹Грек Н.И., ¹Гурин А.Л., ²Кунцевич Т.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. В настоящее время многие пары сталкиваются с такой проблемой как бесплодие. По данным ВОЗ среди причин, приводящих к развитию женского бесплодия, не маловажную роль играют эндокринные нарушения, которые составляют 30-40% от всех прочих этиологических факторов. Часто встречаемой эндокринной патологией у женщин репродуктивного возраста являются заболевания щитовидной железы (ЩЖ), выявляемые у 5-20% женщин данной возрастной группы. Среди нарушений функций ЩЖ распространены как избыточная выработка гормонов (тиреотоксикоз), так и, наоборот, их недостаточная продукция (гипотиреоз). Увеличение уровня гормонов ЩЖ и