

Таблица 8

Динамика нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника

Признаки дисфункции кишечника	Контрольная группа (n=30)		Исследуемая группа (n=30)		p
	абс.	%	абс.	%	
Позднее восстановление перистальтики	22	73,3	8	26,7	<0,05
Позднее начало отхождения газов	20	66,7	9	30,0	<0,05
Медикаментозная стимуляция	18	60,0	7	23,3	<0,05
Наличие рвоты на 3-и сутки/сброс по желудочному зонду более 500 мл	17	56,7	9	30,0	>0,05
Маятникообразная перистальтика по данным УЗИ	22	73,3	8	26,7	<0,05
Свободная жидкость по данным УЗИ	9	30,0	4	13,3	>0,05
Расширенные петли кишечника по данным УЗИ	13	43,3	4	13,3	<0,05

Коэффициент нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника в исследуемой группе составил $0,19 \pm 0,13$, в контрольной группе – $0,46 \pm 0,13$. Таким образом при введении в брюшную полость мезогеля моторно-эвакуаторная функция кишечника восстанавливается в 2,4 раза быстрее ($p < 0,05$).

При использовании мезогеля в лечении острой спаечной кишечной непроходимости послеоперационное спайкообразование, оцениваемой по данным УЗИ на 10-е сутки в контрольной группе составила $0,88 \pm 0,4$ см, в исследуемой $1,76 \pm 0,5$ см, что в 1,9 раза ниже по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

Качество жизни пациентов в отдаленном периоде представлены в табл. 9.

Таблица 9

Качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде

Шкалы MOS SF 36	Исследуемая группа	Контрольная группа	p
физическая активность (ФА)	$80,0 \pm 2,4$	$70,0 \pm 3,7$	<0,05
физическая роль (ФР)	$73,0 \pm 4,0$	$58,0 \pm 4,0$	<0,05
Физическая боль (БФ)	$79,0 \pm 2,3$	$62,0 \pm 5,0$	<0,05
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$69,0 \pm 3,0$	$54,0 \pm 5,2$	<0,05
жизненная активность (ЖА)	$60,0 \pm 4,4$	$59,0 \pm 3,2$	>0,05
социальная функция (СФ)	$80,0 \pm 4,0$	$72,0 \pm 4,0$	<0,05
Психологическое здоровье (ПЗ)	$54,0 \pm 6,0$	$50,0 \pm 4,0$	>0,05
эмоциональная роль (РЭ)	$74,0 \pm 3,0$	$56,0 \pm 3,0$	<0,05
физический компонент здоровья (ФКЗ)	$72,3 \pm 2,9$	$61,0 \pm 4,4$	<0,05
психический компонент здоровья (ПКЗ)	$67,0 \pm 4,3$	$59,3 \pm 3,4$	<0,05

Как видно из табл. 9, физический компонент здоровья в исследуемой группе в 1,2 раза выше ($p < 0,05$), а психический компонент здоровья в 1,1 раза лучше, чем у пациентов контрольной группы.

Результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости представлены в табл. 10.

Таблица 10

Результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде

результат группа	Неудовлетворительный	Удовлетворительный	Хороший	Отличный
Контрольная группа	1 (3,3%)	9 (30,0%)	15 (50,0%)	5 (16,7%)
Исследуемая группа	-	-	18 (60,0%)	12 (40,0%)

Как видно из табл. 10, в исследуемой группе количество отличных результатов увеличено в 2,4 раза, хороших результатов – на 10%, удовлетворительных и неудовлетворительных результатов удалось избежать. Таким образом, введение мезогеля при операциях по поводу спаечной кишечной непроходимости позволяет улучшить течение как раннего, так и отдаленного послеоперационного периодов.

Выводы.

1. Применение противовоспалительного геля во время операции у пациентов с острым флегмонозным аппендицитом в 2 раза снижает спайкообразование в брюшной полости, не оказывает в послеоперационном периоде статистически достоверного влияния на болевой и интоксикационный синдромы.

2. Разработанная технология вторичной профилактики спаечной болезни путем интраоперационного введения в брюшную полость мезогеля больным острой спаечной кишечной непроходимостью патогенетически обоснована, не требует применения специальных конструкций, проста в техническом исполнении, не вызывает специфических осложнений и легко осуществима в повседневной практике общехирургических отделений.

3. Введение мезогеля во время операции по поводу острой спаечной кишечной непроходимости снижает системный эндотоксикоз в 2,1 раза, выраженность болевого синдрома в 3,3 раза,

улучшает моторно-эвакуаторную функцию кишечника в 2,4 раза в ближайшем послеоперационном периоде; в отдаленном периоде повышает физический компонент качества жизни в 1,3 раза, позволяет добиться отличных результатов лечения в 23,3%, хороших в 10%, рецидивов заболевания позволяет избежать.

Литературы

1. Андрейцев И.Л., Берелавичус С.В., Горский В.А., Кригер А.Г. Профилактика осложнений при лапароскопических операциях по поводу острой спаечной кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия 2002. № 2 С.10.
2. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев В.А. Бессимптомные спайки брюшной полости // Эндоскопич. хирургия. 2006. Т.12, №4. С.10–14.
3. Богдамов А.Е., Сидянов С.В. Острая кишечная непроходимость // Неотложная абдоминальная хирургия: Справочное пособие для врачей. М.: Триада-х, 2000 С.281–325.
4. Слесаренко С.С. Современные методы хирургического лечения спаечной болезни / С.С. Слесаренко, М.А. Коссодин, С.Н. Коршунов // Эндоскопическая хирургия. 2006, №2. С.125–128.
5. Суфияров И.Ф. Способ профилактики и лечения спаечной болезни брюшины / И.Ф. Суфияров, Р.М. Матигуллин, И.М. Бакиев // Эндоскопическая хирургия. 2007, №1. С. 77–79.
6. A safety and efficacy study of a resorbable hydrogel for reduction of post-operative adhesions following myomectomy / L. Mettler, J. Huckle, B. Bojahr et al. // Hum. Reprod. 2008, Vol.23. P. 1093–1100.
7. An in vivo evaluation of a chondroitin sulfate solution to prevent postoperative intraperitoneal adhesion formation / H.S. Tran, F.A. Jr. Chrzanoski, M.M. Puc et al. // J. Surg. Res. 2000. Vol.88, N2. P.78–87.
8. Sulaiman H., Dawson L., Laurent G.J. et al. Role of plasminogen activators in peritoneal adhesion formation // Biochem. Soc. Trans. 2002. Vol. 30, №2. P. 126–131.
9. Ghassan, M. S. Effect of glucose on the expression of type I collagen and transforming growth factor – b1 in cultured human peritoneal fibroblasts / M. S. Ghassan, M. P. Diamond // Fertility and Sterility. 2003. Vol.79, N1. P.158–163.
10. Nasser, C. Expression of matrix metalloproteinase (MMP-1) and tissue inhibitor of MMP in serosal tissue of intraperitoneal organs and adhesions / C. Nasser, K. Kotseos, Y. Zhao et al. // Fertility and Sterility. 2001. Vol.76, №6. P. 121–1219.

CLINICAL EFFICIENCY OF INTRAABDOMINAL IMPLANTATION OF ANTIADHESIVE AGENTS «MESOGEL»

V.A.LAZARENKO, B.S. SUKOVATYH, A.I.BEZHIN, V.A.LIPATOV, A.A. DUBONOV, V.A.ZHUKOVSKY

Chair of Surgery Postgraduate Education Faculty, Chair of General Surgery, Chair of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Kursk State Medical University

Clinical researches were carried out on 120 patients with acute appendicitis and commissural intestinal impassability. The patient applied Intra-abdominal implantation of anti- commissural resorbable polymeric agent Mesogel. The high efficiency of application of implant for preventing primary adhesive formations and its relapses is proved. The authors managed to improve the course of the nearest and furthest postoperative periods, to lower the number of complications and raise quality of life of the operated patients.

Key words: surgery, abdominal cavity, adhesion formations, adhesive illness, adhesive intestinal obstruction, appendicitis, prophylaxis, peritoneum, polymer, implant, gel, Mesogel.

УДК: 616. 366-003.7. 617-089

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕЖМЫШЕЧНОГО МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

Н.Ш. ХУДАЙБЕРГАНОВА*

Проведена сравнительная оценка среднего верхнего, параректального, косого, подреберного типа Кохера и предложенного авторами косого подреберного межмышечного минидоступа при холецистэктомии. На основании изучения некоторых параметров (угол операционного действия, глубина раны, угол наклона оси операционного действия, длина раны и индекс глубины раны) по А.Ю.Созонову-Ярошевичу (1954) показаны преимущества последнего.

Ключевые слова: холецистэктомия, открытая операция, минилапаротомия.

* Ташкентская медицинская академия 100109, Ташкент, ул. Фароби, 103

Успехи современной хирургии заболеваний желчного пузыря и протоков во многом связаны с техническим прогрессом и внедрением новых щадящих методов, таких как эндоскопическая коррекция патологии протоков, лапароскопическая холецистэктомия, миниинвазивные операции с помощью аппарата миниаппаратиста, минилапаротомные доступы [8,10]. Однако в некоторых случаях традиционная открытая холецистэктомия остается единственным методом оперативного вмешательства по поводу острых и хронических холециститов [5].

Эволюция минидоступов или малых разрезов началась с 1976 года, когда Р. Linde и соавт. [14] поделились своим опытом холецистэктомии с сохранением прямой мышцы живота. В 1982 году F. Dubois и соавт. [13] сообщили о 1500 холецистэктомиях, выполненных без всяких осложнений из подреберного разреза длиной от 3-6 см. В России о минидоступе в правом подреберье без пересечения прямой мышцы живота впервые написали В.С. Земской и М.Е. Шор-Чудновский [6]. Малотравматичные разрезы, в том числе небольшой срединный, параректальный, поперечные разрезы широко применяется и в Узбекистане [1-4,7,11,12].

Нами в 1993 г. разработан и применяется в клинике межмышечный щадящий минилапаротомный доступ вместо лоббированного нами же срединного верхнего лапаротомного разреза. Благодаря появлению в арсенале хирургов нового оборудования и инструментария, возможность более тщательного обследования больных необходимость в выполнении больших разрезов во многих случаях отпала.

Цель исследования – провести сравнительную оценку на трупе и в клинике предложенного нами доступа и различных видов лапаротомии при холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. На 20 трупах выполнены, после разрешения трупного окоченения наиболее распространенные доступы: верхнесрединная лапаротомия, разрез Кохера, параректальный и косой межмышечный доступы. Эти же доступы, кроме параректального разреза, изучены в клинике на 15 больных различной конституции.

Для рационального выбора разреза на передней брюшной стенке при проведении УЗИ мы маркируем на коже проекцию шейки желчного пузыря в месте наименьшего её залегания – это является центром косого или поперечного по складке кожи разреза от 6-8 см. Тупо отводя с стороны жировую клетчатку и сосудисто-нервные пучки, вскрываем апоневроз наружной косой мышцы живота по ходу кожной раны, а внутреннюю косую и поперечную мышцы живота расслаиваем тупо по ходу их волокон, и рану разводим крючками. Прямую мышцу живота отводим медиально к средней линии без рассечения (или при необходимости с рассечением передней и задней стенок влагалища). Дно и тело желчного пузыря после опорожнения последнего отводим латерально, выделяем шейку желчного пузыря, артерию и проток. Последние клипсуем или перевязываем, удаляем желчный пузырь, дренируем подпеченочное пространство через контрапертуру (патент на изобретение, № 03922 от 29.05.2009 г.).

Пространственные соотношения в ране оценивались объективными методами А.Ю.Созона-Ярошевича [9]. Угол операционного действия (УОД) и угол наклона оси операционного действия (УНООД) определяли с помощью угломера системы Н.Т.Беднова и А.Ю.Созона-Ярошевича.

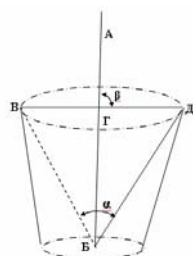


Рис. Угломер системы Н.Т.Беднова и А.Ю.Созона-Ярошевича.

1. АБ – ось операционного действия;
2. ГВ – глубина раны;
3. β – угол наклона оси операционного действия;
4. α – угол операционного действия;
5. ВД – длина раны;
6. ГВ/ВД x 100 = индекс глубины раны.

Результаты и их обсуждение. Параметры пространственных соотношений различных вариантов традиционного доступа к желчному пузырю приведены в табл. Как видно из табл., наилучший угол

операционного действия имеется при минилапаротомном межмышечном «мигрирующем» доступе (соответственно 87,6±2,9 и 89,4±1,1 градуса) и разрезе Кохера (соответственно 84,0±3,6 и 86,1±0,6 градуса), худшие при верхнесрединном (67,6±2,5 и 74,1±3,4 градуса) и параректальном разрезах (76,7±1,7 градуса), несмотря на наибольшие размеры раневой кожной апертуры при верхнесрединном (14,5±0,2 и 14,0±0,3 см) и параректальном разрезе (13,6±0,3 см).

Таблица

Пространственные соотношения в ране при различных доступах, М±м

Разрез	Пространственные соотношения разрезов				
	УОД	глубина раны, см	УНООД	индекс глубины раны	длина раны, см
Кохера	84,0±3,6	8,1±0,2	79,0±0,7	49,09±1,5	16,5±0,2
	86,1±0,6	8,0±0,2	81,2±0,4	56,0±0,8	14,2±0,2
Верхнесрединный	67,6±2,5	10,8±0,4	57,0±4,4	73,7±2,1	14,5±0,2
	74,1±3,4	9,7±0,3	67,1±0,7	70,0±1,1	14,0±0,3
Межмышечный	87,6±2,9 ^а	6,8±0,6 ^а	86,2±3,2 ^а	95,1±4,5 ^а	7,1±0,3 ^а
	89,4±1,1 ^а	6,5±0,2 ^а	88,7±0,5 ^а	94,5±1,7 ^а	6,9±0,2 ^а
Параректальный	76,7±1,7 ^б	8,8±0,4 ^б	77,2±1,0 ^б	64,8±1,9 ^б	13,6±0,3 ^б
	-	-	-	-	-

Примечание. В числителе показатели на трупах, в знаменателе – в клинике. * – достоверность по сравнению межмышечного, с разрезом – Кохера, P<0,01; *** – P<0,001; а – достоверность по сравнению межмышечного, с верхнесрединным разрезом а – P<0,001; б – достоверность по сравнению параректальный разрез с верхнесрединным разрезом (б – P<0,05; бб – P<0,01; ббб – P<0,001).

Если хороший угол операционного действия при разрезе Кохера получается за счет больших размеров раны (16,5±0,2 и 14,2±0,2 см), то предложенный нами косой минилапаротомный межмышечный доступ, благодаря УЗИ, даже при небольшом кожном разрезе (7,1±0,3 и 6,9±0,2 см) обеспечивал наилучший угол операционного действия (87,6±2,9 и 89,4±1,1 градуса). Глубина раны была наибольшей при верхнесрединном (10,8±0,4 и 97±0,3 см) и параректальном разрезе (8,8±0,4 см), что создавало дополнительные затруднения во время холецистэктомии. Меньшая глубина раны при разрезе Кохера (8,1±0,2 и 8,0±0,2 см) и особенно при косом межмышечном доступе (6,8±0,6 и 6,5±0,2 см) обеспечивала благоприятные условия для холецистэктомии.

Угол наклона оси операционного действия был наилучшим, т.е. ближе к 90 градусам, при минилапаротомном межмышечном доступе (86,2±3,2 и 88,7±0,5 градуса) и разрезе Кохера (79,0±0,7 и 81,2±0,4 градуса). Острый угол наклона оси операционного действия при параректальном (77,2±1,0 градуса) и особенно верхнесрединном разрезе (57,0±4,4 и 67,1±0,7 градуса), естественно, создавал худшие условия для холецистэктомии.

Индекс глубины раны также был наилучшим при косом межмышечном разрезе (95,1±4,5 и 94,5±1,7 градуса), остальные доступы (верхнесрединный, Кохера и параректальный) по индексу глубины раны значительно уступали косому межмышечному доступу и варьировали от 49,09 до 73,7 градуса.

Выводы: Результаты анализа пространственных соотношений в ране при различных вариантах традиционного доступа к желчному пузырю и желчным путям показывают, что при изолированных поражениях желчных путей и желчного пузыря предпочтительнее использовать минилапаротомный межмышечный доступ в правой подреберной области, который отвечает всем стандартам критериев операционного доступа. В клинических условиях УЗИ позволяет точно ориентироваться при выборе рационального доступа в зависимости от вариантов расположения шейки желчного пузыря. Предложенный нами доступ менее травматичен, прост в применении, может выполняться в любом хирургическом отделении, обычными инструментами, позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и быстрее восстановить трудоспособность, улучшает качество жизни.

Таким образом, косопоперечные разрезы в правом подреберье являются обоснованными, наименее нарушающими методами чревосечения. Количество ближайших осложнений и послеоперационных вентральных грыж значительно ниже, чем при других видах лапаротомии.

Литературы

1. Алиджанов Ф.Б., Баймуратов Ш.Э. // Хирургия Узбекистана. 2007. №3. С. 6–7.
2. Аталиев А.Е., Мадаминов Р.М., Ступин В.В., Рахимов Б.К. // 3-й конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. М., 2001. С. 35–37.

3. Аталиев А.Е., Худайберганаева Н.Ш., Усманов М.М., Мадаминов Р.М., Шотемиров В.Х. // Актуальные вопросы хирургии и клинической анатомии: Сб. науч. тр. 10-й науч. практ. конф. в рамках Международной выставки «Медицина и здоровье – 2004». Пермь, 2004. С. 14–15.

4. Аталиев А.Е., Мавлянов О.Р., Мадаминов Р.М., Худайберганаева Н.Ш. // Анналы хир. гепатол. 2005. Т. 10, №2. С. 176.

5. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. // Хирургия. 2005, №6. С. 24–30.

6. Земсков В.С., Шор-Чудновский М.Е. // Вестн. хир. 1988. №8. С. 36–41.

7. Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Рустамов Х.Ш. // Хирургия Узбекистана. 2004, № 2. С. 49–50.

8. Прудков М.И. // Хирургия. 1997, №4. С32–35.

9. Созон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам. Л., Медгиз, Ленинград. отд.-е, 1954. 179 с.

10. Титов К.В. // Актуальные вопросы хирургии и клинической анатомии: Сб. науч. тр. 10-й науч.-практ. конф. в рамках Международной выставки «Медицина и здоровье – 2004». Пермь, 2004. С. 113–114.

11. Ходжибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Вахидов А.Б. и др. // Хирургия Узбекистана. 2004. №2. С. 51–52.

12. Эргашев У.Ю., Прохорова И.П., Атаджанов Ж.Х. // Актуальные вопросы специализированной хирургии: Материалы науч.-практ. конф. Ташкент, 2007. С. 116–118.

13. Dubois F., Berthelot B. // Nouv. Presse. Med. 1982. V. 11, №15. P. 1139–1141.

14. Lindell P., Hedenstierna G. // Acta Chir. Scand. 1976. V. 142, №8. P. 561–565.

CLINICO-ANATOMICAL SUBSTANTIATION OF INTERMUSCULAR MINILAPAROTOMY IN OPERATIONS ON THE CHOLECYST

N.SH. KHUDOYBERGANOVA

Tashkent Medical Academy

The comparative estimation of the mid upper, pararectal, oblique, kocher type subcostal and subcostal intermuscular miniaccess suggested by the authors at cholecystectomy carried out. on the basis of studying some parametres (the angle of operational actions, wound depth, the angle of axis slope while operational acting, wound length and an the index of wound depth) according to a.j.sozon-yaroshevich (1954) are shown the advantages of the latter.

Key words: cholecystectomy, open operation, minilaparotomy.

УДК 616-053.1-071-003.96:616.89

ОПЫТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Д.В. ИЛАТОВСКАЯ*

Проведен анализ течения ранней гормональной адаптации у 65 доношенных новорожденных с различными вариантами задержки внутриутробного развития. Выявлены динамические изменения содержания тиреотропного, тиреотидных гормонов и кортизола в крови новорожденных с рождения к 5 суткам. С целью своевременной диагностики и коррекции процессов ранней адаптации нами были составлены прогностические модели, отражающие влияние факторов перинатального периода на гормональный профиль детей с задержкой внутриутробного периода.

Ключевые слова: новорожденный, задержка внутриутробного развития, гормональная адаптация.

В последнее время особое внимание в медицине отводится изучению влияния заболеваний матери, патологии беременности и родов на развитие плода и новорожденного. Изменения гормонального профиля новорожденного в раннем неонатальном периоде наиболее точно отражают нарушение его адаптации к внеутробному существованию, особенно это актуально для детей с задержкой внутриутробного развития [1]. Наиболее значимыми являются гормоны гипотиз-тиреоидной системы и кортизол. Уровень гормонов коры надпочечников отражает стрессовую реакцию новорожденного на процесс родов, кортизол активизирует

синтез сурфактанта в лёгочной ткани, потенцирует закрытие боталлова протока, способствует созреванию ряда ферментативных систем в стенке тонкой кишки и печени. Надпочечники выполняют адаптационную функцию уже с первых мин. жизни ребенка [4]. Отсутствие так называемого кортизолового всплеска в момент рождения у детей с задержкой внутриутробного развития может приводить к нарушению ранней неонатальной адаптации данных детей, в первую очередь к дисбалансу механизмов защиты от гипотермии, гипогликемии и гипокальциемии [3,4]. Тиреоидные гормоны способствуют синтезу белка, регулируют процессы формирования костной системы, дифференцировку центральной нервной системы, стимулируют процессы роста, морфологическую дифференцировку фетальных легких и постнатальное созревание архитектоники легочной альвеолярной ткани, влияют на эритропоэз, участвуют в иммуногенезе. Воздействие патологических факторов во время беременности может обусловить структурные и функциональные нарушения в гипотизарно-тиреоидной системе новорожденного. Непродолжительное действие приводит к повышению функциональной активности всех отделов системы, длительное действие – к дезорганизации и угнетению, что может сказаться на адаптации новорожденных, становлении взаимосвязей в системе эндокринных желез и в дальнейшем привести к развитию полиглангулярных расстройств [2].

Цель исследования – выявление факторов, являющихся предикторами гормональной адаптации детей с задержкой внутриутробного развития и составление прогностических моделей.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 65 новорожденных с задержкой внутриутробного развития: 1 группа – дети с гипотрофическим вариантом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) I степени (n=26), 2 группа – дети с гипотрофическим вариантом ЗВУР II степени (n=15), 3 группа – дети с гипопластическим вариантом ЗВУР I-II степени (n=24). Группу сравнения составили 15 детей со средним гармоничным физическим развитием при рождении. Дети всех групп родились доношенными (в сроке 39-40 недель).

Проведен анализ соматической и инфекционной заболеваемости матерей исследуемых детей, течение беременности и родов, определен гормональный статус новорожденных. Концентрацию гормонов в крови определяли с помощью стандартных радиоиммунологических методов. Был исследован комплекс гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т₄), трийодтиронина (Т₃), кортизола. Кровь набиралась из сосудов пуповины и на 4-5 дни жизни пункцией периферических вен в утренние часы (8-9 часов утра, за 30 мин. до кормления). Был проанализирован удельный вклад статистически значимых факторов в изменение гормонального профиля детей с задержкой внутриутробного развития. Для достижения цели исследования были составлены уравнения линейной регрессии, отражающие количественные и качественные характеристики предикторов. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Statistica v.6.1. Анализ данных проводился методом дескриптивной статистики: определялись среднее, ошибка среднего, дисперсия, доверительный интервал. Сравнение двух групп проводилось с использованием t-критерия Стьюдента, а если гипотеза нормальности распределения групп была отвергнута, использовались критерий Манна-Уитни. Для сравнения нескольких групп использовался непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, являющийся аналогом критерия Манна-Уитни. Прогностические модели были построены с помощью метода множественной регрессии. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что во всех группах хроническая соматическая патология матерей встречалась одинаково часто (p>0,05), наиболее часто регистрировалась вегетососудистая дистония. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у женщин всех исследуемых групп. Из гинекологической патологии у матерей всех групп отмечались хронические воспалительные гинекологические заболевания, привычное невынашивание, длительное бесплодие, однако достоверных различий между группами не выявлено. Генитальный инфантилизм был более характерен для матерей детей 2 группы (p<0,05) в сравнении с контрольной группой. Течение беременности у матерей всех групп осложнялось угрозой прерывания, бактериальными вагинозами, кольпитом, острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в первой половине беременности, однако достоверных различий между группами не выявлено. Анемия беременных и хроническая фетоплацентарная

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». 394000 г. Воронеж, ул.Студенческая, 10, ГОУ ВПО ВГМА им.Н.Н.Бурденко, тел. (4732) 96-17-82