

Встановлено, що антропометричні показники та параметри дівчат і хлопців, які мешкають у місті, не мають достовірних відмінностей із нормативами (усі $p > 0,05$), однак мають суттєві статеві відмінності: величини таких показників як Мт, Зр, ППТ, ОТ, ОТ/ОС у дівчат вірогідно нижчі, ніж у хлопців (усі $p < 0,05$), а відповідно ШСБ, ШСТ, ШСЛ, ШСІ, СШС, % жиру – вірогідно вищі (усі $p < 0,05$). Між хлопцями та дівчатами міста кількість відмінностей зменшується. Хлопці мають вищий показник ШСБ ($p < 0,05$), а статевих відмінностей за показниками ШСТ, ШСЛ, ШСІ, СШС, % жиру не знайдено (усі $p > 0,05$). Хлопці села мають вищі Зр ($p < 0,05$) та ОГом ($p < 0,05$). При відсутності різниці в Мт ($p > 0,05$), у хлопців міста знижується питома вага м'язового компоненту маси тіла, а збільшується - жирового. Це підтверджено тим, що показники СШС ($p < 0,05$), % жиру ($p < 0,05$) хлопців міста перевищують нормативні. У хлопців з міста виявлено підвищення показників САТ ($p < 0,05$) і ДАТ ($p < 0,05$) як під час порівняння із відповідними показниками підлітків чоловічої статі із села, так і із нормативними. Підлітки міста вірогідно частіше вживають фаст-фуд, хворіють на застуду, більше часу проводять біля телевізору та комп'ютеру, статистично менший час вони, ніж їхні однолітки із села, проводять на свіжому повітрі (усі $p < 0,05$). Хлопці міста, частіше ніж дівчата та їхні однолітки з села, мають нижче середнього або низький рівень пристосування ССС до фізичного навантаження. Кореляції між результатами ПР та % жиру ($r = +0,65$, $p < 0,05$) та ІМТ ($r = +0,53$, $p < 0,05$) підтверджують вплив надмірної ваги на погіршення функціонального стану ССС. Визначені вірогідно вищі рівні ХРС, ІРС, ПД у підлітків з високим рівнем рухової активності. З'ясовано наявність сильного зв'язку між рівнями рухової активності та функціонально-резервними можливостями ССС ($r_{bs} = +0,87$, $p < 0,001$).

Запропоновано підлітків з надмірною вагою, низькою руховою активністю, підвищеним артеріальним тиском та/або зниженим рівнем пристосування ССС до фізичного навантаження відносити до групи ризику формування кардіальної патології та спрямувати під нагляд фахівців.

ВПЛИВ РОЗМІРІВ ТА ЗА ЖІНКИ НА ПРОГНОЗ РОДОРІЗРІШЕННЯ

Неровний В.В.

Науковий керівник: ст.викл. Бабій Л.М.

Вузкий таз залишається актуальною лікарською проблемою, він наявний у 8-9% жінок (Назарова І.Б. та співавт., 2012). «Вузкий таз» - діагноз, що викликає чимало питань. Почувши його, жінка переживає: як пройнуть пологи і як почуватиметься малюк? Актуальною ця проблема є й тому, що за останні роки збільшилася частота пологів великим плодом - понад 18% випадків (Запорожан В.М. та співавт., 2013). До статевозрілого віку у здорової жінки таз повинен мати нормальну форму і розміри. Для формування правильного таза потрібний нормальний розвиток дівчинки ще під час

внутрішньоутробного періоду, профілактика рахіту, хороший фізичний розвиток і живлення, профілактика травматизму, нормальні гормональні та обмінні процеси. Анатомічно вузький таз - це таз, у якого усі або хоча б один із розмірів зменшений на 1,5-2,0 см. Причини виникнення анатомічно вузьких тазів різноманітні: вплив негативних факторів під час внутрішньоутробного розвитку плода; вроджені аномалії таза; несприятливі умови життя та перенесені захворювання у дитячому віці, інфантилізм; вроджений адреногенітальний синдром; надмірна акселерація; переломи та пухлини кісток таза; деформації хребта, куприка; посилені заняття спортом. За формою звуження «вузький таз» поділяють на: поперечнозвужений таз; плоский таз (простий, плоскоракітичний), загальнорівномірнозвужений таз. За особливостями будови «вузький таз» поділяють на: гінекоїдний (жіночий) таз; андроїдний (чоловічий) таз; антропоїдний (мавпоподібний) таз; платипелоїдний (плоский) таз. Частота виникнення клінічно вузького таза при анатомічно вузькому тазі становить 25-30%, а при нормальних розмірах таза - 0,3%.

Мета роботи. Вивчити частоту та причини формування вузького таза у жінок та вплив його на прогноз родорозршення.

Висновок. Можна припустити, що більша частота «вузького таза» пов'язана з йоддефіцитними станами. Частота патологічних пологів при «вузькому тазі» вища і залежить як від ступеню звуження таза, так і від інших факторів.

АНОМАЛІЯ РОЗВИТКУ ХРЕБЦІВ

Посохова М. І.

Науковий керівник: ас. Риженкова І. В.

Велика кількість деформацій хребта пов'язана з аномаліями розвитку хребців. Найпоширенішою аномалією є розщеплення хребців (*Spina bifida*). Локалізується дефект в основному в попереково-крижовому відділі хребетного стовпа. У грудному та шийному відділах ця деформація спостерігається надзвичайно рідко.

Незарощення хребта утворюється за рахунок того, що один або декілька хребців під час перших місяців внутрішньоутробного розвитку плоду не змикаються. Тяжкість захворювання залежить від ступеня супутнього ушкодження спинного мозку. Розрізняють закриті та відкриті розщеплення хребців. Приховані розщеплення хребців є найлегшим та зустрічається частіше. Воно може протікати безсимптомно або супроводжуватися помірними болями в області попереку і крижів. При розвитку рубцевих змін в області корінців з'являються порушення чутливості іннервації здавленого нерва. Порушується регуляція тону судин і живлення шкіри, що обумовлює розвиток набряків і появу виразок. У важких випадках розщеплюються не лише хребці, але і спинний мозок. Через розщеплення хребця назовні випинаються оболонки і