

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	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	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

Опportunистические инфекции	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	ЗД	ПД	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