

шение его у мужчин. Также наблюдалось увеличение УО крови у мужчин. Эти показатели имеют важное значение в формировании патологии и диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Исходя из проведенного корреляционного анализа можно сделать вывод о том, что наиболее значимыми корреляционными связями в двух группах пациентов обладают взаимодействия показателей насосной функции сердца с уровнем мочевины и СКФ (умеренная положительная корреляция), что доказывает взаимосвязь сердечно-сосудистой системы и почек. У мужчин, в отличие от женщин, наблюдается умеренная отрицательная корреляция между СКФ и ФВ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы сайта Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. Дата доступа: 20.03.2022.
2. Царев, В. П. Артериальная гипертензия и гипертонические кризы : учеб.-метод. пособие / В. П. Царев, И. И. Гончарик, М. Н. Антонович. Минск : БГМУ, 2008. 28 с.
3. Кобалаева, Ж. Д. Распространенность маркеров хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от наличия сахарного диабета: результаты эпидемиологического исследования хронограф / Ж. Д. Кобалаева, С. В. Виалева, Н. Х. Багманова // Российский кардиологический журнал. 2018. № 2. С. 91–101.

**УДК 612.858.73-026.45:612.821.8]-053.6**

### **АНАЛИЗ ЗВУКОВОЙ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ И ПРОЦЕССОВ ВОСПРИЯТИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ПЕРИОДА**

**Минчик С. А., Кураликов Д. В.**

**Научный руководитель: преподаватель Е. С. Сукач**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Слуховой гнозис характеризуется необходимостью восприятия последовательности стимулов, реализующихся во времени. Такое восприятие обозначается как сукцессивное. Следовательно, слуховые сигналы требуют сукцессивного анализа и синтеза последовательно поступающих акустических раздражителей. Это отличает его от тактильного и зрительного гнозиса, организованных не во времени, а в пространстве. Пространственные стимулы воспринимаются не последовательно, а одновременно.

В реальных условиях локализация звука определяется правильно, несмотря на их многократное отражение от объектов внешней среды. Это свидетельствует о высокой помехоустойчивости слуховой системы при локализации звука.

В пубертатном периоде идет максимальная чувствительность и с возрастом она постепенно снижается.

Корковыми концами слухового анализатора являются различные по иерархии области височных долей мозга: 41, 42 поля — первичные проекционные зоны. Зонами слухового гнозиса являются 22 поля обоих полушарий [3].

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваний органов слуха, прежде всего связанных с поражением звуковоспринимающего аппарата. По данным ВОЗ более 1,1 млрд молодых людей подвергаются риску потери слуха из-за прослушивания музыки на слишком высоком, опасном для слуха уровне громкости [1].

Основными причинами потери слуха являются: возрастная сенсоневральная дегенерация, хронические заболевания, факторы, воздействующие на протяжении всей жизни, такие как: чрезмерный шум, а также вирусные и внутриутробные инфекции.

### **Цель**

Определить особенности слуховой дифференцировки, звуковой пространственной ориентации и процессов восприятия неречевых звуков у лиц юношеского периода.

### **Материал и методы исследования**

В ходе выполнения работы в период на протяжении 2021 г. в филиале № 1 ГУЗ «ГЦГДКП» проводились обследования 73 человек. Количество респондентов разговаривающих менее 10 мин составило  $n = 25$  человек, юношей  $n = 13$ , девушек  $n = 12$ . Количество респондентов разговаривающих по телефону 11–30 мин  $n = 48$  человек, количество юношей  $n = 29$ , девушек  $n = 19$ , время разговора составило 11–30 мин. Возраст их составил от 17 до 21 лет.

В ходе проведения тестирования, обследуемому на глаза надевалась плотная светоизолирующая повязка. С интервалом в 10 с экспериментатор совершал удар по камертону-вилке Planet Waves PWTF-A горизонтальной и вертикальной плоскостях относительно головы исследуемого: 4 звука совершались в горизонтальной плоскости по средней линии ушей, 4 в вертикальной плоскости (вверху и внизу), 2 звука в горизонтальной плоскости по средней линии ушей перед исследуемым.

Задача обследуемого заключалась в определении локализации источника звука сначала в состоянии покоя, затем при разговоре по телефону в течение заданного времени. Результаты оценивались по количеству неправильных ответов. Общее количество совершенных ударов — 20. После обследования в анкету заносилось количество ошибок по определению пространственной локализации источника звука, совершенных в ходе исследования.

Данные, полученные в результате исследований проанализированы с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 10.0 и «MS Excel 2019». Проведена статистическая обработка для сравнения средних значений двух выборок в каждой категории: первая — подростки, использующие мобильный телефон менее 10 мин; вторая — от 10 до 30 мин.

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

В результате проведенного исследования была найдена зависимость количества ошибок в исследовании по определению пространственной локализации неречевого звука от длительности использования мобильного телефона представлена в таблице 1.

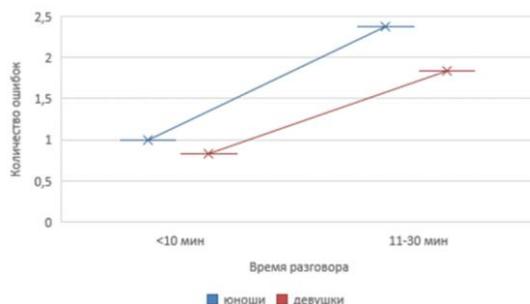
Таблица 1 — Зависимость количества ошибок в исследовании по определению пространственной локализации неречевого звука от длительности использования мобильного телефона

Время использования мобильного телефона	Me (юноши)	Me (девушки)	St (юноши)	St (девушки)	Уровень значимости ( $p < 0,05$ )
<10	1	0,83	0,71	0,94	0,001
11–30	2,38	1,84	0,68	1,02	0,0001

Из таблицы 1 следует, что среднее количество ошибок у девушек, разговаривающих менее 10 мин, составило 0,83, это на 17 % меньше, чем у юношей, использующих телефон такое же время. Среднее количество ошибок при использовании телефона в течение 11–30 минут у девушек составило 1,84, у юношей на 22,7 % больше. Количество ошибок у юношей превышало количество ошибок у девушек, это связано с тем, что женский мозг обладает наибольшей способностью к разделению звуков, сортировке их по категориям и вынесении суждений по каждой категории отдельно [2].

С увеличением длительности использования мобильного телефона, по результатам данных исследования, количество ошибок возрастает в 2,36 раз.

Зависимость количества ошибок по определению локализации источника звука, которые делают участники эксперимента первой и второй выборки отражена на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Взаимосвязь между количеством ошибок в исследовании по определению пространственной локализации неречевого звука и длительностью использования мобильного телефона**

### **Выводы**

Таким образом, мы определили, что увеличение использования телефона прямопропорционально увеличению количества ошибок при локализации звука, а также взаимосвязью увеличения количества ошибок при локализации звука среди юношей и девушек. Определили гендерные различия в сравнении юношей и девушек, в среднем юноши на 15 % совершают ошибки чаще в исследовании по определению пространственной локализации неречевого звука. Найдена умеренная прямая корреляционная связь, при увеличении времени разговора увеличивается количество ошибок. При увеличении времени прослушивания телефона среднее количество ошибок увеличилось в 2,36 раза.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирная организация здравоохранения. Глухота и потеря слуха. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (дата обращения 17.03.2022).
2. Пиз, А. Язык взаимоотношений мужчины и женщины / А. Пиз. Эксмо-пресс, 2000.
3. Агаджанян, Н. А. Основы физиологии человека: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян. М.: Изд-во РУДН, 2005. С. 132.

**УДК 577.1:616.15-074:[616.98:578.834.1]**

### **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОТ COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ МЕНЕЕ 10 ДНЕЙ**

**Павлова А. В.**

**Научный руководитель: преподаватель Е. С. Сукач**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В настоящее время не существует международно признанного определения долгого COVID-19. Общепринятые временные рамки, которые разграничивают продолжительность острой и подострой фазы инфекции от долгого COVID-19, составляют 28 дней. На этом этапе нашего понимания проблемы существует некоторая неопределенность относительно того, какие симптомы острого COVID-19 будут сохраняться до 1 месяца, какие могут продолжаться как долгий COVID-19, а какие манифестируют спустя время. Пациенты с тяжелой формой COVID 19, нуждающиеся в госпитализации, часто отмечают усталость, одышку, разнообразные боли, кашель и другие симптомы. Во время госпитализации, продолжительность которой в среднем составляет 14 дней, большинство пациентов нуждаются в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности на фоне изменений в легочной ткани. После выписки менее 13%