

(3364 ± 412 г) ($p < 0,05$). Межгрупповых различий среди мальчиков и девочек по значениям массы тела не наблюдалось. 48,7 % девочек (Н — 48,3 %, И — 50 %, О — 50 %) и 40,6 % мальчиков (Н — 41,86 %, И — 47,06 %, О — 32 %) находились на грудном вскармливании; 5,9 % девочек (Н — 5,6 %, И — 10 %, О — 0 %) и 7,8 % мальчиков (Н — 8,14 %, И — 5,88 %, О — 8 %) — на смешанном; 45,4 % девочек (Н — 46,1 %, И — 40 %, О — 50 %) и 51,6% мальчиков (Н — 50 %, И — 47,6 %, О — 60 %) — на искусственном ($p > 0,05$). Скачок ИМТ у детей с ожирением отмечался в возрасте 2 лет у мальчиков ($p = 0,03$) и девочек ($p = 0,001$). У девочек с избытком массы тела возраст скачка приближался к 3 годам ($p > 0,05$), у мальчиков — к 5 годам ($p > 0,05$).

Выводы

Не выявлено различий значений массы тела при рождении в группах детей с нормальной массой тела и ожирением вне зависимости от пола (у мальчиков: Н — 3490 ± 425 г, О — 3578 ± 370 г, $p > 0,05$; у девочек: Н — 3396 ± 416 г, О — 3223 ± 450 г, $p > 0,05$). Девочки до 4 месяцев находились преимущественно на грудном вскармливании (48,7 %), мальчики — на искусственном (51,6 %) ($p > 0,05$). Установлен ранний «скачок ожирения» в возрасте 2 лет у мальчиков ($p = 0,03$) и девочек ($p = 0,001$) с ожирением относительно групп контроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kroke, A. A comparative evaluation of two different approaches to estimating age at adiposity rebound / A. Kroke, S. Hahn, A.E. Buyken, AD Liese // International Journal of Obesity. — 2006. — Vol. 30. — P. 261–266.
2. Ohlsson, C. Age at Adiposity Rebound Is Associated with Fat Mass in Young Adult Males-The GOOD Study / C. Ohlsson, M. Lorentzon, E. Norjavaara, J. M. Kindblom // PLOS ONE. — 2012. — Vol. 7. — P. 1–8.

УДК 616.346-008.811.1Ж618.33]-002

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТОКСИКОЗА В ОЦЕНКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОК С МНОГОВОДИЕМ

Корбут И. А.

Научный руководитель: Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Ведение

Многоводие — акушерская патология, связанная с повышением объема околоплодных вод, часто развивающаяся на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний в анамнезе, отягощая течение настоящей беременности (невынашивание, гипоксия плода) [1, 3]. Воспалительный ответ организма реализуется через интегративный иммуно-нейро-эндокринный механизм, сопровождается изменением иммунологического статуса и гормонального профиля. Интегративные показатели эндогенной интоксикации (ЛИИ и ГПИ) являются проверенным временем и не утратившим своей актуальности методом оценки степени тяжести воспалительного процесса [2]. По данным Я. Я. Кальф-Калиф (1941 г.) нормативные значения ЛИИ от 0,3 до 1,5. Уровень ЛИИ у здоровых людей по данным Васильева В. С. и Комара В. И. (1994 г.) составляет $0,62 \pm 0,09$, ГПИ — $0,62 \pm 0,09$. Айламазян Э. К. (1996 г.) считал нормальным показателем ЛИИ у здоровых небеременных женщин $0,82 \pm 0,09$. В научной литературе описаны интегративные показатели интоксикации для людей вне беременности, однако при физиологически протекающей гестации происходят изменения, обусловленные адаптацией организма к этому состоянию [1, 2].

Цель

Изучить взаимосвязь показателей эндогенной интоксикации с факторами повы-

шенного перинатального риска у женщин с многоводием

Материалы и методы

Для оценки резистентности организма у 150 беременных высокого перинатального риска нами исследованы формализованные интегративные индексы: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и гематологический показатель интоксикации (ГПИ). Перинатальный риск оценен в баллах по шкале пренатальных и интранатальных факторов [3]. Статистический анализ: вычисление доли и стандартной ошибки доли ($P \pm Sp\%$), медианы, 25-го и 75-го перцентилей, проведение ROC-анализа MedCalc 10.2.0.0 («MariaKerke», Бельгия).

Результаты исследования и их обсуждение

Мы определили уровни ЛИИ и ГПИ у обследованных с многоводием (основная группа) и нормальным объемом околоплодных вод (группа сравнения) перед родами и на 4 день после родов, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень эндогенной интоксикации у пациенток повышенного перинатального риска, Me (25; 75 перцентиль)

Гематологический индекс интоксикации	Основная группа n=109	Группа сравнения n=33	Критерий и уровень значимости
ЛИИ до родов	1,6 (1,0; 2,6)	1,8 (1,3; 2,4)	$Z_t=-0,8, p=0,4$
ЛИИ после родов	1,2 (0,8; 2,2)	1,9 (1,3; 3,2)	$Z_t=-2,7, p=0,007$
ГПИ до родов	3,0 (1,6; 4,6)	3,3 (1,8; 5,6)	$Z_t=-0,9, p=0,4$
ГПИ после родов	2,5(1,2; 4,1)	3,6 (2,1; 5,5)	$Z_t=-2,4, p=0,02$

Установлено, что при равных показателях ЛИИ и ГПИ до родов у пациенток сравниваемых групп, после родов у родильниц группы сравнения уровень этих параметров значимо выше и составляет 1,9 против 1,2 ($Z_t=-2,7, p=0,007$) и 3,6 против 2,5 ($Z_t=-2,4, p=0,02$) соответственно. С помощью критерия Вилкоксона выявлено, что у женщин с многоводием уровень ЛИИ и ГПИ до и после родов значимо изменяется, $p=0,03$ и $p=0,04$, соответственно.

Так как высокие показатели ЛИИ и ГПИ были выявлены у пациенток обеих групп, для оценки связи гематологических индексов интоксикации с высоким перинатальным риском нами проанализирован уровень этих показателей у женщин группы сравнения с перенесенными инфекционно-воспалительными заболеваниями во время беременности (таблица 2).

Повышение температуры тела при ОРЗ в I триместре гестации нами отмечена у двух обследованных группы сравнения, при этом ЛИИ и ГПИ у них статистически значимо выше, чем при беременности, протекавшей без респираторных инфекций. Вагинит у беременных, не имеющих клинических симптомов системных реакций организма, также сопровождается статистически значимым повышением уровня гематологических индексов интоксикации.

Таблица 2 — Показатели эндогенной интоксикации при инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных с нормальным объемом околоплодных вод, усл. ед. Me (25; 75 перцентиль), при $n < 5$ представлены все значения

Инфекционно-воспалительные заболевания		ЛИИ	ГПИ
ОРЗ с фебрильной температурой тела в I триместре	Да (n=2)	5,2; 5,6* $p=0,03$	9,6; 12,2* $p=0,03$
	Нет(n=34)	1,8 (1,3; 2,7)	3,3 (1,9; 5,4)
Вагинит во II триместре	Да (n=3)	2,8; 3,2; 5,2* # $p=0,05$	5,2; 7,6; 13,9* # $p=0,02$
	Нет (n=33)	1,8 (1,3; 3,4)	3,3 (1,8; 5,0)

Гестационный пиелонефрит	Да (n=3)	1,4; 3,2; 5,2	3,1; 8,9; 13,3
	Нет(n=33)	1,9 (1,3; 2,8)	3,3 (1,8; 5,6)
Без инфекционно-воспалительных заболеваний (n=3)		0,9; 1,3; 1,7	1,2; 1,6; 3,2

* Статистически значимое различие с женщинами без данного заболевания; # статистически значимое различие с пациентками без инфекционно-воспалительных заболеваний, $Z=-2,0$, $p=0,05$.

Уровень ЛИИ и ГПИ у женщин с перенесенным гестационным пиелонефритом и без такового значимо не различался.

При исследовании связи гематологических индексов интоксикации с особенностями течения родов нами установлено, что уровень ЛИИ до родов у пациенток со слабостью родовых сил ($n=29$) был статистически значимо ниже, чем у рожениц без аномалий родовой деятельности ($n=111$), что составило 1,2 (0,9; 2,1) и 1,8 (1,1; 2,7), соответственно, $Z_t=2,3$, $p=0,02$.

У беременных с многоводием и с последующим гистологически диагностированным децидуитом рассчитан пороговый уровень уровня ЛИИ до родов — 0,90 усл. ед. ($AUC = 0,73$, чувствительность — 50,0 %, специфичность — 86,5 %, $p=0,005$). При нормальном объемом околоплодных вод пороговым значением ЛИИ для преждевременного разрыва плодных оболочек является 1,66 усл. ед. ($AUC = 0,69$, чувствительность — 83,3 %, специфичность — 54,2 %, $p=0,005$). Уровень ГПИ до родов более 2,14 связан с разрывом влагалища в родах ($AUC = 0,69$, чувствительность — 83,3 %, специфичность — 66,4 %, $p=0,05$).

Выводы

Полученные данные показывают связь гематологических показателей интоксикации с воспалением половых путей. Это подтверждено высокими значениями ЛИИ и ГПИ у беременных с вагинитом (см. таблицу 2), а установленные высокие пороговые значения для последующих осложнений — преждевременного разрыва плодных оболочек и травм влагалища в родах могут быть основанием для использования этих индексов для составления прогноза и оценки акушерского риска. Вместе с тем, установленные высокие значения ЛИИ и ГПИ при локальном воспалении в нижних отделах половых путей и низкий пороговый показатель при развившемся децидуите дают основание предположить патогенетический механизм восходящей инфекции при некомпетентной иммунной защите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян, Э. К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций / Э. К. Айламазян // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — № 2. — С. 3–11.
2. Васильев, В. С. Практика инфекциониста. 2-е изд., стереотип / В. С. Васильев, В. И. Комар, В. М. Цыркунов. — 2-е изд., стер. — Минск: Высшая школа, 1994. — 495 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок. Руководство для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд. — М., «ТриадаХ», 2003. — С. 65–76.

УДК 616.36/.37-089.87-06

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГАСТРОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Корневский П. Н., Кветень А. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Е. Щерба

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение