

В нашем исследовании КШМ была корригирована пессарием у 13 пациенток основной группы, при этом только у 8 женщин дальнейшее течение беременности осложнилось неспецифическими инфекциями нижних половых путей. В литературе представлены исследования, гласящие об увеличении количества воспалительных реакций нижних половых путей, как ответная реакция организма на наличие инородного тела. Однако, по нашим данным наличие пессария во влагалище не привело к увеличению количества кольпитов ($p = 0,29$). Тем не менее, в основной группе количество неспецифические инфекции нижних половых путей выявлено у 16 (47,1 %) женщин, что значительно чаще ($p = 0,039$) по сравнению с группой контроля, где частота данного осложнения выявлена у 7 (22,6 %) женщин.

Группы исследования были сопоставимы по наличию хронических очагов инфицирования (хронического пиелонефрита, ОРВИ, хронического ринита, тонзиллита и др.).

Воспалительные изменения в плаценте выявлены у 33 (97 %) женщин основной группы и у 26 (83,9 %) группы контроля. Значимых различий в группах исследования по наличию воспалительных процессов в плаценте выявлено не было. Однако у женщин с КШМ, выявленной во II триместре, количество гнойных процессов в плаценте выявлено значительно больше ($p = 0,02$), чем в группе контроля и группе с выявленной КШМ в III триместре.

Выводы

1. Наличие неспецифических инфекций нижних половых путей при КШМ увеличивает число восходящего инфицирования.

2. Постановка разгрузочного акушерского пессария не увеличивает количество воспалительных заболеваний влагалища и цервикального канала.

3. КШМ увеличивает не только риск преждевременных родов, но и является значимым фактором восходящего инфицирования.

4. Раннее укорочение шейки матки (во II триместре беременности), способствует восходящему инфицированию и развитию воспалительных процессов в плаценте даже в условиях нормоциноза. Присоединение неспецифических воспалительных заболеваний нижних половых путей являются дополнительным фактором реализации инфекции в плаценте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммунологические аспекты патогенеза хронических эндоцервицитов на фоне рубцовой деформации шейки матки / А. В. Молочков [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 2. — С. 57–59.

2. Кузнецова, И. В. Применение иммуномодуляторов в терапии цервицита / И. В. Кузнецова, Н. С. Сулейманова // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 2. — С. 80–83.

3. Глуховец, Б. И. Патология последа / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. — СПб.: ГРААЛЬ, 2002. — 448 с.

УДК 616.72-002.155:616.973]:616.8-009

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

Авсянникова М. А.

**Научные руководители: ассистент З. В. Грекова;
ассистент Е. Э. Карпенко; к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Остеоартрит (ОА) — гетерогенная группа хронических, дегенеративно-воспалительных заболеваний суставов со сходными прогрессирующими морфологическими изменениями (хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц), приводящими к снижению функциональной активности пациента и дестабилизации коморбидных состояний [1].

ОА является самым распространенным хроническим заболеванием суставов, которое встречается примерно у 11–13 % населения, что обусловлено прежде всего быстрым старением популяций и пандемией ожирения. На долю ОА приходится 60–70 % всех ревматических болезней [1, 2].

Тревожно-депрессивные расстройства — частый спутник ревматических болезней. В клиническом плане важным является тот факт, что независимо от того, страдал ли пациент психическим расстройством до развития заболевания или оно появилось вторично как реакция личности на соматическую патологию, психическое расстройство значительно отягощает болезнь.

ОА сопровождается хроническим болевым синдромом. Развитие тревожно-депрессивных состояний приводит к усилению болевого синдрома, а болевой синдром, в свою очередь, усугубляет течение тревоги и депрессии [3].

Phuomaung и др. в своем исследовании о взаимосвязи тревоги, депрессии с болью в коленном суставе нашли убедительные доказательства о положительной связи депрессии с болью в коленном суставе и ограниченное количество доказательств связи боли в коленном суставе с тревогой [4].

Цель

Оценить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с первичным гонартрозом.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 35 человек в возрасте от 51 до 77 лет с первичным гонартрозом. Из них 5 мужчин и 30 женщин. Средний возраст мужчин составил $68,2 \pm 8,3$ года, женщин — $63,6 \pm 6,7$ года. Обследование проводилось в ревматологическом отделении 1-й городской клинической больницы г. Гомеля, где пациенты находились на стационарном лечении. Все пациенты были обследованы и получали лечение, согласно протоколам МЗ РБ.

Выраженность болевого синдрома в покое и при физической нагрузке оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов: 0 — пациента боль не беспокоит; 2 — боль беспокоит незначительно; 4 — боль немного беспокоит; 6 — боль существенно беспокоит; 8 — боль значительна, сознание пациента сконцентрировано на боли; 10 — боль настолько сильна, насколько пациент может ее представить.

Выявление психопатологических расстройств у пациентов проводилось с использованием шкалы депрессии Бека (BDI), состоящей из 21 пункта с несколькими вариантами ответа для оценки выраженности признаков и симптомов депрессии. Для определения тревожности использовался опросник Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина, включающий по 20 утверждений для оценки ситуационной и личной тревожности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ «Statistica» 8.0. Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследуемых составил $64,2 \pm 6,9$ лет. Большинство из них составили женщины — 30 (85,7 %) человек.

При рентгенографии коленных суставов среди женщин I стадия по J. Kellgren и J. Lawrence была у 3 (10 %), II стадия — у 15 (50 %), III стадия — у 11 (36,7 %), IV стадия — у 1 (3,3 %), а среди мужчин: II стадия — у 3 (60 %), III стадия — у 2 (40 %).

Распределение пациентов по длительности заболевания среди женщин: менее 5 лет — 7 (23,3 %), от 5 до 10 лет — 7 (23,3 %), более 10 лет — 16 (53,4 %); среди мужчин от 5 до 10 лет — 1 (20 %), более 10 лет — 4 (80 %).

При оценке болевого синдрома по ВАШ у женщин показатели составили в среднем $4,5 \pm 2,7$ мм в покое, что расценивается как умеренная боль и $7,8 \pm 2,1$ мм при движении, что соответствует сильной боли; у мужчин — $1,4 \pm 1,3$ в покое, что соответствует слабой боли и $5,4 \pm 1,5$ при движении, что расценивается как умеренная боль.

Ситуационная тревожность среди женщин умеренной степени выявлена у 10 (33,3 %), высокой степени — у 19 (63,4 %). Личная тревожность среди женщин составила: умерен-

ной степени — у 8 (26,7 %), высокой степени — у 21 (70 %). Среди мужчин ситуационная и личная тревожность составили: низкой степени — у 1 (20 %), умеренной степени — у 4 (80 %).

Исследование эмоциональной сферы по опроснику Бека выявило 25 (83,3 %) женщин, имеющих легкую (30 %) и среднюю (33,3 %) степень депрессии и 2 (40 %) мужчин, имеющих легкую и среднюю степень депрессии.

Выводы

1. Практически у всех опрошенных пациентов были выявлены тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности независимо от рентгенографической стадии гонартроза и длительности заболевания.

2. У женщин достоверно выше интенсивность боли при оценке по ВАШ как в покое, так и при движении, чем у мужчин.

3. Депрессивные расстройства, ситуационная и личностная тревожность у женщин встречаются чаще чем у мужчин и имеют более выраженную степень.

4. Целесообразно проводить анкетирование пациентам с первичным гонартрозом для раннего выявления тревожно-депрессивных расстройств, учитывая их высокую распространенность в данной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние терапии трансдермальной формой глюкозамина сульфата на качество жизни пациентов с остеоартрозом коленного сустава (результаты открытого многоцентрового наблюдательного исследования) / А. В. Джоджуа [и др.] // РМЖ. — 2016. — № 8. — С. 512–518.

2. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни (Internal diseases): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

3. Алексенко, Е. Ю. Тревожно-депрессивные расстройства у больных первичным остеоартрозом / Е. Ю. Алексенко // Сибирский медицинский журнал. — 2014. — № 7. — С. 70–72.

4. Are depression, anxiety and poor mental health risk factors for knee pain? A systematic review / P. P. Phyo maung [et al.] // BMC Musculoskeletal Disorders. — 2014. — P. 1471–2474.

УДК 57.085.2

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛИРОВАННЫХ КЛЕТОК ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА В КУЛЬТУРЕ

Адамович А. Ю.

Научный руководитель: к.б.н. М. Ю. Юркевич

Учреждение образования

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

Введение

В настоящее время использование культур клеток и тканей получило широкое распространение в различных областях фундаментальных и прикладных исследований — от клеточной и молекулярной биологии до медицины и биотехнологии. Так, клеточные культуры почечной ткани используют для производства вакцин, что обусловлено их высокой чувствительностью к вирусам — возбудителям заболеваний человека и животных. Кроме того, культуры клеток почек применяют для исследования биохимических, генетических и функциональных изменений на клеточном уровне, тестирования и изучения механизмов действия существующих и вновь разрабатываемых лекарственных средств на стадии доклинического исследования, индивидуального подбора препаратов, моделирования *in vitro* патогенетических механизмов развития различных почечных патологий [1–3].

Получение чистых линий клеток из почек затруднено вследствие гетерогенности ткани, в которой выделяют эпителиальные, эндотелиальные и мезангиальные клетки, а также в связи с отсутствием унифицированного метода выделения данных клеток.