

нивали данные общих анализов мочи на предмет лейкоцитурии, количество обострений пиелонефритов за год, с последующим сравнением результатов до и во время чистой периодической катетеризации, а также определяли микробный спектр и чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Посевы выполняли на кровяной агар.

Результаты исследования

Наиболее частым представителем микрофлоры мочи как до начала катетеризации, так и во время является *Escherichia coli* (40,2 %). На долю инфекций вызванных *Enterococcus* приходится 12,4 %, *Pseudomonas aeruginosa* 11,2 %, *Klebsiella* 7,1 %, *Corynebacterium* 4,1 %.

В общих анализах мочи у пациентов 1 группы до начала катетеризации количество лейкоцитов составило 31,8 (от 1 до 300), а через 6 месяцев — 6,73 (от 1 до 40). У пациентов 2 группы до начала катетеризации количество лейкоцитов составило 33,2 (от 3 до 200), а через 6 месяцев после начала катетеризации 9,1 (от 1 до 50).

У пациентов 1 группы, получающих консервативную антибактериальную терапию до начала катетеризации, отмечены 23 атаки пиелонефрита у 9 (37,5 %) детей за год, во 2 группе — 58 обострений у 16 (59 %) пациентов. После начала катетеризации в первой группе обострений не наблюдалось. Во второй, их количество сократилось до 7,4 %.

Анализ чувствительности к антибактериальным препаратам выявил, что *Escherichia Coli* сохраняет чувствительность к карбапенемам (100%), аминогликозидам 3 поколения (88 %), фторхинолонам (80 %). Чувствительность к цефалоспорином 3 поколения (74 %) и нитрофуранам (40 %). *Pseudomonas aeruginosa* сохраняет чувствительность к карбапенемам (75 %) и аминогликозидам (74 %), однако отмечается резистентность к цефалоспорином 3 поколения (84 %), которая выявлена и у *Enterococcus* (91 %). *Klebsiella* чувствительна к карбапенемам и аминогликозидам (100 %), но резистентна к нитрофуранам (86 %). У всех микроорганизмов выявлена высокая резистентность к пенициллинам.

Выводы

1) Периодическая катетеризации не меняет спектр микрофлоры мочи, однако отмечается незначительное увеличение колониеобразующих единиц (КОЕ) в посевах мочи.

2) Периодическая самостоятельная катетеризация мочевого пузыря снижает количество обострений хронической инфекции мочевых путей.

3) У всех групп пациентов, выполняющих катетеризацию мочевого пузыря необходимым является применение полусинтетических пенициллинов. Препаратом выбора для лечения обострений хронической инфекции мочевых путей является имипинем. Ко второму ряду относятся цефалоспорины 3 поколения и фторхинолоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Микробиологический мониторинг микрофлоры пациентов с осложненной инфекцией мочевыводящих путей урологического отделения УЗ «Могилевской областной больницы» за 2010–2011 гг. / И.А. Драчёва, А.А. Пранович, Н.И. Симченко // *ARS medica. Искусство медицины.* — 2012. — № 5. — С. 124–125.

2. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urine tract disease / J. Lapides [et al.] // *J Urol.* — 1972. — № 107. — P. 458.

УДК 613:618.39

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Цырульникова Е. В., Соловей П. А.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Преждевременные роды — актуальная проблема современной медицины. По оценкам ВОЗ в мире 15 миллионов детей ежегодно рождаются преждевременно. Это более

чем каждый десятый ребенок [1]. Более одного миллиона детей ежегодно умирают из-за осложнений, связанных с преждевременными родами. Многие выжившие дети страдают от пожизненной инвалидности, включая трудности в обучении, а также проблемы со зрением и слухом. В Республике Беларусь по данным Министерства здравоохранения частота преждевременных родов составляет около 4 % [2]. Одной из причин развития преждевременных родов является психо-эмоциональный стресс, который провоцирует активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-тиреоидной и других стресс-реализующих систем [3]. А стресс, в свою очередь, тесно связан с условиями жизни женщины, социальными факторами. Современные женщины вынуждены беспокоиться о карьере, о финансовых проблемах, о множестве дополнительных затрат, связанных с появлением и воспитанием нового члена семьи. Все эти страхи могут привести к возникновению множества негативных эмоций. Эмоциональные перепады опасны не только для самой женщины, но и для ее будущего ребенка. Хронический стресс, испытываемый в течение нескольких недель, может замедлять развитие клеток организма эмбриона, рост плода. При этом увеличивается риск невынашивания или самопроизвольного прерывания беременности или преждевременных родов [4].

Цель

Изучить влияние социальных факторов на частоту преждевременных родов.

Материалы и методы исследования

Нами ретроспективно изучено 50 историй родов женщин с преждевременными родами (первая группа) и 50 — со срочными (вторая группа), родоразрешенных в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2011 году. В ходе исследования мы анализировали возраст женщин, место жительства, место работы и уровень образования, возраст начала половой жизни, количество беременностей в анамнезе и их исходы, время постановки на учет в женской консультации. В исследуемые группы были включены женщины без грубой соматической патологии. Для обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования

Средний возраст женщин в первой группе составил $26,44 \pm 5,38$ лет, во второй группе — $27,82 \pm 4,74$ лет.

В ходе исследования было выяснено, что среди женщин со срочными родами статистически значимо чаще $70,0 \pm 6,5$ % встречаются жительницы города ($p < 0,001$), что, вероятно, обусловлено лучшей обеспеченностью городских жительниц медицинской помощью, по сравнению с сельскими. В группе с преждевременными родами городских жительниц было $56,0 \pm 7,0$ %.

При недонашивании беременности в незарегистрированном браке состоят $18,0 \pm 5,4$ % женщин, в сравнении с $2,0 \pm 1,98$ % женщин со срочными родами ($p=0,02$). Одиноких женщин в основной группе было $8,0 \pm 3,8$ %, в контрольной — $14,0 \pm 4,9$ %. В целом, при анализе семейного положения мы определили, что большинство женщин в обеих группах состоят в зарегистрированном браке — $70,0 \pm 6,48$ % при преждевременных родах и $84,0 \pm 5,18$ % со срочными ($p < 0,001$), что говорит о том, что большинство детей рождается в полных семьях.

При анализе уровня образования и места работы родильниц статистически значимых закономерностей не выявлено. В группе женщин, родивших преждевременно, студенток было $10 \pm 4,2$ %, а в группе родивших в срок — $4,0 \pm 2,8$ %. Безработных в первой группе $20,0 \pm 5,7$ %, во второй — $12,0 \pm 4,6$ %. Высшее образование имели $30,0 \pm 6,5$ % женщин из первой группы и $50,0 \pm 7,1$ % женщин из второй. Среднее или средне-специальное образование имели $40,0 \pm 6,9$ % женщин, родивших преждевременно, и $50,0 \pm 7,1$ % женщин, родивших в срок.

Средний возраст начала половой жизни в группе с преждевременными родами составил $17,0 \pm 1,49$ лет (минимальный — 14 лет, максимальный — 23 года). В группе со срочными родами — $18,0 \pm 1,15$ лет (минимальный — 16 лет, максимальный — 21 год).

Настоящая беременность была первой у $50,0 \pm 7,07$ % женщин с преждевременными родами и у $42,0 \pm 6,98$ % женщин со срочными родами, второй — у $18,0 \pm 5,4$ % и $30,0 \pm 6,5$ % соответственно, третьей и более — у $32,0 \pm 6,6$ % и $28,0 \pm 6,4$ % женщин соответственно.

Аборты в анамнезе имели 11 ($22,0 \pm 5,9$ %) женщин из первой группы и 10 ($20 \pm 5,66$ %) женщин из второй группы. Количество абортов в анамнезе женщин составило от 1 до 3.

Все обследуемые женщины стояли на учете по беременности в женской консультации. В обеих группах большинство женщин встали на учет в женской консультации до 12 недель беременности — по $94 \pm 3,36$ % в каждой группе ($p < 0,001$).

Выводы

1. В группе с преждевременными родами больше доля женщин, не состоящих в зарегистрированном браке, чем в группе со срочными родами ($p = 0,02$).

2. Статистически значимых различий между группами по уровню образования, количеству беременностей в анамнезе не выявлено.

3. Все женщины исследуемых групп состояли на диспансерном наблюдении по беременности в женской консультации, при этом $94 \pm 3,36$ % встали на учет до 12 недель беременности. Что говорит о высокой заинтересованности пациенток в благоприятном исходе беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ № 363. — Ноябрь, 2012 г.
2. Барсуков, А. Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, в 2011 году и задачи на 2012 год / А. Н. Барсуков // Охрана материнства и детства: IX съезд акушеров-гинекологов Республики Беларусь. — 2012. — № 1(19). — С. 11–16.
3. Невынашивание беременности / Е. Ф. Кира [и др.] — С-Пб., 1999. — 59 с.
4. Тютюнник, В. Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова, Н. А. Чухарева // Российский медицинский журнал. Акушерство. — 2009. — № 20.

УДК [546.17+546.25]:616.2-092.9

ВЛИЯНИЕ ДИОКСИДОВ АЗОТА И СЕРЫ НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ БЕЛЫХ МЫШЕЙ

Чайковская М. А., Гончаров С. В., Шафорост А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский; к.б.н. С. Н. Сушко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное научное учреждение

«Институт радиобиологии НАН Беларуси»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В числе приоритетных загрязнителей воздуха, определяющих фоновый уровень загрязненности, находятся соединения азота. В составе атмосферных выпадений в РБ доля трансграничной серы достигает 84 %, окисленного азота — 89 %. Оксиды азота в структуре национальных выбросов составляют около 10 % [1]. В 2009 г. произошло резкое увеличение валовых выбросов оксидов серы (за счет выбросов от стационарных источников) в Республике Беларусь. В целом за последние 5 лет выбросы SO_2 увеличились в 1,9 раз. По распределению плотности выбросов оксидов серы Гомельская область является одной из ведущих в стране [2].