

щин контрольной и основной групп составлял  $8,27 \pm 1,60$  и  $7,50 \pm 2,19$  недели, соответственно (по Kruskal — Wallis,  $p = 0,1066$ ).

При ретроспективном анализе нами отмечено, что у пациенток с невынашиванием беременности чаще, чем в контрольной группе, встречались перенесенные инфекционные заболевания, частота которых в основной группе составила 52,4 и 27,5 % — в контрольной группе. Частота встречаемости различной соматической патологии в группе с невынашиванием беременности была достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у здоровых беременных. У 40,5 % пациенток основной группы выявлено сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний.

При изучении исходов предыдущих беременностей отмечено, что в основной и контрольной группе своевременными родами закончились 31 и 47,5 % соответственно. У пациенток основной группы по сравнению с группой контроля обращает на себя внимание высокий процент привычного невынашивания и недонашивание беременности. Так, в основной группе 28,6 % беременностей закончились самопроизвольным выкидышем в I триместре, неразвивающейся беременностью — 11,9 %, преждевременными родами — 9,5 %. В группе контроля преждевременные роды наблюдались лишь у 7,5 % женщин, самопроизвольные выкидыши отмечены только у 5 %, что касается неразвивающейся беременности, данное осложнение у пациенток не отмечалось. Все пациенты, участвовавшие в обследовании, до наступления настоящей беременности ранее наблюдались и лечились по поводу различных гинекологических заболеваний. Следует отметить, что наличие хронических воспалительных заболеваний половых органов в основной группе было достоверно выше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Согласно полученным нами данным, статистически значимых различий уровня ДГЭА в сыворотке крови пациенток основной группы в сравнении с группой контроля не выявлено ( $p > 0,05$ ). Нами установлены статистически значимые различия между концентрациями пролактина и эстрадиола ( $p < 0,05$ ). Так, концентрация пролактина в основной группе была меньше на 1133 мМЕ/л, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). При этом уровень эстрадиола в сыворотке крови у женщин с первым эпизодом прерывания беременности был в 2,3 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). В ходе статистического анализа полученных результатов выявлены достоверные различия в концентрации прогестерона в сыворотке крови между основной и контрольной группами. Так, у пациенток основной группы уровень этого гормона был в 3,5 раза ниже, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). По нашим данным, концентрации ДГЭА, пролактина и эстрадиола у обследованных пациенток находились в пределах физиологической нормы для I триместра беременности.

### **Выводы**

Таким образом, мы полагаем, что достоверно низкие концентрации прогестерона, пролактина и эстрадиола у женщин с невынашиванием беременности свидетельствуют о наличии гормонального дисбаланса и могут быть отнесены к факторам, способствующим прерыванию беременности раннего срока.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Давыдов, А. И. Профилактика репродуктивных потерь при привычном невынашивании беременности / А. И. Давыдов, И. В. Игнатко // *Вопр. гинекол., акушерства и перинатол.* — 2008. — Т. 7, № 2. — С. 40–46.
2. Сидельникова, В. М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В. М. Сидельникова. — М.: МЕД-пресс-информ, 2007. — 352 с.
3. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study / X. Wang [et al.] // *Fertility and Sterility.* — 2008. — Vol. 79. — P. 577–584.
4. Kutteh, W. H. Recurrent Pregnancy Loss / W. H. Kutteh, M. D. Stephenson // *Clinical Gynecology.* — 2006. — P. 797–802.

УДК 614.2(476.2)

## **ОБРАЗ ЖИЗНИ, ОЗДОРОВЛЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Куцабенко И. Г.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц**

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

### **Введение**

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью и интеллектуальным возможностям трудоспособного населения. Очень важно сохранение здо-

ровья всех прослоек белорусского общества путем соблюдения образа жизни, профилактических и оздоровительных мероприятий со стороны каждого члена общества.

Образ жизни в значительной мере определяет все стороны деятельности человека, его состояние здоровья. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) является основой профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения. Основными составляющими ЗОЖ являются рациональное питание, двигательная активность, общеукрепляющие и антистрессовые мероприятия, полноценный отдых, высокая медицинская активность [1–4].

### **Цель**

Изучение образа жизни, оздоровления и состояния здоровья взрослого населения Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Проведено анкетирование взрослого населения, в исследовании приняло участие 116 человек, из них 32,8 % лиц мужского пола и 67,2 % лиц женского пола в возрасте от 18 до 75 лет. С помощью специально разработанной анкеты изучалась информация об условиях и образе жизни опрошенных. Анкета состояла из нескольких блоков и включала демографические характеристики (пол, возраст, занятость, образование, семейный статус), вопросы, дающие информацию об условиях жизни и состоянии здоровья, частоте занятий физкультурой и спортом, соблюдении режима питания и рациональности питания, характере оздоровления, доходе на одного члена семьи.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

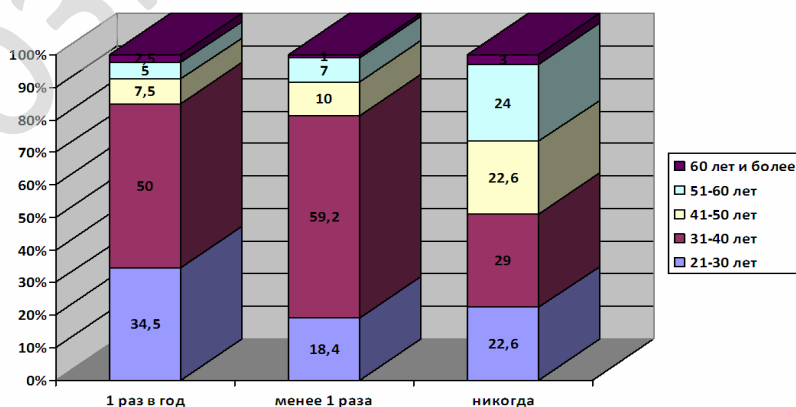
Регулярно занимаются физкультурой и спортом 16 (13,7 %) человек, из них 9 (56,2 %) в возрастной группе 21–30 лет, 5 (31,2 %) в возрастной группе 31–40, 2 (12,5 %) в возрастной группе 51–60 лет.

Нерегулярно занимается 55 (47,4 %) человек, из них 16 (29 %) в возрастной группе 21–30 лет, 30 (54,5 %) в возрастной группе 31–40 лет, 6 (11 %) в возрастной группе 41–50 лет, 3 (5,5 %) в возрастной группе 51–60 лет.

Не занимается 45 (38,7 %) человек, из них 1 (2 %) в возрастной группе до 20 лет, 5 (11 %) в возрастной группе 21–30 лет, 18 (40 %) в возрастной группе 31–40 лет, 10 (22 %) в возрастной группе 41–50 лет, 9 (20 %) в возрастной группе 51–60 лет, 2 (5 %) в возрастной группе 60 и более.

Всегда соблюдает режим питания и рациональное питание 12 (10,3 %) человек, не всегда соблюдает режим питания и рациональное питание 68 (58,6 %) респондентов, не соблюдает режим питания и рациональное питание 36 (31 %) респондентов.

Один раз в год оздоравливалось 40 (34,5 %) человек, менее 1 раза в год оздоравливалось 49 (42,2 %) человек, никогда не оздоравливалось 31 (26,7 %) человек (рисунок 1). Показатели оздоровления различных возрастных групп.



**Рисунок 1 — Распределение респондентов разных возрастных групп в зависимости от кратности оздоровления в течение года**

С целью оздоровления в пределах РБ выезжало 10 (8,6 %) человек, в страны СНГ выезжало 32 (27,6 %) человека, в страны дальнего зарубежья выезжало 44 (37,9 %) человека, никуда не выезжало 30 (25,8 %) человек (рисунок 2).

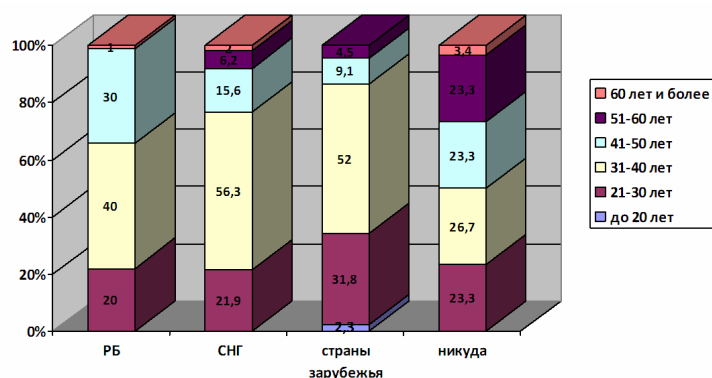


Рисунок 2 — Распределение респондентов по месту оздоровления

Доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума в 3 и более раз имеют 19 (16,3 %) человек, выше прожиточного минимума в 2 раза имеют 60 (51,7 %) человек, у 32 (27,5 %) доход на одного человека соответствует прожиточному минимуму, 5 (4,3 %) человек имеет доход ниже прожиточного минимума.

Менее 1 раза в год оздоравливались 44 (37,9 %) человека, из них 8 (18,2 %) человек имеют доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума в 3 и более раз, 25 (56,8 %) человек имеют доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума в 2 раза, 11 (25 %) человек имеют доход на одного члена, соответствующий прожиточному минимуму.

За последние 2–3 года не оздоравливались 31 (26,7 %) человек, из них 3 (9,7 %) человека имеют доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума в 3 и более раз, 10 (32,3 %) человек имеют доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума в 2 раза, 15 (48,3 %) человек имеют доход на одного члена, соответствующий прожиточному минимуму, 3 (9,7 %) человека имеют доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума.

### Выводы

Респонденты не регулярно занимаются физкультурой и спортом или не занимаются вовсе, регулярно занимаются респонденты в возрастной группе от 21 до 30 лет.

Большинство респондентов оздоравливается ежегодно, предпочитая с целью оздоровления выезжать в страны дальнего зарубежья или СНГ независимо от уровня доходов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Карташева, Н. В.* Образ жизни и здоровье студенток медицинских вузов / Н. В. Карташева, Л. П. Мамчиц, С. М. Дорофеева / Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель, 21 октября 2010 года. — С. 43–44.
2. *Мамчиц, Л. П.* Оценка роли факторов риска состояния здоровья подростков по данным анкетирования / Л. П. Мамчиц: Материалы X международной научно-практической конференции, Одесса, 16–18 сентября 2010. — С. 230–236.
3. *Мамчиц, Л. П.* Двигательная активность и качество жизни лиц пожилого и старческого возраста / Л. П. Мамчиц: Спортивная медицина: наука и практика. — 2014. — № 1. — С. 139–141.
4. Двигательная активность как фактор здоровья студенток медицинского профиля обучения / Л. П. Мамчиц [и др.] // Спортивная медицина: наука и практика. — 2014. — № 1. — С. 138–139.

УДК 578.81:665.585.5

## ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В ОТНОШЕНИИ НЕКОТОРЫХ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

*Куцабенко И. Г.*

Научные руководители: старший преподаватель *Ю. В. Атанасова*;  
к.б.н., доцент *Е. И. Дегтярева*

Учреждение образования

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

### Введение

Антибиотики способствуют селекции резистентных штаммов микроорганизмов, трансформируют их в L-формы, вызывают мутационные изменения генетических структур бактерий.