

циенты с анемией были разделены на 2 группы: в 1-ю группу были включены 18 подростков с признаками миокардиодистрофии на электрокардиограмме (ЭКГ) в виде нарушений процессов реполяризации — ST-T изменений (уплощенный или отрицательный зубец T, депрессия или элевация интервала ST); во 2-ю — 16 подростков без значимых изменений на ЭКГ. В контрольной группе электрокардиографических признаков миокардиодистрофии не выявлено. Эхокардиография (ЭхоКГ) (стандартная и в режиме тканевой доплерографии) проводилась на ультразвуковой диагностической системе Vivid E9 фирмы General Electric (США) секторным датчиком с частотой 3,75 МГц. Контрольный объем (5 × 8 мм) ТД размещался в латеральной и медиальной частях фиброзного кольца митрального (МФК) и трикуспидального (ТФК) клапанов. Оценивались пиковые миокардиальные скорости (Sm (см/с) — пиковая систолическая скорость; Em (см/с) — пиковая скорость раннего диастолического расслабления; Am (см/с) — пиковая скорость в фазу систолы предсердий), соотношение E/A, временной интервал — сегментарное время изоволюмического расслабления (ivrt).

### **Выводы**

1. В группе подростков с признаками миокардиодистрофии при анализе стандартной ЭХО-КГ признаков нарушения глобальной и диастолической функции миокарда не выявлено. Лишь у одного подростка с показателем гемоглобина 54 г/л, фракция выброса (ФВ) составила 61 %, в остальных случаях ФВ колебалась в пределах 65,0025 % ÷ 70,0075 %.

2. Показатели тканевой доплерографии укладывались в норму во всех группах, однако, при анализе импульсной тканевой доплерограммы фиброзного кольца митрального клапана у пациентов 1 и 2 групп наблюдались более низкие, по сравнению с контрольной группой, значения систолического пика, свидетельствующие о начальных нарушениях продольной систолической функции (Sm ФКмк 1 группа —  $7,68 \pm 0,13$  см/с; 2 группа —  $8,26 \pm 0,17$  см/с; контрольная группа —  $10,78 \pm 0,21$  см/с ( $p < 0,001$ )). Аналогичные показатели ТД фиброзного кольца трикуспидального клапана, также имели тенденцию к снижению систолической скорости, но достоверных различий во всех группах не выявлено (Sm ФКтк 1 группа —  $9,89 \pm 0,15$  см/с; 2 группа —  $10,01 \pm 0,19$  см/с; контрольная группа —  $11,08 \pm 0,16$  см/с ( $p > 0,05$ )). Соотношение E/A в 1 основной группе в среднем составило  $1,4 \pm 0,05$ , тогда как в контрольной группе  $1,7 \pm 0,08$  ( $p < 0,01$ ), во второй основной группе статистически значимых отличий от первой и контрольной групп не выявлено ( $1,5 \pm 0,06$ ). Время изоволюмического расслабления левого желудочка, являющегося показателем скорости начальной релаксации желудочков, имели различия. Так в основных группах отмечается некоторое удлинение ivrt — в 1 группе до  $75 \pm 1,2$  мс, во 2 группе  $73 \pm 1,4$  мс, в контрольной группе  $69 \pm 1,2$  мс ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  соответственно). Диастолические показатели правого желудочка укладывались в норму и статистически значимых различий в группах не имели.

3. Таким образом, применение тканевой доплерографии фиброзных колец митрального и трикуспидального клапанов имеет практическое значение для ранней диагностики систолических и диастолических нарушений функции миокарда по сравнению со стандартной ЭХО-КГ. Метод достаточно прост в применении и, в отличие от компьютерной томографии и магнитно-ядерного резонанса, может проводиться одному и тому же пациенту с небольшими временными интервалами для динамического наблюдения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Амосова, Е. Н. Кардиомиопатии / Е. Н. Амосова. — Киев: Книга плюс, 2007. — 216 с.
2. Петри, А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

*Борисюк Я. А., Лукашенко Е. Г.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. А. Эйныш*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

За последнее время в акушерской практике увеличивается количество ситуаций, когда необходимо родоразрешение до наступления спонтанной родовой деятельности. Индукция родов является часто применяемым вмешательством в акушерстве. В настоящее время используется несколько методик родовозбуждения. И хотя они являются эффективными, ни одна из них не лишена возможных осложнений [1].

### **Цель**

Изучить особенности течения родов и их исходы для матери и ребенка при различных методах родоиндукции.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 59 историй родов за январь-февраль 2014 г. на базе ГУЗ «ГГКБ № 3». Изучены клинично-анамнестические данные, методы родоподготовки и индукции родовой деятельности, особенности течения родов, послеродового периода и состояния новорожденных у 29 пациенток с индуцированными родами (I группа) и 30 пациенток с самопроизвольными родами (II группа). Использованы методы статистической обработки для качественных признаков — определение доли и ее ошибки, для количественных — среднего значения и его ошибки, медианы, 5 перцентиля и 95 перцентиля. Сравнение полученных параметров производилось с помощью критериев  $\chi^2$  и критерия Манна-Уитни (U).

### **Результаты исследования**

Первородящих беременных в I группе было 17 ( $58,6 \pm 9,1$  %) человек, во II группе преобладали повторнородящие — 21 ( $70,0 \pm 8,3$  %) пациентка, ( $\chi^2 = 4,9$ ,  $p = 0,003$ ). Срок гестации на момент родов в I группе составил  $278 \pm 6,5$  дней (Me 279, (265,2; 285,6)), во II группе —  $273 \pm 6,9$  (Me 274,5 (263,9; 284,7) дней). Индукция родов была произведена до 40 недель у 15 ( $51,7 \pm 9,1$  %) человек, у остальных — на 41-й неделе гестации. Показаниями для плановой родоиндукции являлись: тенденция к перенашиванию беременности — у 11 ( $37,9 \pm 9,0$  %) пациенток, хроническая гипоксия плода — у 9 ( $31,0 \pm 8,2$  %) человек, гестоз — у 3 ( $10,3 \pm 5,6$  %) пациенток. В I группу также были включены 6 ( $20,6 \pm 7,5$  %) беременных с преждевременным излитием околоплодных вод и отсутствием регулярной родовой деятельности. Подготовка родовых путей к индукции выполнена у 15 пациенток: введением катетера Фолея за внутренний зев шейки матки — 11 ( $73,3 \pm 11,3$  %) случаев, 2 ( $13,3 \pm 8,7$  %) пациенткам в цервикальный канал вводились ламинарии, 2 ( $13,3 \pm 8,7$  %) — препедил-гель. В качестве методов индукции родов применялись: амниотомия — 11 ( $37,9 \pm 9,0$  %), амниотомия с индукцией родовой деятельности Pg E2 — 6 ( $20,6 \pm 7,5$  %), амниотомия с индукцией родовой деятельности окситоцином — 5 ( $17,2 \pm 7,0$  %). При преждевременном излитии околоплодных вод с целью индукции родов у 4 пациенток ( $13,7 \pm 6,4$  %) применялась инфузия Pg E2, у 3 ( $10,3 \pm 5,6$  %) пациенток инфузия Pg E2 с последующим введением окситоцина. Длительность 1 периода родов у пациенток I и II групп составила  $242,9 \pm 106,7$  мин (Me 220, (122,5; 446)) и  $266,9 \pm 103,0$  мин. (Me 275, (194,5; 469,5)). Выявлены статистически значимые различия в длительности 1 периода у первородящих сравниваемых групп:  $226,8 \pm 46,3$  против  $288,3 \pm 41,5$  мин (U = 0,031,

$p = 0,02$ ). Обезболивание 1 периода родов, в том числе с применением наркотических анальгетиков, СМА потребовалось 27 пациенткам I группы и 17 пациенткам II группы ( $\chi^2 = 10,3$ ,  $p = 0,001$ ). Пациенткам I группы чаще проводилась родостимуляция во 2 периоде родов — 14 случаев против 2 ( $\chi^2 = 12,9$ ,  $p = 0,003$ ). У пациенток II группы не было случаев оперативного родоразрешения, 2 пациенткам I группы было проведена 2 вакуум-экстракция плода и еще 2 пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке ( $\chi^2 = 4,4$ ,  $p = 0,004$ ). Частота других операций в родах, родового травматизма у пациенток исследуемых групп не различалась. Кровопотеря в родах составила  $298,9 \pm 104,2$  мл (без учета операций КС) и  $283,3 \pm 77,3$  мл, патологической кровопотери не наблюдалось. Оценка новорожденных по шкале Апгар при рождении составила по 8,0 баллов, на 5 минуте —  $8,1 \pm 0,3$  и  $8,2 \pm 0,4$  балла соответственно, детей, родившихся в асфиксии, не было. Масса тела при рождении составила  $3501 \pm 474$  г (Me 3460, (2814; 4196) и  $3472 \pm 439$  г (Me 3405, (2868; 4041)), количество крупных плодов не различалось. Частота осложнений послеродового периода также была одинаковой у пациенток обеих групп.

### **Выводы**

Большинство индуцированных родов было проведено у первородящих беременных. Продолжительность 1 периода родов индуцированных родов меньше по сравнению с самопроизвольными родами, индуцированные роды чаще требуют медикаментозного обезболивания. Родостимуляция во 2 периоде родов чаще проводится при индуцированных родах. Частота оперативного родоразрешения при индуцированных родах выше по сравнению с самопроизвольными.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Малевич, Ю. К. Применение простагландинов для индукции родов: метод. рекомендации / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. — 2-е изд., доп. и исп. — Минск: ДокторДизайн, 2010. — 36 с.

**УДК 61(092) Боткин**

## **С. П. БОТКИН И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВЬЯ**

*Бортновская Е. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Заслуги С. П. Боткина перед медицинской наукой огромны. По своей значимости в истории медицины не только русской, но и мировой, его можно, по словам М. П. Кончаловского, сравнить с Гиппократом. С. П. Боткин был одним из тех, кто «...сбросил с медицины мантию грубого и слепого эмпиризма и поставил ее в разряд естественных наук».

По-разному можно понимать и воспринимать творческое наследие С. П. Боткина. Каждое поколение находило созвучные себе факты, концепции, идеи. Выделялись симптомы Боткина, болезни Боткина, сформировалась Боткинская методология клинического диагноза, основанная на строго научно обоснованных гипотезах, выделены своеобразные заветы, «законы Боткина».

### **Цель**

Подробное изучение исследований С. П. Боткина, его научных доктрин и влияние их на современные представления и концепции медицинской науки.