

Расчеты проводились для трассы длиной 1500м, давлением 1атм, температуре 273К, при содержании следующих газов: NH₃=50 ppb, H₂O=6000 ppm, CO₂=330 ppm, N₂O=0,32 ppm, O₃=26,6 ppb, SO₂=0,3 ppb.

Результаты проведенных теоретических исследований существенно облегчат экспериментальные измерения концентраций NH₃ в атмосфере.

Литература:

1. L.S. Rothman, Applied Optics. 1986. V.25, N011, P. 1795.
2. R. Barbini, A.Polucci, S.Ya. Tochisky, Study of the CO₂ LIDR/DIAL, potential for atmospheric gases monitoring in the range 9,2-11,4 м and 4,6-5,5 м. ENEA Internal Report, RT/INN/96,19, Frascati, 1996.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ковалевич Н.К., Сяляхова Л.Р.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Объективная оценка репродуктивного здоровья является информационной основой разработки мероприятий по его сохранению и укреплению. Полное и достоверное заключение о репродуктивном здоровье возможно лишь при использовании комплексного анализа его состояния.

В связи с этим, целью исследования явилось изучение влияния медико-социальных факторов на течение беременности женщин раннего репродуктивного возраста.

Объектом исследования явились 179 женщин молодого возраста (15-24 года), беременность которых закончилась родами. Источником информации послужила первичная медицинская документация женских консультаций (индивидуальная карта беременной и родильницы ф 111/у и обменная карта ф 113/у). Выкопировка предусмотренных программой исследования признаков производилась на специально разработанные карты, учитывающие акушерский и соматический анамнез, течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного.

Среди изученного контингента 28,5% проживали в сельской, остальные (71,5%) - в городской местности. Лица в возрастной группе 15-19 лет составили 22,9%, а в возрасте 20-24 года – 77,1%.

Характеризуя медико-социальный статус родильниц, обращает на себя внимание высокий показатель среди них (каждая шестая) безработных и их мужей (каждый одиннадцатый), практически не отличаясь в зависимости от возраста ($P > 0,05$). Контингент родивших в основной группе на 3/5 (59,5%) сформирован из учащихся и студентов. Доля последних в 5,2 раза меньше (11,3%) в контрольной группе ($P < 0,05$).

Особенностью исследуемой популяции является высокий удельный вес (30,7%) неполных семей. Причем, среди родильниц юного возраста (15-19 лет) более половины (53,7%) не замужем, а в возрастной группе 20-24 года – 34,7% ($P < 0,05$), что является важной социальной проблемой.

Отношение женщин к своему здоровью могут характеризовать сроки постановки беременных на учет в женской консультации и прохождение прегравидарной подготовки. Если срок беременности до 12 недель при постановке на учет в среднем у молодежи составил 82,7%, то у лиц 15-19 лет этот показатель равен 61,0%, а отсутствие

прегравидарной подготовки или данных о ее проведении – у 65,9% женщин соответствующего возраста.

Течение беременности у молодежи сопровождается ранним (32,4%) и поздним гестозом (11,2%). Причем, частота раннего гестоза у беременных в возрасте 20-24 года в 1,3 раза ($P < 0,05$), а позднего – в 2,6 раза ($P < 0,05$) регистрируется чаще относительно возрастной группы 15-19 лет. Аналогичная картина, хотя и с меньшей кратностью (в 1,6 раза, $P < 0,05$), характеризуется превалированием угрозы прерывания беременности у женщин с каждым последующим пятилетним возрастным интервалом. Напротив, у женщин в возрасте 15-19 лет чаще диагностируется предлежание плаценты ($P < 0,05$), патология плодных оболочек (многоводие, маловодие) – ($P < 0,05$), первые роды в юном (до 18 лет) возрасте ($P < 0,05$).

Женщины этой группы в 1,3 раза чаще (каждая четвертая) имеют вредные привычки ($P < 0,05$), в 3,7 раза чаще (каждая четвертая) нерегулярное или отсутствие врачебного наблюдения во время беременности, неполное обследование ($P < 0,05$).

Таким образом, при разработке мер медико-социального характера, направленных на коррекцию репродуктивного потенциала, необходимо учитывать его особенности у юных женщин, вступающих в фертильный возраст.

РЕАЛЬНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Ковальчук Т.В., Магер Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.Т. Солоненко

Цель исследования – дать анализ факторам, влияющим на показатель летальности больных инфарктом миокарда (ИМ) в условиях городской клинической больницы и установить степень реальности управления этим показателем.

Проанализирована 401 история болезни больных ИМ. Стационарная летальность за 2007 год составила 6,28%. Все умершие подвергнуты аутопсии.

Среди «малоуправляемых» факторов, влиявших на показатель летальности, установлены: пожилой и старый возраст большинства умерших (82,9% - лица старше 60 лет, в том числе 59% старше 70 лет); исходно неблагоприятный соматический фон (77,3% - инвалиды войны и инвалиды в результате заболеваний); неблагоприятный «коронарный» анамнез (в 65,9% повторные ИМ); большой процент (21,9%) крупноочаговых ИМ, в том числе 12,2% трансмуральные, высокий уровень атипичных и малосимптомных форм ИМ (27%); отягчающие осложнения: кардиогенный шок (14,6%), фибрилляция желудочков (9,8%), другие нарушения ритма и проводимости (29,2%), 21,5%- острые и хронические аневризмы сердца; 60,5%- признаки острой и хронической сердечной недостаточности; в 13,5% случаев- разрыв миокарда; серьезные, часто фатальные морфологические изменения в сердечно-сосудистой системе и других органах (по данным аутопсии): выраженный атеросклероз коронарных артерий (81,8%), в том числе у 66%- стенозирующий, тромбоз коронарных артерий (13,1%); крупноочаговый (47,3%) и диффузный (42,1%) кардиосклероз; выраженный атеросклероз аорты, мозговых сосудов, подвздошных артерий (42,1%); морфологические признаки артериальной гипертензии (81,6%), сахарного диабета (10,5%), хронической сердечной недостаточности (42,1%).

К более «управляемым» факторам, также влияющим на показатель летальности, можно отнести позднее обращение умерших за медицинской помощью, оперативность работы бригад «скорой помощи», приемного и реанимационного отделений клиники, адекватность и своевременность назначения лекарственной терапии, особенно