

после изменения режима питания увеличились на 14,8 и 8,3 %, соответственно, показатель ПД снизился на 14,3. Контрольная группа придерживалась своего режима питания, показатели ЧСС, САД, ДАД характеризовались стабильностью результатов. Индекс АП, который является характеристикой способности ССС адекватно и надежно реагировать на изменение различных факторов. Его повышение на 10 % свидетельствует о снижении адаптационных механизмов. В контрольной группе данный показатель остается стабильным. Повышение показателя ОО у студенток исследуемой группы на 36,5, свидетельствует о заметном дисбалансе между поступающей и расходуемой энергией.

Таблица 2 — Показатели респираторной системы девушек, полученные до и после изменения режима питания

Показатели	Группа I (исследуемая)		Группа II (контрольная)	
	до изменения питания Me (25÷75 перцентиль)	после изменения питания Me (25÷75 перцентиль)	в начале исследования Me (25÷75 перцентиль)	в конце исследования Me (25÷75 перцентиль)
ДО, л	0,86 (0,57÷0,93)	0,97 (0,65÷1,11)	0,94 (0,83–1,2)	1,09 (0,86÷1,09)
ЖЕЛ, л	3,87 (3,72÷4,19)	3,91 (3,74÷4,25)	3,77 (3,31÷4,25)	3,78 (3,19÷4,13)
РОВд, л	1,10 (0,95÷1,25)	1,35 (1,1÷1,58)	1,30 (0,80–1,40)	1,10 (0,80÷1,30)
РОВыд, л	1,80 (1,65÷2,20)	1,50 (1,28÷1,93)	1,80 (1,40–2,0)	1,70 (1,30–1,80)

В первой группе увеличились показатели внешнего дыхания: ДО, РОВд на 11 и 18,5 %. В контрольной группе показатели РОВд, РОВыд снизились на 20 и 5,9 % соответственно. Сравнительный анализ изменений показателей внешнего дыхания у студенток после изменения рациона показал улучшение функционального состояния респираторной системы.

При анализе параметров композиционного состава тела и кардиореспираторной систем выявлено наличие высокой положительной связи между показателям ИМТ и ЖЕЛ ( $r = 0,983$ ,  $p = 0,00001$ ), ИМТ и УО ( $r = 0,763$ ,  $p = 0,0091$ ), (ИМТ и ДО ( $r = 0,998$ ,  $p = 0,00011$ ), ИМТ и ОО ( $r = 0,897$ ,  $p = 0,00001$ ), ИМТ и ВССС ( $r = 0,959$ ,  $p = 0,00001$ ).

Также обнаружены отрицательные связи между ИМТ и МОК ( $r = -0,89$ ,  $p = 0,00001$ ), МОК и ЖЕЛ ( $r = -0,80$ ,  $p = 0,00001$ ). При корреляционном анализе УО и ЖЕЛ обнаружена высоко положительная корреляционная связь ( $r = 0,760$ ,  $p = 0,015$ ), ЖЕЛ и ВССС ( $r = 0,983$ ,  $p = 0,0001$ ), ЖЕЛ и ОО ( $r = 0,919$ ,  $p = 0,015$ ).

По результатам анализа субъективного ощущения респондентов, обнаружено улучшение самочувствия в течение первой недели смены рациона питания.

#### **Выводы**

Результаты исследования влияния рационального питания на функциональное состояние кардиореспираторной системы студенток 2-го курса указывают на необходимость коррекции баланса между поступающей и расходуемой энергией. Удовлетворительное состояние адаптационных механизмов девушек происходит за счет улучшения функций респираторной системы и более напряженной работы сердечно-сосудистой систем.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Омаров, Р. С.* Основы рационального питания: учеб. пособие / Р. С. Омаров, О. В. Сычёва. — Берлин: Директ-Медиа, 2014. — 78 с.

**УДК 616-071+616-091.1**

### **СЛИЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

*Макаренко В. Ю., Терешковец А. С.*

**Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Приложение 7 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 17.06.13 № 111 «ПОЛОЖЕНИЕ о сличении клинического и патологоанатомического диагнозов» яв-

ляется базисом в данной работе. Количество совпадений и расхождений в ходе сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов является одной из важных оценок работы лечебного учреждения. Необходимо так же подчеркнуть, что оба диагноза являются юридически значимыми заключениями.

В обязанности врача-патологоанатома входит не только непосредственное вскрытие с формулировкой патологоанатомического диагноза, а так же сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по всем главным рубрикам таким как: «основное заболевание», «осложнение основного заболевания» и «сопутствующее заболевание». При совпадении терминов, кодов и нозологических форм в патологоанатомический эпикриз вносится пометка «совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов», если нет, то фиксируется расхождение диагнозов.

В современной практике во многих странах анализ совпадений и расхождений диагнозов проводится лишь к одному критерию — «основное заболевание». При этом в патологоанатомическом эпикризе врач-патологоанатом отмечает, что при совпадении основного заболевания имеются расхождения по осложнению основного или сопутствующим заболеваниям. Однако данная работа не направлена лишь на сличение основного диагноза или сличение по трем разделам, а охватывает сличение всего заключительного клинического диагноза, вынесенного на титульный лист карты стационарного пациента.

В сличении клинического и патологоанатомического диагнозов учитываются следующие причины расхождений:

Объективные: кратковременность пребывания больного в стационаре; тяжесть состояния пациента, не позволяющая проводить ему сложные диагностические исследования.

Субъективные: недостаточное обследование пациента; недоучет анамнестических данных; недоучет клинических данных; недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования; недоучет или переоценка заключения консультанта; неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

### **Цель**

Показать сложность прижизненной и посмертной диагностики оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией, множественность нозологических форм, входящих в структуру клинического и патологоанатомического диагнозов.

### **Материал и методы исследования**

В данном исследовании использовались материалы 67 протоколов патологоанатомических вскрытий, проведенных в Гомельском областном клиническом патологоанатомическом бюро на базе патологоанатомического отделения общей патологии № 4 за период с 2009 по 2015 гг. и их статистический анализ.

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

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты сравнения заключительного клинического и патологоанатомического диагноза

Оппортунистические инфекции	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	ЗД	ПД												
Кандидоз кожи, пищевода, бронхов	1	1	1	—	2	1	3	2	—	3	3	1	1	—
Орофарингеальный кандидоз	1	1	5	5	5	6	6	7	10	3	8	5	3	1
Кахексия	1	1	5	3	4	6	4	9	5	11	3	11	1	7
Лимфома головного мозга	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	1
Генерализованная лимфоаденопатия	1	1	3	—	4	2	7	4	10	2	8	7	4	1
Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия	1	1	2	4	3	5	2	3	3	7	—	5	1	—
Криптококковая инфекция	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1
Пневмоцистная пневмония	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	2	5
Цитомегаловирусная инфекция	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4
Herpes zoster в течение последних 5 лет	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1
Токсоплазмоз головного мозга	1	—	1	—	3	0	—	—	2	1	2	1	2	3

## Окончание таблицы 1

Оппортунистические инфекции	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	ЗД	ПД												
Тяжелая бактериальная инфекция (например, пневмония)	—	2	1	—	1	4	2	3	1	5	2	4		
Туберкулез легких в течение последнего года					4	2	2	2	8	8	7	6		
Эрозивный гастрит			—	1	—	1	1	3			—	1	1	1
Гепатит С			—	2	4	3	9	8	4	5	6	9	1	1
Гепатит В			—	1			3	5	1	4	—	3		
Цирроз печени	—	1	2	1	2	3	5	4	3	3	2	3		

Примечание: \* ЗД — заключительный клинический диагноз; \*ПД — патологоанатомический диагноз; \* ■ — данное заболевание не выявлено в этот год.

### Выводы

В данной работе показаны сложности прижизненной и посмертной диагностики заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией, на что влияют объективные и субъективные причины. Точность диагностики зависит от выраженности клинических проявлений при жизни и морфологических изменений в органах и тканях в зависимости от проводимого лечения, а также доступности лабораторных и иммуногистохимических методов исследования.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов, Г. Г. Оформление диагноза / Г. Г. Автандилов, О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. — М.: Медицина, 2004. — 304 с.
2. Зайратьянц, О. В. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов: методические рекомендации / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, Г. Г. Автандилов. — М.: Макс Пресс, 2003. — 44 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 1993 г. № 111, «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь».
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. № 351 «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД».

УДК 316.612

## ПРОБЛЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЕЕ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СТОРОН

*Макаров А. Г.*

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Ж. И. Трафимчик*

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

### Введение

В современном мире новых технологий компьютер стал неотъемлемой частью жизни для каждого человека: одни используют его в информационных целях, другие — для общения и хобби. Безусловно, персональный компьютер выступает в роли помощника, выполняя познавательную и коммуникативную функции. Но когда время, проведенное за компьютером, превышает допустимые нормы, имеет смысл говорить о проблеме компьютерной зависимости.

### Цель

Осуществить теоретический анализ проблемы игровой компьютерной зависимости с точки зрения ее позитивных и негативных аспектов.

### Материал и методы исследования

Анализ литературных источников, обобщение.

Компьютерные игры часто становятся объектом критики. Ряд ученых считают, что они вызывают зависимость, наравне с алкоголем и наркотиками, хотя подобные утверждения