

Изучение качества жизни отобранных больных проводилось с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey». Полученные данные были обработаны с помощью программы BioStat.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели КЖ до БПШ в обеих группах были достоверно ниже, чем у здоровых лиц, а также сопоставимы между собой. КЖ до БПШ в 1-й группе: физический фактор — $38,4 \pm 2,1$; ролевой фактор — $33,2 \pm 2,8$; фактор боли — $29,7 \pm 1,6$; общее ощущение здоровья — $31,6 \pm 4,3$; жизненная активность — $39,3 \pm 3,2$; социальный фактор — $41,4 \pm 5,1$; психическое здоровье — $42,5 \pm 3,7$; эмоциональная роль — $43,1 \pm 2,9$; физический компонент здоровья — $30,2 \pm 2,5$; психический компонент здоровья $40,2 \pm 0,8$. КЖ до БПШ во 2-й группе соответственно: $36,9 \pm 2,1$; $29,9 \pm 3,2$; $30,1 \pm 1,7$; $32,4 \pm 4,4$; $41,2 \pm 2,4$; $39,5 \pm 6,1$; $43,1 \pm 2,2$; $40,9 \pm 1,4$; $42,3 \pm 2,1$; $30,7 \pm 0,8$; $39,3 \pm 1,8$.

После БПШ проводилась повторная оценка показателей КЖ. Первая группа: физический фактор — $54,2 \pm 2,4$; ролевой фактор — $51,3 \pm 1,7$; фактор боли — $50,6 \pm 3,6$; общее ощущение здоровья — $53,4 \pm 1,9$; жизненная активность — $57,1 \pm 0,9$; социальный фактор — $61,7 \pm 1,3$; психическое здоровье — $62,1 \pm 2,4$; эмоциональная роль — $61,5 \pm 2,7$; физический компонент здоровья — $54,7 \pm 1,6$; психический компонент здоровья — $63,9 \pm 2,0$. Вторая группа соответственно: $62,8 \pm 2,1$; $61,2 \pm 1,7$; $59,4 \pm 4,9$; $65,2 \pm 3,3$; $60,8 \pm 2,4$; $61,3 \pm 1,2$; $64,9 \pm 6,3$; $59,5 \pm 2,9$; $60,6 \pm 1,4$; $66,7 \pm 2,1$.

Отмечалось повышение показателей КЖ по всем шкалам физического и психического компонентов. Во 2-й группе КЖ выше по всем показателям физического компонента по сравнению с 1-й группой: физический фактор — на 19 %, ролевой фактор — на 17,4 %, общее ощущение здоровья — на 14,2 %, жизненная активность — на 16,1 %.

Выводы

Таким образом, показатели КЖ пациентов с хронической ишемией конечностей после БПШ были выше во 2-й группе (БПШ с применением аутовены). Особенно выраженные различия имел интегральный показатель: физический компонент здоровья был выше на 15,6 %. С целью улучшения качества жизни пациентов рекомендуется выполнение БПШ с применением аутовены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты бедренно-подколенных шунтирований / К. Г. Абалмасов [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2004. — Т. 5, № 11. — С. 132.
2. Результаты лечения хронической ишемии нижних конечностей / Б. М. Миролюбов [и др.] // Вестн. совр. клин. медицины. — 2017. — Т. 10, № 4. — С. 43–47.
3. Результаты хирургического лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей / В. С. Аракелян [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечнососудистые заболевания. — 2006. — Т. 7, № S3. — С. 71.
4. Швальб, П. Г. Результаты бедренно-подколенного шунтирования у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / П. Г. Швальб, Р. Е. Калинин, И. А. Сучков // Материалы ежегодной науч. конф. РязГМУ им. акад. И. П. Павлова. — 2011. — С. 66–68.

УДК 614.445:546.175(476.2)

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ВОДЫ НА СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТОВ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Портная Ю. Г., Щербаченя Е. А.

Научные руководители: В. В. Концевая¹, директор ООО «АСДЕМО» В. М. Ковзелев²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Областное общественное объединение

«Гомельская ассоциация детей и молодежи» АСДЕМО

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

Вода — это самое распространенное и самое уникальное вещество на Земле, очень важное для существования всех живых организмов нашей планеты. Биологическая по-

требность человека и животных в воде за год превышает в 10 раз их собственную массу. Вода является главным компонентом всех живых организмов, составляя 70 % массы тела взрослого человека.

В воде содержится более тысячи различных микро- и макроэлементов, содержание которых в норме не вредят здоровью человека. Однако, избыток данных соединений может приводить к неблагоприятным последствиям. Например, нитраты — соли азотистой кислоты, образующиеся в процессе распада азотсодержащих органических веществ, в большом количестве могут приводить к развитию многочисленных заболеваний. Главную роль в серьезном увеличении уровня нитратов в грунтовых водах играют удобрения из сельскохозяйственных полей.

В организм человека нитраты поступают вместе с водой и вступают в реакцию с кровью человека, в результате в организме человека образовывается вещество под названием метгемоглобин. Это вещество не может переносить кислород в крови и как результат — происходит кислородное голодание (гипоксия). Гипоксия вызывает слабость, ухудшение самочувствия, нарушение функций нервной системы, сердца, тканей почек и печени. Метгемоглобин хуже всего расщепляется организмом маленьких детей — ведь механизмы переработки таких веществ в молодом организме еще совершенно не работают. Именно поэтому, в мире регистрируется очень много отравлений младенцев, которых кормили питательными смесями, приготовленными из овощей и фруктов или на воде с высоким содержанием нитратов.

Длительное влияние нитратов на организм человека оказывают негативное влияние на желудочно-кишечный тракт, стимулируя развитие вредной микрофлоры кишечника, а также явиться стимулом для развития различных онкологических заболеваний. При высокой концентрации опасность нитратов в организме проявляется снижением репродуктивной системы у мужчин и повышением вероятности риска самоабортации у женщин. Так же повышенное содержание нитратов на организм человека провоцирует уменьшение йода, что влечет к увеличению размеров щитовидной железы.

Симптомы отравления нитратами: одышка, сонливость, повышенная усталость, головные боли, рвота и тошнота, желтизна белков глаз, увеличение печени, понос.

Согласно установлению от 15 декабря 2015 г. № 123, разработанных государственной санитарно-эпидемиологической службой Республики Беларусь, допустимая концентрация нитратов в питьевой воде составляет 45 мг/л.

Цель

Исследовать качество воды на содержание нитратов в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Изучение проб воды на содержание нитратов при помощи индикаторных тест-полосок и кейсом в колодцах деревень Гомельской области Гомельского района: Маяк, Лопатино, Санюки, Гажин и улице Подгорной в городе Гомеле. Для сравнения были взяты пробы из квартирного водопровода г. Гомеля.

Инструкция по использованию индикаторных тест-полосок.

1. Возьмите стеклянную пробирку.
2. Отберите пробу воды из источника.
3. Опустите тест-полоску на 1 с в емкость с водой. Достаньте полоску из воды и очень осторожно стряхните с нее лишнюю воду.
4. Подождите 1 мин и сравните проявившийся цвет с цветом на соответствующих цветовых шкалах упаковки, если температура воздуха менее 15°, то для получения окраски может понадобиться 1,5–2 мин.

5. Отметьте в таблицах полученный результат.

В норме окраска индикаторной тест-полоски — белая. При наличии нитратов цвет изменяется от сиреневого к темно-фиолетовому.

Результаты исследования и их обсуждение

Пробы из колодца д. Маяк, превысило допустимого значения нитратов практически в 5 раз, что составило 250 мг/л.

В роднике по улице Подгорной г. Гомеля и в д. Лопатино, содержание нитратов достигало 100 мг/л, что превысило допустимую норму в 2 раза.

Образцы воды, взятые в д. Санюки и в г. Гомеля по ул. Свиридова нитратов не выявлено. Проба из д. Гажин показала содержание нитратов равному от 10–45 мг/л, что не превышает допустимые нормы.

Выводы

Не выявлено содержание нитратов выше нормы в деревне Санюки и по улице Свиридова г. Гомеля, а также источник в деревне Гажин.

В деревне Маяк и Лопатино и в роднике по улице Подгорной, допустимая норма нитратов превышает значение нормы в 2–5 раз.

При употреблении длительного времени воды из источников, превышающих допустимые нормы содержания нитратов может отрицательно сказаться на здоровье человека в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипов, М. А. Комплексное использование и охрана водных ресурсов / М. А. Антипов, И. В. Заикина, Н. А. Безденежных. — СПб.: Проспект науки, 2013. — 134 с.
2. Экология человека и окружающей среды. Новые методы и средства оздоровления / В. Т. Яковенко [и др.]. — Минск: Белорусский социально-экологический союз «Чернобыль», 2014. — 91 с.
3. Водно-болотные угодья особого природоохранного значения вдоль границы Беларуси, России и Украины. — М.: Медиа-ПРЕСС, 2014. — 164 с.

УДК 616.447-002-089.87:612

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ASA НА ВЫБОР МЕТОДА ГИПЕРПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В.

Учреждение образования

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

Введение

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), и обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона, проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и (или) внутренних органов [1]. Единственно приемлемым и патогенетически обоснованным методом коррекции ПГПТ в настоящее время является хирургический метод [2]. В современной эндокринной хирургии, до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ [3]. На данный момент времени применяются различные виды оперативных вмешательств. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру [4]. Однако, все большее значение принимает использование мини-доступа в комбинации с различными видами анестезиологического пособия [5].

Цель

Исследование результатов дифференцированного хирургического лечения пациентов с ПГПТ в зависимости от их физического состояния по шкале ASA.

Материал и методы исследования

Участниками исследования являлись 200 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНЦ РМ и ЭЧ») в период с 2013 по 2015 гг. Всем пациентам была произведена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от методики оперативного доступа и анестезиологического пособия все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — пациенты, прооперированные из стандартного доступа по Кохеру, с использованием эндотрахеальной анестезии (n = 45);