

Критерий «постановка на учет в женскую консультацию позднее 10-й недели» дал следующие результаты: беременные без ИППП — 3,5 %, беременные с ИППП — 47,2 %.

В законном браке на момент беременности среди пациенток первой группы состояло 96,4 %, во второй группе — 44,4 %.

Отягощенный акушерский анамнез в форме предшествующих выкидышей и неразвивающихся беременностей у пациенток без ИППП составило 30,9 %, у пациенток с ИППП — 36,1 %.

У 63,8 % беременных с ИППП при ультразвуковом исследовании были отмечены изменения в плаценте, в виде микрокальцинатов, неоднородности структуры, наличия гетерозогенных включений.

Всем пациенткам с ИППП было проведено этиотропное лечение, согласно действующим протоколам. Основными антибактериальными препаратами выбора были вильпрофен (при уреоплазмозе), спиромицин (при хламидиозе). Контроль излеченности производился в 13,8 случаях. У всех беременных при контроле излеченности не было обнаружено возбудителей.

Выводы

1. В группе пациенток, имеющих, в медицинской карте ИППП во время беременности в большей степени отмечены случаи наличия вредных привычек, постановка на учет позднее 10-й недели, незарегистрированные браки. Это может свидетельствовать о том, что данная группа пациенток менее ответственно относится к данной беременности или, что данная беременность у пациенток незапланированная.

2. Большая частота патологии предыдущих беременностей в виде и замерших беременностей либо самопроизвольных выкидышей может свидетельствовать о влиянии ИППП на течение беременности.

3. Своевременная диагностика и лечение ИППП во время беременности позволяет избежать осложнений беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Рамхатулина, М. Р.* Урогенитальные инфекционные заболевания / М. Р. Рамхатулина, А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2009. — № 3. — С. 78–83.

УДК 616.711-007.17-036.82

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА ОСВЕСТРИ И АНКЕТЫ РОЛАНДА — МОРРИСА

Продухо А. С.

Научный руководитель: ассистент П. С. Ремов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Боли в позвоночнике — одна из основных причин потери трудоспособности и снижения качества жизни. Опросник Освестри, анкета Роланда — Морриса рекомендуются авторитетными изданиями для оценки степени нарушения жизнедеятельности, а также для оценки качества лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника [1].

Цель

Оценка качества жизни пациентов с компрессионными синдромами на поясничном уровне с помощью опросника Освестри и анкеты Роланда — Морриса.

Материал и методы исследования

Качество жизни было оценено у 33 пациентов, оперированных по поводу дегенеративно-дистрофической патологии поясничного отдела позвоночника на базе отделения нейрохирургии № 1 УГОКБ в 2015–2016 гг. В ходе исследования использовался опросник Осве-

стри версии 2.1a. Опросник состоит из 10 разделов, при этом максимальный балл, выставаемый пациентом, в каждом разделе равен 5. Индекс Освестри (%) высчитывается по формуле: сумма набранных баллов со всех заполненных разделов / максимально возможное количество баллов $\times 100$. Чем больше индекс Освестри, тем ниже качество жизни пациента. Анкета Роланда — Морриса состоит из 24 вопросов, на которые отвечает пациент. Врач подсчитывает общее количество отмеченных больным пунктов, получая сумму от 0 до 24. Чем больше сумма, тем более выражено нарушение жизнедеятельности [2]. Для статистической обработки материала использовалась программа «Statistica» 11.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены данные по половозрастной структуре.

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст, лет	Количество пациентов, n = 33	%	Пол			
			мужской	%	женский	%
20–29	1	3,0	1	3,0	0	0,0
30–39	7	21,2	4	12,2	3	9,1
40–49	16	48,5	11	33,3	5	15,2
50–59	8	24,3	1	3,0	7	21,2
Старше 60	1	3,0	0	0,0	1	3,0
Всего	33	100	17	51,5	16	48,5

Исходя из данных таблицы 1, можно сделать вывод, что наибольшее количество обследованных пациентов находилось в возрасте 40–49 лет — 16 (48,5 %) человек. Отмечалось равномерное распределение пациентов по полу: мужчин — 17 (51,5 %) человек, женщин — 16 (48,5 %) человек.

В таблице 2 представлены результаты оценки качества жизни по 10 разделам опросника Освестри.

Таблица 2 — качество жизни по опроснику Освестри

Пол	Раздел опросника Освестри, средний балл										Индекс Освестри, %
	интенсивность боли	самообслуживание	поднятие предметов	ходьба	положение сидя	положение стоя	сон	сексуальная жизнь	досуг	поездки	
Мужчины	2,8 \pm 1,0	2,2 \pm 1,0	2,4 \pm 1,1	2,6 \pm 1,0	3,1 \pm 1,2	2,7 \pm 1,1	2,2 \pm 0,7	2,0 \pm 1,5	2,8 \pm 1,4	2,9 \pm 1,4	51,4 \pm 13,9
Женщины	3,2 \pm 1,2	2,9 \pm 1,0	3,0 \pm 1,1	3,3 \pm 1,2	3,4 \pm 1,2	2,6 \pm 1,4	2,4 \pm 1,3	3,6 \pm 1,0	3,0 \pm 0,8	3,3 \pm 1,0	60,4 \pm 15,8

Согласно данным, представленным в таблице 2, индекс Освестри для мужчин составил 51,4 \pm 13,9, для женщин — 60,4 \pm 15,8, при статистической обработке значимого различия по этим величинам не найдено ($p > 0,05$). По всем разделам опросника, кроме раздела «положение стоя» у женщин наблюдался более высокий средний балл, однако, статистически значимое различие обнаружено только в разделе «сексуальная жизнь». У женщин средний балл в этом разделе составил 3,6 \pm 1,0, у мужчин — 2,0 \pm 1,5 ($p < 0,05$). Самый высокий балл нарушения жизнедеятельности у мужчин был зафиксирован в разделе «положение сидя» — 3,1 \pm 1,2, у женщин в разделе «сексуальная жизнь» — 3,6 \pm 1,0.

По анкете Роланда — Морриса средний балл составил 14,6 \pm 4,0, у женщин — 17,3 \pm 2,7 ($p > 0,05$).

Стоит отметить, что обе анкеты подтвердили свое качество и применимость, продемонстрировав высокий процент заполнения. При заполнении опросника Освестри раздел «сексуальная жизнь» пропустили 4 (12,1 %) пациентки, в разделе «ходьба» затруднения возникли только у 1 (3,0 %) пациентки. В остальных разделах опросника Освестри, а также в анкете Роланда — Морриса продемонстрировано стопроцентное заполнение.

Выводы

1. Опросник Освестри и анкета Роланда — Морриса продемонстрировали свою эффективность при оценке качества жизни у пациентов с компрессионными синдромами на поясничном уровне.

2. По индексу Освестри и среднему баллу анкеты Роланда — Морриса в данной выборке не выявлено статистической значимости между мужчинами и женщинами ($p > 0,05$).

3. В разделе «сексуальная жизнь» опросника Освестри у женщин средний балл составил $3,6 \pm 1,0$, у мужчин — $2,0 \pm 1,5$, что является статистически значимым отличием ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В. А. Бывальцев [и др.] // Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН. — 2013. — 32 с.

2. Яковлев, М. В. Оптимизация неврологической помощи пациентам с поясничным остеохондрозом. Клинико-экономический анализ: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / М. В. Яковлев. — М., 2013. — 135 с.

УДК 616.155.16 - 057.36

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНООБРАЗОВАНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Прокопович Д. А., Прокопович С. С.

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

Введение

Исследования Всемирной организации здравоохранения показывают, что анемия является состоянием, которое представляет собой проблему общественного здоровья, что обусловлено частотой встречаемости анемии по всему миру, разнообразием причин ее возникновения. Проблема анемии актуальна, как для развивающихся стран, так и для стран индустриально развитых. Одним из важнейших критериев нарушения морфофункционального состояния циркулирующего пула эритроцитов является снижение уровня гемоглобина. Этот критерий является определяющим в постановке диагноза анемии и установлении степени ее тяжести. Актуальным является выявление нарушения гемоглобинообразования уже на этапе донозологической диагностики.

Цель

Предлагается использовать экспертную систему, построенную на оценке вероятной принадлежности результатов анализа гемоглобина к патологическим состояниям при организации диспансерного наблюдения за состоянием здоровья населения, а также изолированных контингентов, таких как военнослужащие, студенты и др.

Материал и методы исследования

Уровень гемоглобина определяется спектрофотометрически гемиглобинцианидным методом или с помощью современных гематологических анализаторов с бесцианидным гемоглобиновым реагентом, использование которого не только повышает безопасность, но и снижает интерференцию в образцах с заметным лейкоцитозом. Оценку результатов проводят путем сравнения с интервалами референсных значений с учетом возраста и пола (ожидаемые результаты). Целесообразно использовать, особенно в детском возрасте, референсные интервалы для различных возрастных групп. Наиболее оптимальным вариантом является установление собственных референсных интервалов для различных возрастных групп непосредственно в лаборатории (популяционные нормы) [1, 4].

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка уровня гемоглобина производится как для результатов анализа с манифестированными признаками анемии, так и для латентных ее форм. При оценке результатов учитываются не только возраст и пол обследуемых, но погрешность проводимых измерений. Для показателя строится функция принадлежности (m_{HGB}) к патологии, где значения, полностью соответствующие тяжелой степени патологии («зона гарантированной патологии») оцениваются как 1, полностью соответствующие норме («зона гарантированной нормы») — как 0, все промежуточные результаты (легкая и средняя степени тяжести), результаты зоны переходных значений оцениваются количественно значениями в диапазоне от 1 до 0 («серая зона»).