

циента. Лечение пациентов проводилось согласно протоколу МЗ РБ от 05.07.2012 г. № 768. В качестве догоспитальных АБП применялись аминопенициллины (АП) и составили 26,6 % случаев, макролиды (М) — 24,8 % случаев, цефалоспорины I поколения (ЦI) — 15,3 %, цефалоспорины II поколения (ЦII) — 12 %, цефалоспорины III поколения (ЦIII) — 9,4 %, комбинации АБП 11,6 % случаев (АП + МА составили 81,2 % случаев всех комбинаций). В эмпирической терапии после поступления в УЗ «Кричевская ЦРБ» использовались АП в 31,5 % случаев, ЦIII составили 28,9 %, МА — 21 %, ЦII — 7,8 %, аминогликозиды — 5,3 %, линкозамиды — 3 %, комбинации — 2,3 % (АП + МА составили 79,4 % случаев всех комбинаций). Клинический эффект от терапии наступал при применении ЦIII у 51 % пациентов, ЦIII составили 2,5 % случаев, ЦIIV — 4,5 %, МА — 13,5 %, респираторные фторхинолоны — 19 %, АП — 4,3 % случаев, комбинации — 5,1 % (МА + ЦIII в 92,3 % случаев).

#### **Выводы**

1. За период 2017–2015 гг по г. Могилеву и Могилевской области увеличилось число случаев заболеваемости и смертности ВП среди взрослого населения (в 0,85 и 0,87 раз соответственно).

2. Этиологическими структурами внебольничных пневмоний в УЗ «Кричевская ЦРБ» преимущественно были *S. Pneumonie*, *St. Aureus*, *Ent. faecium*, при этом больший процент (38,2 % случаев) составил *S. Pneumonie*.

3. Клинический эффект от терапии антибактериальными препаратами наступал при применении цефалоспоринов III поколения и респираторных фторхинолонов (в 51 и 19 % случаев, соответственно).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей) / А. Г. Чучалин [и др.]. — М.: МАКМАХ, 2010. — 106 с.

2. *Медведев, И. В.* Статистический ежегодник РБ, 2017 / И.В. Медведев, ред. кол.: И. В. Медведев (гл. ред.) [и др.]. — Минск, 2017. — 786 с.

3. *Бельтюков, Е. К.* Фармакоэкономический анализ эффективности кларитромицина медленного высвобождения в экстренной стартовой терапии внебольничной пневмонии / Е. К. Бельтюков, Н. Н. Жаров // Лечащий врач. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2010/09/15435041/>. — Дата доступа: 04.03.2018.

**УДК 614.2-057.875(476.2)**

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ**

*Боярская А. Ю., Шлянина Д. В*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Технологии решения задач донозологической диагностики разнообразны и в значительной мере зависят от вида донозологических исследований. По информативной ценности наибольшей диагностической эффективностью обладает метод оценки энергopotенциала биосистемы по Г. Л. Апанасенко [1–4]. Достоинства этого метода состоят в малой трудоемкости (10–12 минут на одного человека), отсутствии необходимости в сложном оборудовании, что позволяет использовать его при массовых обследованиях работающего населения. Анализ результатов популяционных исследований позволил впервые описать феномен «безопасного уровня» здоровья (IV–V уровни) и дать ему количественную характеристику. Этот же феномен дает возможность строить научную основу первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний («превентивная реабилитация» — возвращение индивида в «безопасную» зону здоровья). Заболеваемость населения показывает уровень, частоту, распространенность всех болезней, вместе взятых и каждой в отдельности среди населения в целом и его отдельных группах по возрасту, полу, профессии и т. д. [2].

### **Цель**

Дать оценку уровня соматического здоровья студентов медицинского университета.

### **Материал и методы исследования**

Для оценки здоровья и донозологической диагностики студентов использован комплексный анкетный опросник «Оценка энергопотенциала биосистемы по Г. Л. Апанасенко», включающий 5 основных показателей: индекс массы тела, жизненный индекс, индекс Робинсона, время восстановления пульса после дозированной нагрузки, мышечная сила рук. Каждый показатель рассчитывали на основе проведенных соматометрических и физиометрических исследований и оценивали в баллах, уровень соматического здоровья оценивали по сумме баллов. Также изучали общую заболеваемость студентов и заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ). В исследовании приняли участие 130 студентов второго курса медицинского университета в возрасте 17–25 лет, среди которых 94 девушки и 36 юношей.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты оценки уровня соматического здоровья представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение респондентов по уровню соматического здоровья

Уровень здоровья	Юноши		Девушки		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высокий	0	0	0	0	0	0
Выше среднего	10	27,7	20	21,3	30	23
Средний	14	38,8	28	29,7	42	32,3
Ниже среднего	4	11,1	28	29,7	32	24,6
Низкий	8	22,2	18	19,1	26	19,1
Итого	36		94		130	

Каждый пятый студент имел средний уровень соматического здоровья (21,1%). У юношей чаще отмечался средний уровень здоровья, чем у девушек (38,9 и 29,7 % соответственно). У девушек здоровье находится на уровне среднего и ниже среднего. Студентов с высоким уровнем здоровья не было выявлено.

При изучении частоты распространения ОРИ у студентов установлено, что 32,3 % студентов болеет ОРИ 1 раз в течение года, 40 % респондентов — 2–3 раза (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение респондентов в зависимости от заболеваемости ОРИ

Уровень здоровья	Частота ОРИ								Всего
	1 раз		2–3 раза		4 и более		Не болеет		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Высокий	0		0		0		0		0
Выше среднего	12	9,2	8	6,1	2	1,5	8	6,1	30
Средний	22	6,9	14	10,7	4	3	4	3	44
Ниже среднего	6	4,6	14	10,7	6	4,6	4	3	30
Низкий	2	1,5	16	12,3	6	4,6	2	1,5	26
Всего, кол-во	42		52		18		18		130
Всего, %	32,3		40		13,8		13,8		

Студенты со средним уровнем здоровья преимущественно болеют 1 раз в год ОРИ, студенты с низкими показателями здоровья чаще болеют ОРИ. Четыре и более раза в год болеет 13,8 % исследуемых с уровнем здоровья ниже среднего и низким. Не болеют в течение года 13,8 % респондентов.

Юноши и девушки имеют средний индекс массы тела, т. е. их рост и вес находится в пределах физиологической нормы.

### **Выводы**

Здоровье студентов медицинского университета находится на среднем или же ниже среднего уровне здоровья. Это говорит о том, что состояние здоровья студентов находится

ся вне «безопасного уровня здоровья». При выходе индивида из «безопасной зоны» здоровья проявляется феномен «саморазвития» патологического процесса без изменения силы действующих факторов (условий существования): вначале формируются эндогенные факторы риска, развивается патологический процесс и происходит его манифестация в виде конкретной нозологической формы.

В современных условиях профилактика нарушений здоровья студентов приобретает особое значение. Таким образом, проведенные исследования алиментарного статуса студентов позволяют сделать вывод, что в данной проблеме существуют негативные тенденции, что необходимо учитывать при организации учебного процесса студентов. Очень важна первичная профилактика нарушений состояния здоровья студентов, коррекцию проводить в первую очередь через рациональное питание и оптимальный двигательный режим.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Формирование здорового образа жизни студентов // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XIX студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. — М.: МЦНО. — 2014. — № 12 (18) / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF\\_humanities/12\(18\).pdf](http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12(18).pdf).

2. Мамчиц, Л. П. Эпидемиологические закономерности и совершенствование профилактики острых респираторных заболеваний / Л. П. Мамчиц, Г. Н. Чистенко // Достижения медицинской науки Беларуси. — Минск: ГУ РНМБ, 2004. — Вып. 9. — С. 142–143.

3. Мамчиц, Л. П. Метод анкетирования в гигиенической диагностике и коррекции статуса студенток / Л. П. Мамчиц, Н. В. Карташева // Донозоология – 2010: матер. VI науч. междунар. конф. — СПб.: Крисмас, 2010. — 429 с.

4. Образ жизни и здоровье студентов / Н. А. Ермакова [и др.] // Гигиена и санитария. — 2016. — № 6. — 384 с.

УДК 618.3-06

### ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

*Буданова М. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Л. М. Соломатина,  
к.м.н. Т. В. Шевляков, ассистент Т. Н. Рыбакова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Рязань, Российская Федерация**

#### *Введение*

Ежегодно в мире из 200 млн беременных женщин, больных гестационным сахарным диабетом (ГСД) благополучные роды отмечаются лишь в 20 % случаев. Беременность осложнялась гестозом разной степени тяжести (в мировой литературе от 25–69,9 %). За 2017 г. было выявлено 164 случая возникновения ГСД в г. Рязани в разные триместры беременности. При этом 33 % детей имеют признаки ДФ, в том числе 8,4 % — гепато-, сплено-мегалию и кардиопатию, у 8 % выявлены врожденные пороки развития. Женщины наблюдались на базе Рязанского областного клинического перинатального центра (РОКПЦ). Родоразрешение завершилось успешно.

#### *Цель*

На основании данных литературы и клинических наблюдений в РОКПЦ изучить частоту возникновения ГСД, способы его лечения и профилактики. Выявить зависимость возникновения ГСД от ИМТ, возраста, наследственности, образа жизни, режима питания. Высокий риск развития СД II типа, прогрессирование сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатий, ИБС), послеродовых осложнений, развития гестоза разной степени тяжести, а также развитие ДФ у плода.

#### *Материал и методы исследования*

Приводим сведения о родоразрешении 100 женщин с возникшим на фоне беременности ГСД в РОКПЦ.