

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

Первый вопрос анкеты был предложен экспертам с целью определения уровня удовлетворения их потребностей в информации о новых методиках и схемах лечения ОА, а также наиболее приемлемых формах ее получения. Так на вопрос «Удовлетворены ли Вы уровнем организации информационного обеспечения по вопросам о новых методиках и схемах лечения ОА?» приблизительно три четвертых опрошенных врачей (123 эксперта или 71,93 % от принятых в работу анкет) ответили «Частично удовлетворены». Вариант ответа «Удовлетворены полностью» отметили 43 врача (25,15 %), а «Неудовлетворен» — только 5 респондентов (2,92 %).

Наиболее действенной формой предоставления информации по вышеуказанным вопросам врачи считают «Аннотации, монографии и журнальные статьи в специализированных изданиях». Данный вариант ответа отметили 139 респондентов (81,29 %). Далее с незначительным отрывом следует вариант ответа «Аналитические и короткие обзоры» (118 ответов — 69 %) и «тематические обзоры» (113 ответов — 66,08 %). Наименьшее количество ответов имели варианты ответов «Теле- и радиореклама» (10 экспертов — 5,85 %). Как видим, большинство врачей ориентированы в своей работе на получение информации из специализированных источников.

Целью следующего вопроса являлось определение уровня осведомленности врачей по вопросу оценки показателя качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом. Как известно, данное заболевание характеризуется хроническим течением, а его симптомы оказывают значительное влияние на КЖ пациентов. К сожалению, в отечественной медицине показатель КЖ стал рассматриваться как один из важнейших параметров оценки эффективности организации лечебно-профилактического процесса сравнительно недавно. На данный момент, КЖ используется не только при проведении фармакоэкономических исследований (метод «стоимость-полезность»), но в оценке многих социальных программ и мероприятий [2]. Поэтому результаты опроса по данной тематике имели определенное социально-экономическое и этическое значения.

По результатам обработки ответов на вопрос «Знакомы ли Вы с понятием КЖ» значительная часть опрошенных врачей (166 врачей или 97,08 %) ответила позитивно. Далее, в случае позитивного ответа респондентам было предложено указать знакомые им шкалы оценки КЖ больных ОА. 118 экспертов (69,01 %) указали «Шкалу ВООЗ-100», 58 опрошенных (33,92 %) ответа, а 21 эксперт (12,28 %) указали шкалу Карновского. Следует отметить, что отвечая на вопрос «Знакомы ли Вы с термином КЖ» не все респонденты правильно понимают содержание указанного термина. Так среди самостоятельно предложенных вариантов ответов 15 респондентов указали (8,77 %) шкалу ВАШ, а 10 (5,85 %) — шкалу Лекена. Как известно, по шкале ВАШ и с помощью альгофункционального индекса Лекена оценивается результаты эффективности лечения больных ОА. Интересным на наш взгляд является факт того, что четверть опрошенных врачей (43 респондента или 25,15 %) среди самостоятельных вариантов ответом указали опросник SF-36, который довольно широко используется в исследованиях КЖ различных групп больных, в т. ч. пациентов с нарушением функций опорно-двигательной системы.

### **Выводы**

Результаты проведенных исследований могут быть использованы в разработке действенных программ информационного обеспечения врачей-травматологов, в частности по вопросам фармацевтического обеспечения и оценки эффективности лечения больных ОА. Особое значения полученные результаты имеют для представителей фирм-производителей хондропротекторных препаратов, которые являются на отечественном фармацевтическом рынке одними из наиболее перспективных групп препаратов, используемых в патогенетической терапии ОА.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Герболюка, Н. Л. Методика комплексної оцінки лікарських засобів на прикладі нестероїдних протизапальних препаратів для лікування ревматоїдного артриту: метод. рек. / Н. Л. Герболюка, О. Л. Гром. — Львів, 2007. — 21 с.
2. Фармакоекономічне обґрунтування ефективності та корисності (утилітарності) застосування хондропротекторів у терапії остеоартрозу / А. С. Немченко [та ін.] // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. — 2012. — Т. 4, № 24. — С. 46–53.

УДК 618.3-022

## **ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ. ФАКТОРЫ РИСКА**

**Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Внутриутробные инфекции (ВУИ) — это группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и новорожденного, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются общими эпидемиологическими закономерностями и нередко имеют сходные клинические проявления [1].

ВУИ до настоящего времени остаются актуальной проблемой акушерства и перинатологии. Это связано с полиэтиологичностью патологии, отсутствием чёткой взаимосвязи между выраженностью клинических проявлений инфекции у матери и смежного поражения плода, многофакторным воздействием инфекционного агента на плод [1, 2].

### **Цель**

Оценить значимость патологического течения беременности и родов, экстрагенитальной патологии у женщин, родивших детей с ВУИ.

### **Материал и методы исследования**

Нами были проанализированы 47 медицинских карт стационарных больных с ВУИ, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГОДКБ в 2014 г.

При анализе медицинской документации учитывался срок гестации новорожденных детей с ВУИ, акушерский и гинекологический анамнез матерей.

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

Срок гестации детей, рожденных с ВУИ, распределился следующим образом: доношенные — 35 (74,6 %) детей, недоношенные — 12 (25,4 %), из них 35–37 недель — 8 (17,1 %) детей, 31–34 недели — 3 (6,4 %), 30 недель — 1 (2,1 %) ребенок.

При сравнении массы тела при рождении у новорожденных нами были получены следующие данные: с массой тела 3500 г и более родилось 16 (34 %) детей; с массой 3500–3001 г — 13 (27,7 %) новорожденных; 3000–2501 г — 14 (29,8 %); 2500–2001 г — 3 (6,4 %); менее 2000 г — 1 (2,1 %) ребенок.

В антенатальном периоде наиболее значимыми факторами риска являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыши, мертворождения, аборт и др.), патологическое течение беременности (гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, анемия беременных и др.), генитальная патология (урогенитальные инфекции, кольпит, эндоцервицит), патология со стороны плаценты, перенесенные инфекционные заболевания во время беременности [3].

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза у 16 (34,1 %) женщин были выявлены выкидыши и аборт в анамнезе.

Важное значение в формировании ВУИ имеет и гинекологическая патология. В исследуемой нами группе у 15 (32 %) женщин были выявлены патологические изменения со стороны половой сферы, в основном инфекционного характера. Наиболее часто встречались эрозия шейки матки и эндоцервицит, кольпит различной этиологии, урогенитальный уреоплазмоз, хронический аднексит.

Трансформации внутриутробного инфицирования, которое не имеет клинических проявлений, во внутриутробную инфекцию в значительной мере способствует патологическое течение беременности [1, 3].

Структурный анализ патологии беременности у матерей, дети которых родились с клиническими проявлениями ВУИ, показал, что наиболее частой патологией был кольпит различной этиологии — 22 (16,9 %) случая. В равных соотношениях (по 13 (10 %) случаев) были выявлены хроническая внутриутробная гипоксия плода и анемия беременных; 12 (9,2 %) женщин перенесли ОРИ во время беременности; у 11 (8,5 %) женщин отмечалась угроза прерывания беременности, у 10 (7,7 %) — истмико-цервикальная недостаточность, у 8 (6,2 %) женщин отмечалось нарушение фетоплацентарного кровотока и гестозы различной степени тяжести. В редких случаях встречался гестационный пиелонефрит, нефропатия беременных, бактериурия, обострение хронического цистита и пиелонефрита, микoureapлазмоз.

В целом, у 44 (93,6 %) женщин беременность протекала с различными осложнениями.

Проведенный анализ родоразрешения показал, что в 30 (63,9 %) случаях роды проходили через естественные родовые пути, в 16 (34 %) случаях — путем кесарева сечения и в 1 случае проводилась вакуум-экстракция плода.

Патологическое течение родов наблюдалось у 25 (52,3%) женщин (раннее и (или) преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты, слабость родовой деятельности, длительный безводный период, обвитие пуповины вокруг шеи плода), что в последующем способствовало развитию асфиксии и привело к необходимости проведения реанимационных мероприятий. У 3 женщин отмечалась лихорадка в послеродовом периоде.

Экстрагенитальная патология (хронический тонзиллит, хронический цистит и пиелонефрит, хроническая никотиновая зависимость, кариес, сифилис в анамнезе) как фактор риска была выявлена у 12 (36,1 %) женщин.

Одним из значимых факторов риска развития ВУИ является асфиксия. В исследуемой группе детей 3 (6,4 %) ребенка родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0–3 балла, 6 (12,8 %) детей — в асфиксии средней тяжести (4–7 баллов). Тяжесть состояния новорожденных требовала проведения реанимационных мероприятий и инвазивных манипуляций, таких как ИВЛ, катетеризация центральных и периферических вен, что могло способствовать реализации ВУИ.

### **Выводы**

Наиболее значимыми факторами, предрасполагающими к развитию внутриутробных инфекций являются урогенитальные инфекции у женщин, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременное излитие околоплодных вод, наличие сопутствующих очагов хронической инфекции у матери. Проведенный анализ позволяет предположить, что ведущим в патогенезе ВУИ является восходящий путь инфицирования. Своевременная санация женщин, адекватная прегравидарная подготовка и оптимальное лечение инфекционной патологии у беременных в значительной степени позволят снизить риск внутриутробного инфицирования и вероятность реализации ВУИ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чебуркин, А. В. Перинатальная инфекция: пособие для врачей / А. В. Чебуркин, А. А. Чебуркин. — М., 1999. — 49 с.
2. Врожденные вирусные инфекции и маловесные дети / Л. Л. Нисевич [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 4. — С. 9–13.
3. Царегородцев, А. Д. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации / А. Д. Царегородцев, И. И. Рюмина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2001. — Т. 46, № 2. — С. 4–7.

УДК 615.835.3

## **АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ДОСТАВКИ КИСЛОРОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Зельманский О. Б.<sup>1</sup>, Давидовская Е. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»

<sup>2</sup>Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

### **Введение**

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляется одной из основных проблем здравоохранения, поскольку связана с увеличением распространенности (на 40 % в течение 90-х годов), ростом заболеваемости, потерей трудоспособности и ростом смертности. При тяжелых формах ХОБЛ у пациентов развивается хроническая дыхательная недостаточность, представляющая собой патологический синдром, сопровождающийся снижением парциального напряжения кислорода артериальной крови ( $PaO_2$ ) менее 60 мм рт. ст., а затем и повышением парциального напряжения углекислоты ( $PaCO_2$ ) более 45 мм рт. ст [1, 2]. Основным методом лечения дыхательной недостаточности — пролонгированная кислородотерапия [3], целью которой является достижение значений  $PaO_2$  более 60 мм рт. ст., насыщения кислородом артериального гемоглобина (сатурации кислорода) —  $SaO_2$  более 90 % [2]. Длительная кислородотерапия на сегодняшний день является единственным методом лечения хронической дыхательной недостаточности, улучшающим выживаемость больных ХОБЛ [1]. У больных ХОБЛ с развившейся гипоксемией длительная кислородная терапия способна продлить жизнь на 6–7 лет.

### **Материал и методы исследования**

В качестве источника кислорода при длительной кислородотерапии применяются баллоны, наполненные газообразным сжатым кислородом; баллоны с жидким кислородом; устройства для получения кислорода из перекисных и других химических соединений; концентраторы кислорода, отделяющие кислород от воздуха хроматографически или на основе электрохимической генерации кислорода; пермеаторы, обогащающие воздух кислородом путем удаления азота через селективную полимерную мембрану [2].

Очевидно, что кислородные баллоны и кислородные подушки, которые требуют регулярной перезарядки, являются небезопасными и неудобными в применении и заставляют отказываться от кислородной терапии. Однако с разработкой концентраторов кислорода стало возможным получать очищенный до 95 % кислород из окружающего воздуха. Данная методика позволяет проводить пролонгированную кислородотерапию не только в стационаре, но и в домашних условиях. Необходимо лишь подключение к сети 220 Вольт [4].

В основе работы адсорбционных концентраторов кислорода лежит короткоцикловая безнагревная адсорбция — КБА (PSA — «Pressure Swing Adsorption»), характеризующаяся тем, что при давлении выше атмосферного (4–6 атмосфер) происходит поглощение адсорбентом преимущественно молекул азота с получением потока кислорода. В качестве адсорбента применяются синтетические цео-