

Год	Цех	Количественный уровень ЗВУТ		Качественный уровень ЗВУТ по шкале оценок Е. Л. Ноткина	
		случаи	дни	случаи	дни
2013	Цех нетканых материалов (ЦНМ)	91,07	1031,02	Средний	Выше среднего
	Крутильно-ткацкий цех (КТЦ)	112,93	1100,0	Выше среднего	Выше среднего
	Цех прядильный 3	95,32	982,01	Средний	Средний
	Цех горячей вытяжки и текстурирования-1 (ЦГВТ-1)	125,25	1077,44	Высокий	Выше среднего
	Цех горячей вытяжки и текстурирования-2 (ЦГВТ-2)	104,48	973,11	Выше среднего	Средний
	Заводоуправление предприятия	60,09	542,89	Ниже среднего	Низкий

Выводы

1. Среди рабочих значительно выше показатели заболеваемости с ВУТ как по числу случаев, так и по числу дней нетрудоспособности на 100 работающих, чем в контрольной группе заводоуправления предприятия, что может свидетельствовать о взаимосвязи уровней заболеваемости с ВУТ и условиями труда.

2. Наибольший вклад в заболеваемость с временной утратой трудоспособности внесли болезни органов дыхания и болезни костно-мышечной системы (неврологические проявления поясничного остеохондроза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации «Углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих», Минск, 1999 г.
2. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. — под ред. Л. П. Плахотя. — Минск, 2003.

УДК 618.2/3:616–071.2

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Рубанова И. П.

Научный руководитель: ассистент кафедры Ю. Д. Каплан

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Питание является важнейшей функцией организма, оказывающей влияние на все органы и системы, в том числе и на репродуктивную. В настоящее время возросло количество женщин фертильного возраста имеющих дефицит массы тела, достигая в популяции более 25 %. Причины данного состояния многообразны и зачастую трудно диагностируемы [1]. Недостаточную массу тела беременных можно отнести к возможным факторам акушерского риска. По литературным данным установлена прямая взаимосвязь дефицита массы тела с такими осложнениями беременности, как железо- и фолиево-дефицитные анемии, невынашивание беременности, гестозы, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, с гипогалактией в послеродовом периоде [2–4], имеет место высокая частота преждевременных и оперативных родов [5]. Существует достаточно большое количество работ, связанных с исследованиями у беременных с избыточной массой тела, однако есть определённый недостаток информации по течению беременности и ее исходам у женщин с дефицитом массы тела [3–5].

Цель

Изучить особенности течения беременности и родов и возможные осложнения у беременных с дефицитом массы тела.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт беременных, наблюдавшихся в женской консультации №1 г. Гомеля за 2006–2014 гг. Были отобраны 50 беременных с дефицитом массы тела (индекс массы тела (ИМТ) меньше 18,5), которые составили I группу, и 50 женщин с нормальной массой тела (ИМТ от 18,5 до 25), которые вошли во II группу (контрольную). При анализе течения беременности особое внимание уделялось прибавке массы тела по триместрам, размерам таза и таким осложнениям, как анемия, угроза прерывания беременности, гестоз, плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода. При рассмотрении родового акта учитывались: срок родоразрешения, способ родоразрешения, осложнения родов. Также учитывалась длина и масса тела новорожденных.

Данные обрабатывались с помощью программы «Statistica» 8.0. Анализ результатов проведен с помощью оценки χ^2 для оценки значимости различий частот наблюдений. Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

При сравнении групп между собой не было выявлено ожидаемых различий по срокам родов 38,9 недель (ДИ 95 %: 38,5–39,3) и 39,1 (ДИ 95 %: 38,9–39,5) недель соответственно, а также в весе 3293 г (ДИ 95 %: 3153–3434) и 3392 г (ДИ 95 %: 3282–3502) соответственно и росте новорожденных 51,9 см (ДИ 95 %: 50,7–53,2) и 53,4 см (ДИ 95 %: 52,8–54,0) соответственно, в средней прибавке веса за беременность. Данные сравнения групп по прибавке веса представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Прибавка веса за беременность

Группы	Средняя прибавка веса за I триместр, кг	Средняя прибавка веса за II триместр, кг	Средняя прибавка веса за III триместр, кг	Общая прибавка за беременность, кг
Исследуемая (n = 50)	1,2 (ДИ 95 %: 0,8-1,9)	6,3 (ДИ 95 %: 5,8-6,9)	5,2 (ДИ 95 %: 4,7-5,7)	12,8 (ДИ95 %: 11,9-13,7)
Контрольная (n = 50)	0,9 (ДИ 95 %: 0,6-1,3)	7,5 (ДИ 95 %: 7,0-8,0)	5,7 (ДИ 95 %: 5,1-6,3)	13,9 (ДИ 95 %: 12,9-15,0)

Нами были выявлены статистически значимые различия в наличии узкого таза у беременных женщин с дефицитом массы тела (10 человек в первой группе и 0 человек во второй, $p = 0,0009$) и соматовегетативной дисфункции по гипотоническому типу (15 человек в первой группе и 3 человека во второй группе, $p = 0,0018$). Наиболее часто встречающимися осложнениями у беременных с дефицитом массы тела были: железодефицитная анемия легкой степени — 24 человека, хроническая фетоплацентарная недостаточность — 15 человек, угрожающий самопроизвольный выкидыш — 13 человек. Однако нами не было установлено ожидаемого статистически значимого различия между исследуемыми группами по данным осложнениям. Частота кесарева сечения также не отличалась (11 в первой группе и 7 во второй, $p = 0,2978$). В группе женщин с дефицитом массы тела не было значимых различий по преобладанию таких осложнений, как гестоз (7 человек в первой группе и 7 во второй), хроническая внутриматочная гипоксия плода (5 человек в первой группе и 4 во второй), синдром задержки роста плода (9 человек в первой группе и 4 во второй), преждевременное излитие околоплодных вод (12 человек в первой группе и 16 во второй) и индуцированные роды (8 человек в первой группе и 11 во второй).

Выводы

Одной из особенностей течения беременности у женщин с дефицитом массы является узкий таз ($p = 0,0009$), однако нет статистически значимых различий между группами в пользу оперативного родоразрешения, учитывая отсутствие различий по массе новорожденных. У женщин первой группы преобладает соматовегетативная дисфункция по гипотоническому типу ($p = 0,0018$), что подтверждает литературные данные. Нами не было установлено ожидаемого статистически значимого различия между ис-

следуемыми группами по другим осложнениям во время беременности и родов, что требует более глубокого изучения данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Закревский, А. А.* Особенности питания беременных и кормящих женщин / А. А. Закревский, В. Д. Хорошун, Т. П. Крызская / Педиатрия. — 1989. — № 10. — С. 65–69.
2. Питание и коррекция витаминной и минеральной недостаточности у детей и матерей / Л. А. Щеплягина [и др.]. — М., 2000.
3. *Хорошилов, И. Е.* Новые подходы в лечебном питании беременных и кормящих женщин / И. Е. Хорошилов. — Петрозаводск, 2003. — С. 10–13.
4. *Прохорович, Т. А.* Особенности профилактики осложнений беременности у женщин с ожирением: автореф. дис. канд. мед. наук / Т. А. Прохорович. — СПб: ГПМА, 2005. — 23 с.
5. *Рудаева, Е. В.* Особенности течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с дефицитом массы тела / Е. В. Рудаева, Г. А. Ушакова // Современные медицинские технологии в акушерстве, перинатологии и гинекологии: материалы юбилейной регион. науч.-практ. конф. — Новокузнецк, март 2006 г. — Кемерово, 2006. — С. 48–50.

УДК 616.973-036.22 (470.53)

АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ И ВНУТРИГОВОЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Румянцева М. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *В. Д. Елькин*
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Пермский государственный медицинский университет»
г. Пермь, Российская Федерация

Введение

За последние два 10-летия перемены коснулись практически всех сторон жизни, не оставив в стороне и венерологию. Теперь лечением инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) могут заниматься врачи всех специальностей, а строгие инструкции заменили клинические рекомендации. Несмотря на тенденцию к снижению регистрируемой гонококковой инфекции, ее распространенность в Российской Федерации остается значительной (Н. Н. Костюкова, В. А. Бехало, 2009). Вместе с тем отмечается уменьшение количества регистрируемых случаев гонореи, что вероятно, объясняется ослаблением контролирующей функции дерматовенерологической службы за работой гинекологических и урологических ЛПУ, возможностью лечения ИППП в сфере платных медицинских услуг вне официальной медицины (М. А. Иванова, О. К. Лосева, 2006). На это косвенно указывает рост заболеваемости другими ИППП, в том числе сифилисом, что свидетельствует о неполной выявляемости и учете гонореи. Социальная и медицинская значимость проблемы определяет актуальность исследований, характеризующих различные аспекты эпидемиологии гонококковой инфекции на различных территориях.

Цель

Провести анализ многолетней и внутригодовой динамики заболеваемости гонореей в Пермском крае за 2003–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Для оценки проявлений эпидемиологического процесса гонококковой инфекции использованы данные официальной статистики центра ФБУЗ за 2003–2013 гг. (ф.2), а также КГАУ кожно-венерологического диспансера (ф.9 и ф.34). Журнал регистрации больных гонореей за 2011 г. Методом ретроспективного эпидемиологического анализа исследована многолетняя и внутригодовая динамика заболеваемости.

Результаты исследования и их обсуждение

В многолетней динамике заболеваемости гонореей (острые и хронические формы) с 2003–2013 гг. (рисунок 1) отмечалась неравномерность эпидемического процесса по го-