

Установлено, что среди девушек чаще всего (44 %) встречается тип темперамента — меланхолик, а среди юношей (48 %) тип темперамента — сангвиник.

Время сенсомоторной реакции зависит от типологических особенностей нервной системы, главным образом от подвижности нервных процессов и их уравновешенности. Поэтому в своих исследованиях мы попытались установить зависимости времени простой ПЗМР от уровня силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов. Однако, достоверных зависимостей между изученными показателями не установлено. Возможно, это связано с субъективностью ответов испытуемых во время прохождения теста. Допустимо, что и сам тест не способен в полной мере охарактеризовать силу, уравновешенность и подвижность нервных процессов.

Также в ходе проведенной работы были выведены уравнения регрессии и рассчитан коэффициент корреляции для изученных психофизиологических показателей. Установлены зависимости между следующими показателями:

1. Скорость ПЗМР от функционального уровня системы. Уравнение регрессии $y = 7,8349e^{-0,002x}$. Коэффициент корреляции $R = 0,66$, что свидетельствует о среднем уровне зависимости.

2. Скорости ПЗМР от устойчивости реакции. Уравнение регрессии $y = 5,8023e^{-0,005x}$. Коэффициент корреляции $R = 0,56$ что соответствует среднему уровню зависимости.

3. Скорости ПЗМР от уровня функциональных возможностей. Уравнение регрессии $y = 8,1294e^{-0,004x}$. Коэффициент корреляции $R = 0,67$ что соответствует среднему уровню зависимости.

Выводы

В ходе выполнения исследований установлено:

1) психофизиологические показатели: коэффициент точности Уиппла, ФУС, УР и УФВ у студентов ГомГМУ находятся в пределах нормы, а время ПЗМР у юношей — выше нормы;

2) преобладающим типом темперамента среди юношей является сангвинистический, среди девушек — меланхолический;

3) между скоростью ПЗМР и функциональным уровнем системы, устойчивостью реакции, уровнем функциональных возможностей установлен средний уровень корреляционной зависимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чарыкова, И. А. Влияние экстремальных условий на показатели функционального состояния центральной нервной системы / И. А. Чарыкова, Е. А. Стаценко, Д. В. Руммо // НИИ физической культуры и спорта Республики Беларусь, 2013. — 3 с.

2. Медведева, Г. А. Физиология высшей нервной деятельности : практическое пособие / Г. А. Медведева, Л. А. Евтухова, Т. В. Строгая; М-во образ. РБ, Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины. — Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2008. — 72 с.

УДК 618.3:616.441

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Воронкова Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее десятилетие получила развитие новая отрасль эндокринологии — изучение физиологии и патологии щитовидной железы (ЩЖ) во время беременности. Изучение патологии щитовидной железы во время беременности получило большое развитие в связи с тем, что помимо физиологического изменения функционирования ЩЖ, происходит ее активная стиму-

ляция. В связи с этим происходят нарушения гормонального фона женщины, что может пагубно отразиться на течении ее беременности даже при небольшом дефиците йода [1].

При гипотиреозе женщина встречается с большим числом проблем, касающихся ее репродуктивного здоровья. Так, при декомпенсированном гипотиреозе значительно снижаются шансы забеременеть, а если наступление беременности все же произошло, то шансы родить здорового ребенка крайне малы [2].

Также у женщин с гипотиреозом повышен риск развития акушерских осложнений, таких как самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках, отслойка плаценты и преждевременные роды [1].

Цель

Выявить особенности течения беременности у женщин с гипотиреозом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было изучено течение беременности, развитие ее осложнений у 60 женщин, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в период январь-декабрь 2016 г. Основную группу составили 30 беременных с гипотиреозом, в группу контроля вошли 30 беременных без заболеваний щитовидной железы. Все пациентки основной группы во время беременности наблюдались у эндокринолога, каждые 3 месяца проводился контроль уровня ТТГ и корректировалась доза гормонозамещающих препаратов. Для компенсации гипотиреоза беременные основной группы принимали левотироксин натрия в дозе 50 мкг — 10 (33,3 %) беременных, 75 мкг — 5 (16,7 %) человек, 100 мкг — 7 (23,3 %) женщин и 125 мкг — 8 (26,7 %) женщин. У всех пациенток была отмечена компенсация гипотиреоза по данным контроля ТТГ в сыворотке крови.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0». Количественные данные представлены в виде Me (25, 75 %). Для сравнения групп использованы методы Mann — Whitney (U) и Chi-squared (χ^2). Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст беременных в основной и контрольной группах был в пределах от 19 до 38 лет, причем средний возраст в основной группе составил 31 (28, 33) год, что значимо превышало средний возраст пациенток в группе контроля — 26 (23, 32) лет ($U = 294$, $p = 0,02$). Группы были сопоставимы по числу первородящих, которых было 11 (36,6 %) в основной группе и 10 (33,3 %) в группе сравнения.

Срок родоразрешения значительно не отличался в обеих группах и составил 276 (269, 281) суток в основной группе и 276 (272, 278) суток в группе контроля ($U = 410,5$, $p = 0,5$). Преждевременные роды в основной группе произошли у 5 (16,7 %) пациенток в сроке 250 (241; 259) суток, против 1 (3,3 %) родов в группе контроля, произошедших на сроке 245 дней ($p = 0,19$). Из-за небольшой выборки не установлено статистически значимых различий между группами по числу преждевременных родов. Тем не менее, данный факт имел большое клиническое значение, так как показатель преждевременных родов в Республике Беларусь составляет 3,9–4 %, что сопоставимо с группой контроля и значимо ниже, чем в основной группе.

Одним из возможных осложнений беременности при гипотиреозе является наличие самопроизвольных абортов и неразвивающихся беременностей в анамнезе, а также угрожающее прерывание текущей беременности. Число самопроизвольных абортов в основной группе составило 3 (10 %) и не наблюдалось в группе контроля ($\chi^2 = 3,706$; $p = 0,044$), а вот число неразвивающихся беременностей в обеих группах оказалось почти поровну 3 (10 %) и 4 (13 %) соответственно ($\chi^2 = 0,435$; $p = 0,5$). Угрожающее прерывание текущей беременности у женщин с гипотиреозом наблюдалось статистически значимо чаще — у 6 (26,6 %) пациенток, в то время как в группе контроля данный показатель составил лишь 3 % ($\chi^2 = 4,714$; $p = 0,02$).

В течение беременности у женщин с гипотиреозом были выявлены такие осложнения, как вагинит, диагностированный у 8 (43,3 %) женщин в основной группе против 4 (20 %) в группе контроля ($\chi^2 = 1,949$; $p = 0,16$). ОРВИ во время беременности перенесли 16 (56 %) женщин основной группы и 10 (30 %) беременных группы, что значимо не различия ($\chi^2 = 1,712$; $p = 0,19$).

С одинаковой частотой по 36 % в обеих группах наблюдалась анемия беременных.

Выводы

1. Беременные с гипотиреозом были значимо старше, чем беременные в группе контроля ($p = 0,02$), что не было связано с паритетом родов, а возможно было обусловлено нарушением репродуктивной функции, большим числом самопроизвольных прерываний беременности на ранних сроках в анамнезе ($\chi^2 = 3,706$; $p = 0,044$).

2. Течение беременности даже при компенсированном гипотиреозе значимо чаще, чем в контрольной группе осложняется угрозой прерывания беременности ($\chi^2 = 4,714$; $p = 0,02$), в 2 раза чаще развиваются инфекционные осложнения (вагинит, ОРВИ) и в 16,7 % случаев заканчивается преждевременными родами, профилактику которых необходимо проводить у беременных с гипотиреозом.

3. Препаратом выбора для достижения медикаментозной компенсации гипотиреоза является левотироксин натрия, доза которого подбирается в зависимости от уровня ТТГ, что позволяет снизить риск большинства осложнений беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фадеев, В. В.* Заболевания щитовидной железы в регионах легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение / В. В. Фадеев. — М.: Видар-М, 2005. — 19 с.

2. *Balen, A.* Successful outcome of pregnancy with severe hypothyroidism / A. Balen, A. Kurtz // Brit. J. Obstet. Gyn. — 1990. — Vol. 97. — P. 536–539.

УДК 616.12-008.313-085:614.812

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПРИ АРИТМИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Габрусь А. Ф.

Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Ребко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Аритмия сердца — патологическое состояние, при котором происходят нарушения частоты, ритмичности и последовательности возбуждения и сокращения сердца. Аритмия — любой ритм сердца, отличающийся от нормального синусового ритма (ВОЗ, 1978).

Цель

Изучение организации помощи при аритмиях на догоспитальном этапе и возможности прогнозирования купирования приступа.

Материал и методы исследования

Нами были изучены карты вызовов бригады скорой медицинской помощи 240 пациентов Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская станция скорой медицинской помощи» с различными группами нарушения ритма.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ данных карт вызовов бригады скорой медицинской помощи с различными группами нарушения ритма. Среди пациентов мужчин было 69 (28,7 %) человек, женщин — 171 (71,3 %). Преобладали пациенты предпенсионного и пенсионного возраста: от 56 до 65 лет — 66 (27,5 %) и от 66 до 75 — 79 (33 %). Возрастное и половое распределение пациентов было следующим (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст													
	25–45		46–55		56–65		66–75		76–85		86–95		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Мужчины	3	1,3	8	3,3	26	10,8	21	8,8	9	3,7	2	0,8	69	28,7
Женщины	1	0,4	13	5,4	40	16,7	58	24,2	49	20,4	10	4,2	171	71,3
Итого	4	1,7	21	8,7	66	27,5	79	33	58	24,1	12	5	240	100