

тель показывает нам, к чему приводит безответственность лекаря. Курятин очень самоуверен, он считает себя хорошим врачом, а на самом деле не может даже удалить зуб. Наверное, не случайно Чехов дал герою такую фамилию — Курятин (ср. ассоциацию со словом курица). Курица — не птица, а Курятин — не доктор. «Хирургия — пустяки...» — вот главная фраза, которая характеризует Курятина как врача. По вине таких невежественных лекарей страдают люди.

Вывод

Большинство ИС в произведениях А. П. Чехова составляют антропонимические единицы, представляющие собой различные именованья персонажей. При внимательном рассмотрении антропонимов в рассказах «Хирургия», «Сельские эскулапы», «Месть женщины», «Цветы запоздалые» можно сделать вывод о том, что автор не случайно дает героям те или иные имена. Имена, присвоенные автором, соответствуют характеру персонажа и как бы дополняют образ героя, делая его более выразительным и насыщенным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чехов, А. П. Полн. собр. соч. и писем: в 30 т. / А. П. Чехов. — М., 1974–1982.
2. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеол. выражений / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова / Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. — 4-е изд., дополн. — М: Азбуковник, 1998.

УДК 618.177-08

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Калинова Д. В., Механикова А. А.

Научный руководитель: к.м.н. Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рождение здорового ребенка — один из главных моментов в жизни любой женщины. Однако, прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья позволяет считать проблему фертильности одной из приоритетных. Частота бесплодных браков колеблется от 10 до 20 % и в настоящее время не имеет тенденции к снижению [1]. О бесплодном браке можно говорить в случае, когда после 1 года регулярной половой жизни без использования контрацептивов не наступает беременности. Среди причин, приводящих к бесплодию, преобладает трубный фактор. Поражение маточных труб чаще всего обусловлено перенесенными острыми и хроническими заболеваниями придатков. Частота бесплодия у пациенток с воспалительными заболеваниями составляет 72–74 % [2]. Кроме трубного бесплодия выделяют также бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, бесплодие маточного происхождения, иммунологическое бесплодие, бесплодие, связанное с мужскими факторами. Выявление причины бесплодия — первый шаг к началу его лечения [3].

Цель

Выявить основные факторы риска женского бесплодия.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезней пациенток с бесплодием, находящихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении У «Гомельская областная клиническая больница» в 2016 г., которые вошли в первую группу. Вторую группу составили 40 беременных, состоящих на диспансерном учете по беременности в женской консультации филиала № 10 УЗ «Гомельская городская центральная поликлиника», анализировали индивидуальные карты беременной и родильницы. Рассчитана доля (р, %), стандартная ошибка доли (Sp, %), для сравнения качественных показателей (долей) использован критерий χ^2 с поправкой Йейтса, односторонний критерий Фишер. Статистически зна-

чимыми считались различия при $p < 0,05$. Вычислено отношение шансов (OR) и его доверительный интервал (95 % CI).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток с бесплодием колебался от 21 до 37 лет, в среднем составил 29 лет. Средний возраст беременных женщин составил 27 лет с интервалом от 20 до 34 лет. В то же время среди пациенток с бесплодием было больше женщин в возрасте 30 и более лет, в сравнении с беременными пациентками — 18 ($45 \pm 7,87$ %) против 9 ($22,5 \pm 6,6$ %, OR = 2,82, 95 % CI 1,07–7,43).

Наибольшая доля пациенток с бесплодием проживают в городе — 30 ($75 \pm 6,8$ %) против 10 ($25 \pm 6,8$ %) в сельской местности (OR = 9,00, 95 % CI 3,27–24,76).

Среди 40 пациенток с бесплодием у 13 ($32,5 \pm 7,4$ %) имелся один и более аборт в анамнезе, в то время как из беременных только 4 ($10 \pm 4,7$ %, $p = 0,023$) женщины ранее имели искусственное прерывание беременности.

Вторичное бесплодие отмечено у 23 ($57,5 \pm 7,8$ %) женщин, первичное — у 17 ($42,5 \pm 7,8$ %). Большинство беременных женщин были первородящие — 32 ($80 \pm 6,3$ %, $\chi^2 = 26,45$, $p < 0,001$), повторнородящих — 8 ($20 \pm 6,3$ %).

В наибольшей доле среди перенесенных гинекологических заболеваний у бесплодных женщин диагностированы уреаплазмоз и хламидиоз, при этом чаще, чем у беременных пациенток ($p < 0,001$, таблица 1).

Таблица 1 — Гинекологические заболевания у обследуемых женщин, n ($p \pm s_p$, %)

Диагноз	Женщины с бесплодием (N = 40)	Беременные женщины (N = 40)
Псевдозрозия шейки матки	11 ($27,5 \pm 7,1$ %)	16 ($40 \pm 7,7$ %)
Хламидиоз	14* ($35 \pm 7,5$ %)	2 ($5 \pm 3,4$ %)
Уреаплазмоз	18* ($45 \pm 7,9$ %)	4 ($10 \pm 4,8$ %)
Кандидоз	11 ($27,5 \pm 7,1$ %)	7 ($17,5 \pm 6,0$ %)
Цервицит	3 ($7,5 \pm 4,2$ %)	0
Полипы шейки матки	2 ($5 \pm 3,4$ %)	0
Полипы тела матки	5 ($12,5 \pm 5,2$ %)	0
Миома матки	7 ($17,5 \pm 6,0$ %)	0

* — Статистически значимо в сравнении с беременными женщинами ($p < 0,001$).

Всем женщинам первой группы, с целью выяснения причин бесплодия, была проведена лапароскопия. У 12 ($30 \pm 7,2$ %) пациенток в результате выполненной лапароскопии диагностирован хронический сальпингит, из которых у 2 выявлен гидросальпинкс справа. В ходе операции произведено выделение маточных труб из спаек. У 8 ($20 \pm 6,3$ %) — наружный генитальный эндометриоз (эндометриоидные кисты яичников) в сочетании с эндометриозом брюшины малого таза. В ходе проведенного лечения была произведена энуклеация эндометриоидных кист и коагуляция очагов эндометриоза. У 6 ($15 \pm 5,6$ %) женщин диагностирован синдром поликистозных яичников. У них произведена диатермокаутеризация – дреллинг обоих яичников. После лапароскопии у 7 ($17,5 \pm 6,0$ %) пациенток был выставлен диагноз: «Бесплодие 1», у 5 ($12,5 \pm 5,2$ %) — «Бесплодие 2». У 2 ($5 \pm 3,4$ %) пациенток патологии со стороны внутренних половых органов во время операции не выявлено.

У 29 ($72,5 \pm 7,06$ %, $\chi^2 = 14,45$, $p < 0,001$) женщин после проведенного оперативного лечения контраст поступил в брюшную полость через обе маточные трубы, у 9 ($22,5 \pm 6,6$ %) контраст поступил в брюшную полость только через одну маточную трубу, у 2 ($5 \pm 3,4$ %) женщин маточные трубы оказались непроходимыми.

При выписке из стационара у 17 ($42,5 \pm 7,8$ %) женщин отмечено выздоровление, у 10 ($25 \pm 6,8$ %) улучшение, у 13 ($32,5 \pm 7,4$ %) пациенток состояние осталось без перемен.

Выводы

1. В результате проведенного нами исследования было выявлено, что женщины с бесплодием чаще имеют возраст 30 и более лет, в сравнении с беременными — в $45 \pm 7,87$ % (OR = 2,82, 95 % CI 1,07–7,43).

2. Перенесенные искусственные прерывания беременности являются фактором риска развития бесплодия. Один и более медицинский аборт имелся ранее у $32,5 \pm 7,4$ % пациенток с бесплодием против $10 \pm 4,7$ % ($p = 0,023$) у беременных.

3. Женщины с бесплодием чаще, чем беременные пациентки перенесли ранее уреоплазмоз и хламидиоз — в $45 \pm 7,9$ % и $35 \pm 7,5$ % ($p < 0,001$), что подтверждает необходимость своевременной диагностики и адекватной терапии урогенитальных инфекций.

4. Наиболее частыми причинами трубно-перитонеального бесплодия являются хронический сальпингит и наружный генитальный эндометриоз, диагностированные в $30 \pm 7,2$ % и $20 \pm 6,3$ % соответственно.

5. Лапароскопия является эффективным методом диагностики и лечения трубно-перитонеального бесплодия, в результате которого у $72,5 \pm 7,06$ % ($p < 0,001$) женщин после проведенного лечения диагностирована проходимость обеих маточных труб, у $22,5 \pm 6,6$ % пациенток контраст поступил в брюшную полость через одну маточную трубу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 398–403.
2. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. — М.: Медпресс-информ, 2014. — С. 33.
3. Гаспаров, А. С. Эндометриоз и бесплодие / А. С. Гаспаров, Е. Д. Дубинская. — М.: МИА, 2013. — С. 24.

УДК 579.69

СОРБЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЛАНИНСИНТЕЗИРУЮЩИХ ГРИБОВ

Калугина Т. С., Иконникова Н. В.

Научный руководитель: к.б.н., доцент *Н. В. Иконникова*

Учреждение образования

«Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова»
Белорусского государственного университета
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Результаты исследования позволяют обосновать актуальность получения сравнительно недорогих и экологически безопасных лечебно-профилактических субстанций на основе глубокой биомассы меланинсинтезирующих грибов, способных освобождать организм человека от радионуклидов, тяжелых металлов и других токсикантов.

Широко известна способность базидиальных грибов и их меланиновых пигментов связывать и накапливать радионуклиды и тяжелые металлы, что, вероятно, является одной из причин преобладания темноокрашенных грибов в условиях техногенного загрязнения. Давно замечена высокая жизнеспособность меланинсинтезирующих грибов в присутствии тяжелых металлов, осаждающихся на поверхности листьев городских насаждений. Высокая активность связывания меланинами токсичных соединений обусловлена большим разнообразием функциональных групп — карбонильных, карбоксильных, гидроксильных, метоксильных, аминогрупп и др. [1].

Высокая сорбирующая способность грибных меланинов в отношении ионов тяжелых металлов позволяет рассматривать содержащую их биомассу в качестве перспективного биосорбента для решения многих экологических задач. Биомасса грибов может также служить основой для создания энтеросорбентов, корректирующих солевой состав внутренней среды организма человека [2, 3].

Цель

Оценить сорбционную емкость биомассы и выделенных из нее пигментов (меланинов) грибов *Inonotus obliquus* и *Phellinus robustus*.