

ISSN 2224-6975

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей
XV Республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(г. Гомель, 4–5 мая 2023 года)

В девяти томах

Том 7

Гомель
ГомГМУ
2023

УДК 61.002.5

Сборник содержит результаты анализа проблем и перспектив развития медицины в мире по следующим разделам: кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

В седьмой том сборника вошли материалы секций «Неврология. Нейрохирургия. Реабилитация», «Педиатрия», «Клиническая лабораторная диагностика. Аллергология и иммунология», «Психиатрия».

Редакционная коллегия: **И. О. Стома** – доктор медицинских наук, профессор, ректор; **Е. В. Воронаев** – кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; **Т. М. Шаршакова** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКип; **И. А. Никитина** – кандидат биологических наук, заведующий кафедрой общей, биоорганической и биологической химии; **В. В. Потенко** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой биологии с курсами нормальной и патологической физиологии; **Е. И. Михайлова** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии; **М. Л. Каплан** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии; **Ю. М. Чернякова** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ; **З. А. Дундаров** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; **Т. Н. Захаренкова** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКип; **В. Н. Жданович** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии; **И. Л. Кравцова** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии; **И. А. Боровская** – кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой иностранных языков; **А. Л. Калинин** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней; **Е. Г. Малаева** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии; **Н. Н. Усова** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии; **Э. Н. Платошкин** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКип; **А. О. Шпаньков** – подполковник медицинской службы, начальник военной кафедры; **В. Н. Бортновский** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой экологической и профилактической медицины; **С. Н. Бордак** – кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социально-гуманитарных дисциплин; **Е. И. Козорез** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней; **И. В. Буйневич** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии с курсом ФПКип; **Д. В. Тапальский** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии; **И. В. Михайлов** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии; **И. Д. Шляга** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом офтальмологии; **Л. В. Дравица** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры оториноларингологии с курсом офтальмологии; **Л. А. Мартемьянова** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии; **А. И. Зарянкина** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии с курсом ФПКип; **И. М. Петрачкова** – кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой русского языка как иностранного; **Г. В. Новик** – кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой физвоспитания и спорта; **С. Н. Мельник** – кандидат биологических наук, доцент, заведующий кафедрой нормальной и патологической физиологии; **Д. П. Саливончик** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 3 с курсом функциональной диагностики; **А. М. Юрковский** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом ФПКип; **С. В. Коньков** – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии.

Рецензенты: проректор по учебной работе, доктор биологических наук, профессор **В. А. Мельник**; проректор по лечебной работе, кандидат медицинских наук, доцент **В. В. Похожай**.

СЕКЦИЯ «НЕВРОЛОГИЯ. НЕЙРОХИРУРГИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ»

УДК 616.831-005.5-009.7-036.82:004

О. Ю. Алёхна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВОБРАЩЕНИЯ МОЗГА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Введение

Инсульт – важнейшая медико-социальная проблема во многих странах, вследствие высоких цифр заболеваемости и смертности, характеризующаяся острым нарушением кровообращения в головном мозге с отмиранием тканей и нарушением функций нервной системы [1]. Последствия инсульта касаются многих систем организма, но особое внимание отводится неврологическим нарушениям, а именно, двигательным, чувствительным, зрительным, когнитивным и речевым. У 55–75 % пациентов, перенесших инсульт, в большинстве случаев отмечаются двигательные нарушения, которые существенно снижают качество их жизни. У 28–40 % постинсультных пациентов, имеющих долговременную выживаемость, отмечается клиническая депрессия и тревога [2].

К одним из новейших методов реабилитации пациентов с постинсультной болью относят виртуальную реальность (VR), которая, на сегодняшний день, получает все большее распространение. VR – относительно новая техника взаимодействия человека с компьютером, при которой человек является активным участником виртуального мира. При этом сочетаются такие разнообразные процессы, как мотивация, моторный контроль, мыслительные процессы и обучающие механизмы, основанные на биологической обратной связи. VR оказывает многомодальное действие на различные сенсорные системы организма (к примеру, на зрительную, слуховую, вестибулярную и проприоцептивную), в одно и то же время. Результаты многих исследований доказывают эффективность виртуальной реальности как нефармакологического способа снижения болевого синдрома у постинсультных пациентов. Результат достигается вследствие того, что психологический фактор оказывает большое влияние на восприятие чувства боли. К преимуществам такого метода реабилитации относят отсутствие побочных эффектов, в отличие от обезболивания лекарственными препаратами [3].

Цель

Оценить гендерные особенности качества жизни пациентов с постинсультной болью после медицинской реабилитации с использованием VR.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось в отделении постинсультной реабилитации Гомельской университетской клиники. Обследовано 39 пациентов (средний возраст – $61,1 \pm 10,7$ лет), из них 26 мужчин и 13 женщин. У всех пациентов имелся инфаркт головного

мозга с локализацией в различных сосудистых бассейнах: правый каротидный бассейн – 13 пациентов (33,3 %), левый каротидный бассейн – 18 случаев (46,2 %), вертебробазиллярный бассейн – 8 (20,5 %). Всем пациентам проводились тренировки с использованием системы виртуальной реальности «Вирлеки».

Для объективизации показателей качества жизни пациентов после инсульта был использован опросник SF-36. Опросник оценки качества жизни пациента SF-36 состоит из 36 пунктов сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role-Physical Functioning – RP), телесная боль (Body pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизненная активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role-Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 12.0 (Statsoft, США). Количественные данные были представлены: в случаях несоответствия закону нормального распределения — в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й (LQ); 75-й (UQ) перцентили). При сравнении показателей независимых выборок использовали U-критерий Манна – Уитни. Критический уровень значимости, принятый при проверке статистических гипотез – $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При обследовании пациентов были установлены следующие параметры качества жизни: физическое функционирование – 45,0 (20,0; 85,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 50,0) баллов, телесная боль – 64,0 (41,0; 84,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (42,0; 65,0) баллов, жизненная активность – 50,0 (35,0; 65,0) баллов, социальное функционирование – 62,5 (50,0; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 0 (0; 100,0) баллов и психическое здоровье – 64,0 (44,0; 76,0) баллов.

У мужчин после инсульта установлены следующие баллы оценки качества жизни: физическое функционирование – 55,0 (40,0; 85,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 50,0) баллов, телесная боль – 71,0 (42,0; 100,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (42,0; 65,0) баллов, жизненная активность – 52,5 (40,0; 70,0) баллов, социальное функционирование – 62,5 (50,0; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 16,7 (0; 100,0) баллов и психическое здоровье – 68,0 (44,0; 76,0) баллов.

У женщин после инсульта выявлены указанные параметры оценки качества жизни: физическое функционирование – 25,0 (20,0; 50,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 0) баллов, телесная боль – 41,0 (41,0; 74,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (45,0; 60,0) баллов, жизненная активность – 42,5 (30,0; 57,5) баллов, социальное функционирование – 62,5 (37,5; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 0 (0; 66,7) баллов и психическое здоровье – 56,0 (42,0; 72,0) баллов.

При сравнении показателей качества жизни у мужчин и женщин установлена значимая разница по такому параметру как физическое функционирование ($p = 0,05$) с более низким уровнем у женщин. По такому показателю как телесная боль выявлена тенденция к различию показателей с более выраженным болевым синдромом у женщин ($p = 0,08$).

По остальным параметрам статистически достоверной разницы получено не было.

Выводы

Таким образом, выявлено гендерное различие таких параметров качества жизни как физическое функционирование и телесная боль, с худшими показателями у женщин в

виде более выраженного болевого синдрома и плохого физического функционирования. Это необходимо учитывать при проведении медицинской реабилитации с подбором индивидуальной программы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евтушенко, С. К. Новые факторы риска развития инсульта у лиц молодого возраста / С. К. Евтушенко, Д. А. Филимонов, И. С. Евтушенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – № 115(12–2):3–12. – С. 1–6.
2. Клинико-anamнестические данные, влияющие на исход реабилитации в виртуальной реальности у пациентов, перенесших церебральный инсульт / М. А. Шурупова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2021. – № 121(12–2) – С. 33–40.
3. Применение технологии виртуальной реальности для лечения болевого синдрома у детей / М. А. Шурупова [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2020. – № 4 – С. 19–29.

УДК 616.89-008.46/47-052:616.831-005.8

А. А. Горшкова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Введение

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое вызывает повреждение и гибель ткани головного мозга (нервных клеток). Инсульт еще называют сосудистой катастрофой, которая возникает в результате нарушения анатомического строения сосудов или вследствие других сосудистых заболеваний.

Инсульт является второй наиболее распространенной в мире причиной смерти после ишемической болезни сердца и основной причиной приобретенной инвалидности во взрослом возрасте, причем более половины пациентов остаются физически зависимыми после инсульта и примерно две трети имеют остаточный неврологический дефицит через пять лет после инсульта [1, 2].

Под термином «когнитивные» (познавательные), как правило, подразумеваются наиболее сложные функции головного мозга, участвующие в процессе рационального познания мира [3, 4]. К когнитивным функциям относится память (способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить нужную информацию), речь (способность к вербальной коммуникации как в устной, так и в письменной форме), праксис (способность приобретать, сохранять и использовать какие-либо двигательные навыки), гнозис (способность распознавать и интегрировать чувствительные образы различных модальностей), а также управляющие функции (способность контролировать свою познавательную деятельность и поведение). К управляющим (регуляторным, исполнительным) функциям тесно примыкает понятие «интеллект», суть которого в узком смысле заключается в способности к вынесению суждений и логических умозаключений. Нередко в качестве самостоятельной функции также выделяют внимание, произвольное и непроизвольное.

Проблема цереброваскулярной патологии, а особенно ишемического инсульта, является весьма актуальной. В Беларуси заболеваемость инсультами в 2–2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25–30 % пациентов, к

концу первого года жизни – больше половины. Среди выживших до 80 % пациентов, в той или иной степени нуждаются в посторонней помощи из-за параличей, нарушения координации, речи. Лишь 20 % возвращаются к прежней работе.

Цель

Определить наличие когнитивных нарушений у пациентов постинсультного отделения.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе отделения медицинской реабилитации неврологического профиля УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Обследованы 25 пациентов (средний возраст $61,7 \pm 12,02$ лет), из них 18 мужчин (72 %) и 7 женщин (28 %) с инфарктом головного мозга различной локализации. Для уточнения нарушений когнитивных функций пациентам проводилось тестирование с помощью следующих опросников – Mini mental state examination (MMSE). Тест состоит из 11 заданий, за правильный ответ на которые присваивается определенное количество баллов. Результаты тестирования получаются путем сложения полученных результатов по каждому из пунктов. Максимально в данном тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат, тем больше выражен когнитивный дефицит: 28–30 – нет нарушений когнитивных функций; 24–27 – преддементные когнитивные нарушения; 20–23 – деменция легкой степени выраженности; 11–19 – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 – тяжелая деменция.

Также пациенты заполняли Монреальскую шкалу когнитивной оценки (MoCA), специально разработанную для пациентов с сосудистыми когнитивными нарушениями. Она оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше.

В обследование входила также батарея лобной дисфункции (FAB, Frontal Assessment Battery), результаты которой могут варьировать от 0 до 18 баллов; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям. О лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE. При деменции альцгеймеровского типа легкой степени снижается прежде всего показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). При умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижаются как показатель MMSE, так и показатель FAB.

Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При выполнении MMSE средний балл опросника составил 24,0 (22,0; 27,0), что соответствует преддементным когнитивным нарушениям. Не было когнитивных нарушений у 6 пациентов (24 %), преддементные когнитивные нарушения выявлены в 10 случаях (40 %), деменция легкой степени выраженности установлена в 6 случаях (24 %), а деменция умеренной степени выраженности наблюдалась у 3 пациентов (12 %).

Медиана Монреальской шкалы когнитивной оценки у пациентов после инсульта равнялась 21,0 (18,0; 24,0), что также было значимо ниже нормы. При этом показатели ниже нормальных зарегистрированы у 21 пациента, что составило 84 % опрошенных.

Опросник FAB показал медиану балла, которая равнялась 16,0 (14,0; 17,0) и являлась также ниже нормы, но снижение балла данного опросника не было столь значимо как в случае MoCa теста.

Выводы

Таким образом, после перенесенного нарушения мозгового кровообращения когнитивные нарушения зарегистрированы в 84 % случаев по результатам МоСа теста и в 76 % случаях по данным MMSE. Показатели шкалы FAB изменялись в меньшей степени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдей, Г. М. Когнитивные нарушения у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде / Г. М. Авдей // Неврология и Нейрохирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 2. – С. 11–3.
2. Авдей Г. М. Цереброваскулярная патология и инсульт. Сообщение I. Мед новости. 2008;3:18-2.
3. Деменции / Н. Н. Яхно [и др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 272 с.
4. Захаров, В. В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.

УДК 616.833.17

А. В. Громыко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Введение

Невропатия лицевого нерва является заболеванием периферической нервной системы, основные синдромы которого, независимо от уровня поражения, представлены прозопарезом и прозоплегией. Эти расстройства приводят к органическим, эстетическим и функциональным нарушениям. Поражение лицевого нерва приводит к асимметрии лица пациента, заметная в покое и резко усиливающаяся при мимических движениях, сглаженности на стороне поражения кожных складок, упущению угла рта, глазная щель становится шире, при зажмуривании век глаз не закрывается, а глазное яблоко отходит вверх и кнаружи, при этом становится видна белая полоска склеры, снижен надбровный и роговичный рефлекс [1].

Данное патологическое состояние характеризуется затяжным течением болезни с неполным восстановлением прозопареза с формированием косметического дефекта, также возможными рецидивами и осложнениями с появлением синкинезий или контрактур мимических мышц.

Цель

Изучить особенности течения и эффективность лечения невропатии лицевого нерва.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 25 пациентов, находившихся на лечении в неврологических отделениях 1 и 2 учреждения здравоохранения «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» за период 2016 и 2019 годов с диагнозом невропатия лицевого нерва. Изучены пол и возраст пациентов, клиническая картина, степень повреждения, результат лечения, связь с временем года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения MS Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проанализированы истории болезней 25 пациентов находящихся на стационарном лечении. Разделение по полу в исследуемой группе следующее: 11 (44 %) мужчин и 14 (56 %) женщин. Средний возраст пациентов составил 58,6 лет.

Распределение пациентов по возрастным группам показало: пациенты молодого возраста составили 28 %, среднего возраста 12 %, пожилого возраста 44 %, старческого возраста 12 %.

В анамнезе из 25 пациентов с невropатией лицевого нерва у 3 (12 %) отмечалось повторное поражение лицевого нерва.

При поступлении в стационар у 8 (32 %) пациентов установлена легкая степень тяжести, у 4 (16 %) и 13 (52 %) пациентов умеренная и тяжелая степень соответственно. В 52 % случаев отмечалось правостороннее поражение лицевого нерва, в 44 % левостороннее, и у 4 % двухстороннее.

Для 28 % пациентов характерен положительный симптом Белла на стороне поражения. У 5 (20 %) отмечается такой симптом как невозможность нахмурить лоб. В исследуемой выборке для 8 (32 %) пациентов характерна сглаженность носогубной складки, для 5 (20 %) – опущение уголка рта. Онемение в лице присутствовало у 5 (20 %).

У 6 (24 %) наблюдалось нарушение речи. Симптом «паруса» установлен у 4 (16 %) пациентов.

Лагофтальм отмечался у 10 (40 %) пациентов, слезотечение у 8 (32 %).

Также отмечена сезонность заболеваемости. Пик заболеваемости приходится на май 24 %, июль и август по 12 % соответственно.

Выводы

В ходе проведенного исследования были установленными следующие выводы: данная патология наиболее часто встречается у лиц старческого возраста, имеет рецидивирующее течение, также отмечается сезонность заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболевания тройничного и лицевого нервов: учеб. пособие / сост. : Т. Р. Мирсаев, Ф. З. Мирсаева. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018. – 105 с.

УДК 616.831-005.8-06:

А. В. Демьянцева

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БУЛЬБАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

Одним из тяжелых проявлений острого нарушения мозгового кровообращения являются бульбарные расстройства.

Бульбарные расстройства включают: нарушение речи – дизартрию, и нарушение акта глотания – дисфагию (нарушение глотания). Данные проявления реализуются за счёт поражение нервов, ответственных за артикуляцию, а также периферического паралича или пареза мышц языка, мягкого нёба, глотки, надгортанника, гортани.

Бульбарные расстройства связаны с поражением ядер, корешков или периферических отделов бульбарной группы черепно-мозговых нервов. Для бульбарной дизартрии характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в

единый щелевой звук; звуки не дифференцируются между собой. Типичны назализация тембра голоса, дисфония или афония [1].

Наблюдается частое поперхивание жидкой пищей, зачастую пациенты не способны адекватно выполнить глотательное движение. В результате у данных пациентов слюна скапливается в полости рта, вытекает из углов ротовой полости.

Нарушение глотания является одним из наиболее частых и тяжелых клинических проявлений мозгового инсульта. Дисфагия обуславливает развитие аспирации пищи, что может приводить к развитию аспирационных пневмоний и повышает риск летального исхода. Более 2/3 случаев аспирации протекают клинически незаметно и выявляются уже на стадии аспирационной пневмонии («немая», «тихая» аспирация) [2].

Распространенность дисфагии в раннем постинсультном периоде, по данным международных эпидемиологических исследований, составляет от 19,7 до 63 % (таблица 1) [3].

Таблица 1 – Распространенность дисфагии в раннем постинсультном периоде

Источник	Всего пациентов	Время после развития инсульта	Число пациентов с дисфагией, %
G. Mann и соавт., 1999, Австралия	128	1–10 дней	64
M. Gosney и соавт., 2006, Великобритания	203	1–7 дней	29
G.C. Remesso и соавт., 2011, Бразилия	596	1–14 дней	19,7
A.F. Varoni и соавт., 2012, Бразилия	212	1–5 дней	63
R. Terre и F. Mearin, 2006, Испания	28	3 мес.	46

Цель

Провести анализ частоты встречаемости и видов бульбарных расстройств у пациентов с инфарктом головного мозга различной локализации.

Материал и методы исследования

Методической основой исследования стало выборочное единовременное наблюдение. Обследованы 27 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,5$ лет)), из них 16 мужчин (59,3 %) и 11 женщин (40,7 %) с инфарктом головного мозга различной локализации, находящихся на лечении в неврологическом отделении № 1 УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ».

Для дифференцировки вариантов нарушений глотания оценивался ряд параметров:

1. Способность пациента широко открыть и закрыть рот (при 3–5-м вариантах выявляется весь спектр нарушений – от тризма до вялого отвисания нижней челюсти).

2. Способность проглотить слюну, скапливающуюся во рту, оцениваются также объем движения щитовидного хряща и напряжение диафрагмы рта как важное внешнее проявление полноценности акта глотания.

3. Полость рта и ротоглотки должна быть свободна от слюны и мокроты (для 3–5-го вариантов бульбарных нарушений характерно обилие секрета в ротоглотке, истечение слюны изо рта, даже через наружные носовые ходы при параличе мышц мягкого неба).

4. Объем движений языка, который отражает сохранность функции подъязычного нерва, иннервирующего *m. genioglossus* и *m. thyrohyoideus*, обеспечивающих закрытие входа в гортань надгортанником. При 3–5-м варианте пациент обычно не может выдвинуть язык за линию зубов, что свидетельствует о грубых нарушениях глотания.

5. Реакцию пациента на интубационную трубку. Отсутствие этой реакции свидетельствует о грубом нарушении чувствительности слизистой оболочки ротоглотки и входа в гортань, приводящей к нарушению глотания.

6. Реакцию на санацию трахеи. Отсутствие кашля на введение санационного катетера свидетельствует о снижении чувствительности слизистой оболочки трахеи.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении обследования нарушение способности широко открыть и закрыть рот в той или иной степени наблюдалось у 24 пациентов (92,3 %). Нарушение свободного глотания слюны, которая скапливается во рту, было выявлено в 14 случаях (53,8 %). У 12 пациентов (46,2 %) наблюдалось скопление слюны в ротоглотке, истечение слюны изо рта. При этом снижение объема движений языка возникло у 13 пациентов (50 %). Пациенты, вошедшие в обследование, не были интубированы, поэтому реакция на интубационную трубку и санацию трахеи не проверялась.

Выводы

Таким образом, у большинства пациентов с инфарктом головного мозга имеются нарушения глотания той или иной степени выраженности (92,3 %). У половины обследованных пациентов выявлено нарушение свободного глотания слюны, скопление слюны во рту и снижение объема движений языка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нарушения речи и их коррекция у пациентов после инсульта / О. В. Курушина [и др.] // Медицинский совет. – 2017. – № 5. – С. 28-31.
2. Сорокин, Ю.Н. Нарушения глотания при инсультах. 1. Особенности клинических проявлений / Ю. Н. Сорокин // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 3 (66). – С. 135–138.
3. Громова, Д.О. Нарушения глотания после инсульта / Д. О. Громова, В. В. Захарова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 4. – С. 50–56.

УДК 616.851-08:618.3

А. А. Жогаль¹, М. В. Смирнова², М. Е. Кулицкая²

*Научные руководители: д.м.н., доцент Ю. А. Лызикова;
старший преподаватель В. С. Смирнов*

¹ *Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

² *Учреждение здравоохранения*

«Гомельская городская клиническая больница № 2»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОРЕИ БЕРЕМЕННЫХ

Введение

Хорея беременных – термин для обозначения хореи любой причины, начинающейся во время беременности. Она представляет собой непроизвольное ненормальное движение, характеризующееся резкими, краткими, неритмичными и неповторяющимися движениями любой конечности [1].

Хорея беременных редкое осложнение беременности с частотой 326 случаев на 100 тыс. беременностей. Предрасполагающими факторами могут стать наследственность, наличие в анамнезе острой ревматической лихорадки, системной красной волчанки, либо прием лекарственных препаратов, таких как эстрогенсодержащие оральные контрацептивы, наркотические психостимуляторы.

В основе патогенеза данного заболевания лежит повышение уровня эстрогена, которое вызывает органическое поражение дофаминэргических структур центральной нервной системы [2, 3].

Цель

Описание клинического случая хорей беременных.

Материал и методы исследования

В данном исследовании использовались выписки из истории болезни, данные лабораторных и инструментальных исследований, результаты консультаций смежных специалистов пациентки с хореей беременных.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Е., 1999 года рождения, в июне 2022 года госпитализирована на сроке 24–25 недель беременности в ГКБ с жалобами на насильственные движения в правой руке, постепенно присоединился гиперкинез в левой руке и ногах.

Анамнез заболевания: первые симптомы появились за месяц до обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни: росла и развивалась в соответствии возрасту. Из заболеваний: ВПС: ДМПП динамически незначимый, регургитация МК 1 ст., ТК 1 ст., ЛА 1 ст., Н1, миопия средней степени с астигматизмом, эктопия шейки матки. В 2020 году была проведена операция по иссечению пресакральной кисты. За месяц до появления первых симптомов переболела гайморитом.

Наследственность отягощена – мать болеет шизофренией. Аллергический анамнез: аллергия на пентоксифилин. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит – отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 156 см, вес – 61 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 25. Температура тела 36,6 °С.

Кожные покровы обычной окраски, сухие, чистые. Лимфатические узлы не увеличены, подвижные, эластичные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочной. Пульс 74 в минуту, ритмичный, наполнение удовлетворительное. Артериальное давление 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Границы относительной тупости не расширены. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, увеличен за счет беременной матки. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное. Отеков нет. Стул нормальный.

Неврологический статус. Состояние ясное, ориентирована верно, снижено внимание. ЧН: зрачки D=S, средней живости. Лицевая мускулатура симметрична. Глотание не нарушено. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус дистоничен. Сухожильно-периостальные рефлексy с верхних и нижних конечностей D=S, средней жесткости. Патологических знаков нет. Менингеальных знаков нет. Нарушение чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Периодически произвольные хорейподобные движения рук, больше справа. Периодически произвольные хорейподобные движения ног и мимической мускулатуры лица.

Дифференциальный диагноз: гепатолентикулярная дегенерация, хорей Гентингтона, энцефалит.

Обследование.

Общий анализ крови: СОЭ: 30 мм/час; WBC: 17,3 10⁹/л; RBC: 4,16 10¹²/л; Hb: 121 г/л; HCT: 0,37; MCV: 91 фл; MCH: 29 пг; PLT: 213 10⁹/л; нейтрофилы: палочкоядерные: 4 %; сегментоядерные: 76 %; эозинофилы: 0 %; моноциты: 4 %; лимфоциты: 16 %.

Биохимия крови: общий белок: 61,8 г/л; мочеви́на: 2,8 ммоль/л; креатинин: 64 мкмоль/л; церулоплазмин: 92 мг/л; билирубин общий: 6,7 мкмоль/л; АлАТ: 36 ЕД/л; АсАТ: 29 ЕД/л; щелочная фосфатаза: 276 ЕД/л; медь: 37,6 мкмоль/л; глюкоза: 4,2 ммоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ: 26,1 сек; ПТИ: 1,21 %; МНО: 0,83; фибриноген: 4,75 г/л.

Общий анализ мочи: цвет: соломенно-желтый; прозрачная; реакция кислая; относительная плотность: 1013; белка нет; глюкозы нет; эпителий плоский: 2–4; эритроциты: единичные; лейкоциты: 1–2.

Кровь на медь: 1729,78 мкг/л.

Моча на медь, цинк: медь: 32,20 мкг/сут; цинк: 371,76 мкг/сут.

Исследование спинномозговой жидкости: бесцветная, прозрачная, общий белок: 0,047 г/л; глюкоза: 1,9 ммоль/л; цитоз: 2,6 10⁶/л.

МРТ головного мозга. Заключение: патологических объемных образований в веществе головного мозга не выявлено. Единичные мелкие очаги в белом веществе левой лобной доли и перивентрикулярно.

ЭЭГ: умеренные диффузные изменения ЭЭГ в виде дезорганизации и замедления коркового ритма. Неустойчивость функционального состояния головного мозга, обусловленная засыпанием. Специфическая эпилептиформная активность не зарегистрирована.

Молекулярно-генетическая диагностика хорей Гентингтона: по результатам ДНК-анализа экспансия CAG повторов в гене IT15, являющаяся причиной развития хорей Гентингтона, не выявлена.

Консультация врача-офтальмолога: Ангиопатия сетчатки. Миопия средней степени. Сложный миопический астигматизм. Колец Кайзера – Флешнера не выявлено.

Консультация врача-психотерапевта: легкое снижение когнитивных функций по смешанному типу на фоне лабильного внимания, элементы акалькулии.

Анализ на Лайм-Боррелиоз: на сроке 24 недели титр антител составил 1:256. Через месяц был взят повторный анализ, результат – отрицательный.

УЗИ щитовидной железы: без эхоструктурных изменений.

Анализ крови на АФС: нет данных за присутствие ВА.

Серологический анализ крови на антитрепонемные антитела ИФА: отрицательно.

Течение беременности. Беременность первая, брак не зарегистрирован, прегравидарную подготовку не проходила.

На учет по беременности стала в 10 недель, регулярно посещала врача, выполняла назначения. Общая прибавка веса за беременность составила 10 кг. До появления жалоб на гиперкинезы принимала препараты магния и железа.

В 21–22 недели госпитализирована в стационар с диагнозом угрожающие преждевременные роды, когда впервые дебютировали гиперкинезы, о которых пациентка не сообщала.

С 22 недель диагностировано нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А у плода, сохраняющееся до конца беременности. Неоднократно госпитализировалась в стационары городского, областного и республиканского уровня.

С 34 недель, при проведении ультразвукового исследования плода, установлен диагноз внутриутробной задержки развития плода 1–2 степени.

В 37–38 недель госпитализирована в РНПЦ «Мать и дитя» для лечения хронической фетоплацентарной недостаточности и родоразрешения. В 39 недель 5 дней развилась самостоятельная родовая деятельность, роды завершились через естественные родовые пути рождением живого доношенного ребенка мужского пола весом 2470 г. В первые сутки диагностирована внутриутробная пневмония, на 7 сутки мать и ребенок выписаны домой в удовлетворительном состоянии. В 2 месяца при проведении ЭХО-КГ обнаружено функционирующее овальное окно, рекомендован ультразвуковой контроль в динамике в 6 месяцев. Растет и развивается в соответствие с возрастом.

Лечение хорей ограничивалось симптоматической терапией.

Катамнез через 6 месяцев – рецидива гиперкинезов не отмечено. Жалоб нет. У невролога не наблюдается в связи с уходом за ребенком.

Кратковременный катамнез на данном этапе не подтвердил прогрессирование заболевания. Тем не менее, данный клинический случай требует дальнейшего динамического наблюдения.

Выводы

В связи с редкостью данного заболевания, узким специалистам необходимо тщательно подходить к осмотру таких пациентов из-за повышенных рисков для матери и плода. Появление симптоматики хорей беременных требует клинической настороженности и проведения дифференциальной диагностики с такими патологиями как гепатолентикулярная дегенерация, хорей Гентингтона, энцефалит, системная красная волчанка, тиреотоксикоз, нейросифилис, антифосфолипидный синдром. Несвоевременное обращение и начало этиотропной терапии может привести к тяжелым последствиям. Применение мультисистемного подхода к ведению пациентки с данной патологией привело к благоприятному исходу беременности для матери и плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Movement disorders and pregnancy: a review of the literature / S. M. Kranick [etc.] // *Mov Disord.* – 2010. – № 25 – P. 665–671.
2. Современные аспекты диагностики и лечения хорей беременных / В. В. Ткач [и др.] // *Научное обозрение. Медицинские науки.* – 2022. – № 4 – С. 41–45.
3. Хорей беременных. Клинический случай / О. Ю. Циплугина [и др.] // *Научный вестник здравоохранения Кубани.* – 2018. – № 3 – С. 43–68.

УДК 617.761.1-08

В. В. Кавецкая, А. Д. Кавецкий

Научный руководитель: ассистент Д. А. Ярмолович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республики Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРКУСА ГУННА

Введение

Синдром Маркуса Гунна является одним из редких заболеваний, диагностируемым в детском возрасте. Встречается у 3–5 % детей, которые родились с врожденным птозом верхнего века. В г. Гомель выявлен впервые.

Впервые заболевание было описано в 1883 году лондонским офтальмологом Маркусом Робертом Гунном у 15-летней девочки и носит его имя. К основным проявлениям синдрома относятся птоз верхнего века и синкинезия – произвольный подъем верхнего века при произвольных движениях нижней челюсти. Синкинезии появляются при открывании рта, движениях нижней челюсти в противоположную или ту же сторону, при стискивании зубов, выдвигании челюсти вперед и движениях губами. Степень выраженности птоза и синкинезии варьирует в широких пределах [1].

Синдром Маркуса Гунна – это аутосомно-доминантное заболевание с неполной пенетрантностью. Так же известен как синдром «подмигивания челюстью». Этиопатогенез заболевания до конца не ясен, однако считается, что это явление неправильного направления нервов, при котором волокна двигательного отдела тройничного нерва врожденно неправильно направлены в верхнюю крыловидную мышцу и мышцы-леваторы. Это было продемонстрировано при электромиографических исследованиях. Феномен подмигивания может быть вызван открытием рта, отведением челюсти в противоположную сторону, выпячиванием челюсти, жеванием, улыбкой или сосанием.

Существует мнение, что опущение нижней челюсти имеет тенденцию к улучшению с возрастом, и это может быть причиной того, что оно редко наблюдается у взрослых. Заболевание почти всегда одностороннее, обычно поражает левую сторону и примерно в 80 % случаев связано с недостаточной активностью ипсилатеральной верхней прямой мышцы [2].

Цель

Оценить клинические проявления синдрома Маркуса Гунна у ребенка, находящегося на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ).

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни с диагнозом синдром Маркуса Гунна в неврологическом отделении новорожденных в УЗ «ГОДКБ».

Результаты исследования и их обсуждение

Ребенок, родившийся 16 декабря 2022 года, наблюдался в неврологическом отделении новорожденных в УЗ «ГОДКБ».

Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии, вагинита, венозного расширения вен. Роды вторые срочные. Наследственность не отягощена. Масса тела при рождении 3380 г., по Апгар 8/8 баллов. В раннем неонатальном периоде: подергивание верхнего века при сосании с первых суток. Ребенок лечение не получал.

Объективный статус средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики, кожные покровы чистые, бледно-розовые, субиктеричный оттенок лица. Тоны сердца ритмичные, звучные, частота сердечных сокращений 135 ударов в минуту. Живот мягкий, печень увеличена на 1 см.

В локальном статусе при поступлении черепные нервы без очаговых знаков, при сосании отмечается синхронное движение левого века, непостоянный синдром Грефе слева. Сосательный и поисковый рефлекс и верхний хватательный рефлекс усилены, рефлекс Моро 1 фаза. Рефлекс защиты, рефлекс опоры, рефлекс автоматической ходьбы и рефлекс Бауэра сомнительные. Мышечный тонус повышен. Большой родничок 1 см. Разведение бедер не затруднено.

С целью уточнения диагноза было проведено лабораторно-инструментальное обследование.

В общем анализе крови обнаружены бактерии. Патогенных энтеробактерий не обнаружено. В биохимическом и общем анализах крови патологии не было выявлено.

Была проведена консультация врача-офтальмолога, где был выявлен OS-блефароптоз, отмечалось самопроизвольное приподнимание верхнего века при сосании, замечено с рождения.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) тазобедренных суставов выявлена физиологическая задержка развития правого тазобедренного сустава.

При нейросонографии (НСГ) эхоскопически патологии не выявлено.

На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) наблюдается низкоамплитудная прерывистая активность с преобладанием колебаний тета- и дельта-диапазона в задневисочных и затылочных отделах максимальной амплитудой до 19 мкВ. Клинические события не зафиксированы. Четкой эпилептиформной активности за время исследования не выявлено.

По результатам электрокардиограммы (ЭКГ) были выявлены признаки перегрузки правого желудочка.

На основании клинического осмотра и жалоб был выставлен диагноз: синдром Маркуса Гунна.

При повторном обследовании через 6 недель после выписки было проведено объективное обследование: крик средней силы, на осмотр реагирует, при сосании отмечается

синхронное движение левого века, спонтанная двигательная активность удовлетворительная. Сосательный и поисковый рефлекс и верхний двигательный положительные, спонтанный рефлекс Моро 1 фаза. Рефлекс защиты, рефлекс опоры и рефлекс автоматической ходьбы сомнительные. Рефлекс Бауэра положительный. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Большой родничок 2,0 × 2,0 см. Патологической установки нет. При нейросонографии мозговое вещество и желудочковая система без особенностей.

При повторном обследовании уже через 11 недель после выписки заключение ЭЭГ было таково: биоэлектрическая активность головного мозга соответствует возрасту, пароксизмальный и эпилептиформной активности на момент исследования не зарегистрировано. НСГ без патологий.

Выводы

Синдром Маркуса Гунна является редким заболеванием, требующим особого подхода и специальных знаний медицинского персонала. Особенностью данного синдрома является ранняя клиническая диагностика и молекулярно-генетическая верификация, с целью улучшения качества жизни пациента. Раннее диагностирование позволяет предотвратить возможные осложнения, а также использование хирургической коррекции синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gun, R. M. Congenital ptosis with peculiar associated movements of the affected lid / R. M. Gun // Trans Ophthal Soc UK. – 1883. – № 3. – P. 283–287.
2. Pandey, M. Abnormal oculocardiac reflex in two patients with Marcus Gunn syndrome / M. Pandey // J. Anaesthesiol Clin Pharmacol. – National Library of Medicine. – 2011. – P. 27(3).

УДК 616.831-005.8-039.74: [316.774:378.6-057.875]

Я. В. Кикинёва

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ГОМГМУ ОБ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Введение

«Терапевтическое окно» при инсульте, то есть время, в течение которого оказанная помощь эффективна, длится 4,5 часа, поэтому помощь пострадавшим должна быть оказана как можно раньше. Представляет интерес проанализировать, насколько студенты ГомГМУ осведомлены о правильном оказании первой помощи при инсульте [1, 2, 3].

Цель

Определить уровень осведомленности студентов ГомГМУ о правилах оказания первой помощи при инсульте, а также выявить самые распространенные заблуждения, касающиеся данного вопроса.

Материал и методы исследования

Аналитический: обзор научной литературы; статистический: анкетирование с использованием приложения Google Формы. Были опрошены 52 студента ГомГМУ.

Результаты исследования и их обсуждение

Сначала было проверено знание алгоритма FAST. Так, о том, что при инсульте опускается угол рта при попытке улыбнуться, знали 98,1 % опрошенных, что опускается одна из рук, поднятых горизонтально – 86,5 %, что речь становится невнятной – 96,2 %, что

что вызывать первую помощь нужно сразу, не откладывая – 98,1 %. Таким образом, о том, как распознать инсульт студенты знали достаточно хорошо.

Следующие вопросы касались собственно помощи пострадавшему. Так, о том, что пострадавшему нельзя давать есть и пить, знают 94,2 % опрошенных. Однако о том, что голову пострадавшего нужно повернуть набок, чтобы он не захлебнулся рвотными массами (оказывающий помощь не может знать, что именно стало причиной болезненного состояния), осведомлены только 50 %. О том, что нельзя давать лекарства (опять же, оказывающий первую помощь может лишь предполагать, что у человека инсульт), знают только 67,3 % респондентов.

На вопрос о правильном положении пострадавшего (лежа с приподнятым головным концом кровати) верно ответили лишь 53,8 % студентов.

Выводы

Данное исследование выявило, что в целом студенты ГомГМУ достаточно осведомлены о вопросах оказания первой помощи. Однако о том, как распознать инсульт, студенты знают лучше, чем о правилах оказания первой помощи. Чаще всего студенты заблуждались в вопросах о том, можно ли поворачивать голову пациента набок, можно ли давать лекарства и о правильном положении его тела.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учебник для студентов 4–6 курсов лечеб., педиатр., медико-диагн. факультетов мед. вузов, клин. ординаторов, аспирантов и начинающих неврологов / В. Я. Латышева, Б. В. Дривоинов, М. В. Олизарович. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 440 с.
2. Неврология и нейрохирургия: учебно-метод. пособие к практическим занятиям для студентов 4 курса лечеб. факультета, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран и 5 курса медико-диагн. факультета мед. вузов / В. Я. Латышева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 152 с.
3. Латышева, В. Я. Краткий курс лекций по неврологии и нейрохирургии: учеб.метод. пособие для студентов 4 курса мед.-профилактич.и мед.-диагн. фак-тов / В. Я. Латышева, Е. А. Гуцева, О. А. Светляк. – Гомель: ГГМУ, 2009. – 81 с.

УДК 616.8-08:615.28

А. А. Кухарева

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Введение

Химиотерапия является одним из ведущих методов лечения злокачественных опухолей. Многие современные цитостатики вызывают проявления нейротоксичности, требующие модификации доз, отсрочки очередных циклов терапии и даже полного прекращения лечения [1]. Нейротоксичность является одним из специфических системных осложнений химиотерапии, затрагивающих как качество жизни онкологических пациентов, так и саму возможность проведения жизненно важного противоопухолевого лечения [2]. Одним из таких осложнений является возникающая после химиотерапии полинейропатия (ХПН). Степень выраженности ХПН находится в прямой зависимости от кумулятивной дозы химиопрепарата и применяемой схемы лечения [3].

Полинейропатия – системное заболевание периферической нервной системы, которое характеризуется диффузным поражением периферических нервных волокон, входя-

щих в состав различных нервов, и поэтому проявляется относительно симметричной симптоматикой [4]. Особенностью проявления постхимио-терапевтической полинейропатии, в отличие от других видов полинейропатий, является преимущественное вовлечение чувствительных и вегетативных волокон, зависимость от дозы и вида химиопрепаратов, ослабление симптомов после отмены вызвавшего ее агента [5].

Ранняя профилактика и коррекция осложнений химиотерапии являются обязательным условием адекватного лечения онкологических пациентов.

Цель

Выявить особенности течения полинейропатии после перенесенной химиотерапии.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинской документации 30 пациентов, в том числе 15 (50 %) женщин и 15 (50 %) мужчин, находившихся под наблюдением в УЗГГП № 1 г. Гомеля у врача невролога. Всем обследуемым был установлен диагноз полинейропатия и ее вид. Средний возраст пациентов составил 62 (49 ÷ 67) года. В исследование не были включены пациенты с ранее установленным диагнозом полинейропатия любого генеза. Пациенты были разделены на 4 группы по онкологическому заболеванию: рак молочной железы – 5 (16,7%), рак яичников – 9 (30%), рак предстательной железы – 7 (23,3%), нейробластома – 9 (30%). Пациенты всех групп при сравнении по ANOVA не имели статистически значимых различий по ИМТ, его среднее значение 22,5 (20,8 ÷ 25,6). Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel и Stat Tech v. 3.0.9 (разработчик: ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова – Смирнова.

В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3).

Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 – Анализ показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии»

Показатель	Категории	Вид полинейропатии			p
		моторная	сенсорная	смешанная	
Препарат	винкристин	1 (25,0)	2 (25,0)	15 (83,3)	0,004* сенсорная – смешанная = 0,017
	иматиниб	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	
	карбопластин	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	
	паклитаксел	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	
	цисплатин	1 (25,0)	2 (25,0)	1 (5,6)	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

В результате анализа показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии», были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,004$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Результат исследования свидетельствует, что у пациентов, проходивших курс химиотерапии препаратом винкристин развилась преимущественно 83,3 % смешанная поли-

нейропатия. Сенсорная полинейропатия развилась в результате лечения паклитакселем в 37,5 % случаев.

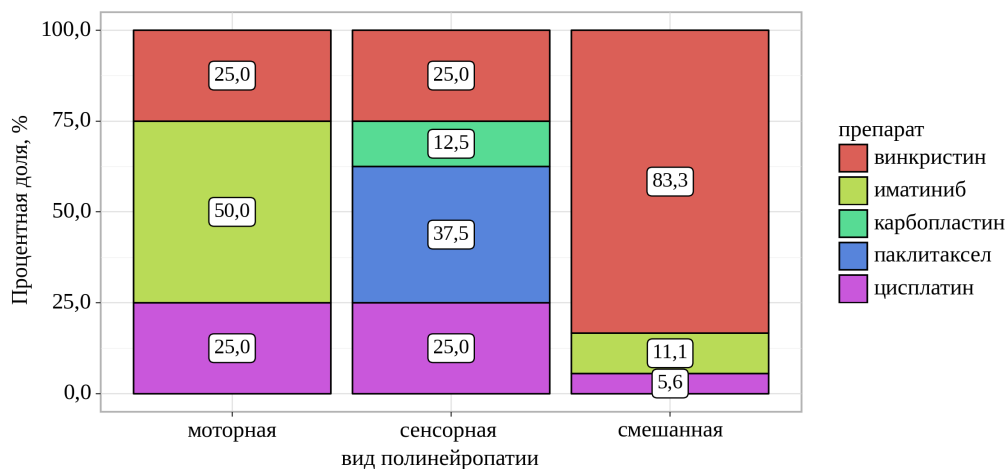


Рисунок 1 – Анализ показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии»

Был проведен анализ показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология».

Таблица 2 – Анализ показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология»

Показатель	Категории	Время проявления			p
		Ме	Q ₁ –Q ₃	n	
Онкопатология	нейробластома	3	3–3	9	0,009* Рак предстательной железы – нейробластома = 0,012 Рак яичников – рак предстательной железы = 0,018
	рак молочной железы	3	3–3	5	
	рак предстательной железы	1	1–2	7	
	рак яичников	3	3–4	9	

* – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

Согласно представленной таблице при анализе показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология», были выявлены существенные различия (p = 0,009) (используемый метод: Критерий Краскела – Уоллиса).

Результат исследования свидетельствует о том, что проявления полинейропатии индуцированной химиотерапией у пациентов с раком предстательной железы отмечаются раньше, в промежутке первого месяца, чем при других онкологических патологиях. В среднем время проявления полинейропатии составляет 2,75 месяца.

Выводы

Таким образом у пациентов, проходивших курс химиотерапии препаратом винкристин развилась преимущественно 83,3 % смешанная полинейропатия. Сенсорная полинейропатия развилась в результате лечения паклитакселем у 37,5 % пациентов, принимающих данный препарат. Проявления полинейропатии индуцированной химиотерапией у пациентов с раком предстательной железы отмечаются раньше, в промежутке первого месяца, чем при других онкологических патологиях. Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы, требующей дальнейшего изучения на большей выборке пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cavaletti, G. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity / G. Cavaletti, P. Marmioli // Nat. Rev. Neurol. – 2010. – № 6(12). – P. 657. – doi: 10.1038/nrneurol.2010.160.

2. Данилов, А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов. – М.: Боргес, 2007: 8–51. – С. 145–181.
3. Argyriou, A. A. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): an update / A. A. Argyriou, J. Bruna, P. Marmiroli, G. Cavaletti // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2012. – № 82(1). – P. 51–77.
4. Семенова, А. И. Кардио- и нейротоксичность противоопухолевых препаратов (патогенез, клиника, профилактика, лечение) / А. И. Семенова // Практическая онкология. – 2009. – № 10(3). – P. 168–76.
5. Bortezomib alters microtubule polymerization and axonal transport in rat dorsal root ganglion neurons / N. P. Staff [et al.] // Neurotoxicology. – 2013. – № 39(1). – P. 124–31.

УДК 616.831-005.8+616.133.33-005.755]-071/-078

Д. Д. Кухленкова¹, Н. И. Шаблюк¹, А. А. Корхова²

Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение здравоохранения*

«Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

При цереброваскулярных болезнях атеротромботический подтип инфаркта головного мозга диагностируется наиболее часто и составляет до 35 % от всех острых нарушений мозгового кровообращения ишемического типа [1]. В основе патогенеза причины, обусловленные атеросклерозом, атеротромбозом, артерио-артериальной тромбоэмболией, кровоизлиянием в нестабильную атеросклеротическую бляшку и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы [3]. Основным компонентом поражения сосудов головного мозга является сочетание с артериальной гипертензией, характеризующееся деструктивно-репаративными изменениями церебральных артерий, которые вызывают сужение или облитерацию просвета сосудов [4]. Следует подчеркнуть, что атеротромботический тип инфаркта головного мозга встречается на фоне сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома, патогенез которых очень тесно связан с атеросклерозом [5].

Цель

Определить изменения основных клинико-лабораторных показателей у пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга, находящихся в неврологическом отделении № 2 и отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» путем анализа индивидуальных историй болезни пациентов за 2022 г. Объект исследования – 60 пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга, которые были разделены на 2 группы: 1-я (основная) – 45 пациентов, находящихся в неврологическом отделении № 2 и 2-я (группа сравнения) – 15 пациентов, переведенных в отделение реанимации и интенсивной терапии. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016, Statistica v. 10.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов в основной группе составил 68,87 лет, в контрольной группе 68,47 лет соответственно.

Средний показатель эритроцитов у пациентов в неврологическом отделении № 2 на 10,39 % больше, чем у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии. Данный показатель можно объяснить вариабельностью агрегации форменных элементов. Эритроциты, как наиболее многочисленная фракция в кровотоке, имеют большое значение в процессах свертывания крови. Средний уровень гемоглобина у пациентов неврологического отделения № 2 больше, чем у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии на 7,97 %. Снижение концентрации гемоглобина свидетельствует о выраженном влиянии ишемического инсульта и гиподинамии на развитие анемии.

Средний показатель общего белка у пациентов в неврологическом отделении № 2 больше, чем у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии на 6,48 %. Данные результаты могут свидетельствовать о проведенной инфузионной терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Средний показатель билирубина у пациентов в отделении реанимации превышает верхнюю границу нормы и на 33,57 % больше, чем у пациентов в отделении неврологии. Вероятнее всего это можно связать с тем, что билирубин, являясь сильным антиоксидантом, отражает интенсивность развития окислительного стресса.

Средний показатель фибриногена у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии больше, чем у пациентов в неврологическом отделении № 2 на 26,74 %. Повышение концентрации фибриногена отражает остроту воспаления и дисрегуляцию гемостатического баланса и ассоциирована с выраженностью атеросклероза, развитием и исходом ишемического инсульта. Выявлено, что высокая концентрация фибриногена (более 4 г/л) является предиктором повторных тромботических осложнений, а низка (менее 2 г/л) – фактором риска гемморагических осложнений при ишемическом инсульте [2].

Таблица 1 – Анализ клинико-лабораторных данных у пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга, находящихся в неврологическом отделении № 2 и отделении реанимации и интенсивной терапии

Показатели	N	ОРИТ		Отделение неврологии		Коэф-т знач-ти (p)
		Среднее значение	Медиана	Среднее значение	Медиана	
Возраст	–	68,47	69(65÷75)	68,87	71(64÷74)	0,877
Эритроциты, 10 ¹² /л	Ж. 3,8-4,5 М. 4,4-5,0	3,88	4,01(3,41÷4,26)	4,33	4,2(3,99÷4,66)	0,005
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4-9	8,63	8,49(4,83÷12,4)	8,47	7,8(5,8÷9,87)	0,89
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	150-450	195,07	180(149÷225)	237,311	202(162÷321)	0,133
Гемоглобин, г/л	Ж. 120-140 М. 130-160	121,67	124(102÷136)	132,2	132(124÷142)	0,027
СОЭ, мм/ч	Ж. 2-15 М. 1-10	18,2	15(7÷26)	18,578	17(9÷23)	0,916
Общий белок, г/л	65-85	67,4	65(64÷72)	72,067	71(69÷74)	0,021
Мочевина, ммоль/л	2,5-8,3	7,727	7,7(4,6÷9,3)	6,673	6,3(5÷7,8)	0,29
Креатинин, мкмоль/л	62-132	109,4	93(83÷122)	99,2	92(82÷113)	0,264
Холестерин, ммоль/л	2-6,2	5,12	5,2(4,3÷5,9)	5,34	5,2(4,6÷6,3)	0,521
Глюкоза, ммоль/л	3,9-6,1	6,307	5,6(5,4÷6,8)	6,513	5,9(5,1÷6,8)	0,771
АЛТ, МЕ/л	7-40	32,2	30(24÷38)	29,53	24(20÷30)	0,568
АСТ, МЕ/л	10-30	41,73	35(27÷58)	36,02	12(27÷42)	0,189
Билирубин, ммоль/л	3,4-17,1	18,913	13(10÷18)	12,564	12(9,4÷15)	0,014
АЧТВ, с	25-35	30,947	29,9(26,9÷34,9)	30,276	29,9(26,9÷32,2)	0,638
Фибриноген, г/л	2-4	4,08	2,8(2,2÷4,4)	2,989	2,9(2,5÷3,3)	0,049

Таблица 2 – Кислородно-транспортная функция крови у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии

pH	7,35-7,45	7,336	7,37(7,25÷7,39)	7,359	7,37(7,37÷7,4)	0,577
pCO ₂ , mmHg	Веноз. 42-47	37,85	37,85(33,4÷43,9)	43,25	42,5(38,8÷45,3)	0,243
pO ₂ , mmHg	Веноз. 35-45	35,583	34,7(33,3÷36,7)	51,92	37,8(32÷39,6)	0,282
sO ₂ , %	95 и >	60,13	64,05(44,6÷72)	70,5	67,9(65,9÷78,4)	0,31
cK ⁺ , ммоль/л	3,4-5,0	3,3	3,3(3÷3,7)	3,9	3,8(3,5÷4,4)	0,086
cNa ⁺ , ммоль/л	135-145	138,83	140,5(137÷144)	147,2	148(143÷150)	0,053
cCl ⁻ , ммоль/л	98-107	106	105(103÷109)	109,3	108(108÷110)	0,085

Выводы

Достоверное снижение содержания гемоглобина указывает на более значимое угнетение гемоглобинообразования в костном мозге вследствие влияния ишемического инсульта на его, а также, относительно нормальные значения СОЭ могут говорить о подавляющей роли гиподинамии на тканевую его утилизацию. Парадоксальное повышение концентрации фибриногена у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения позволяет предположить важную роль повышенной концентрации фибриногена в прогнозе осложнений ишемического инсульта. Для более корректного суждения о влиянии острого нарушения мозгового кровообращения на изменение лабораторных показателей анализа необходимо расширить объем исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виберс, Д. Инсульт: клиническое руководство / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун. – Изд. 2-е. – М. : Диалект, 2005. – С. 608
2. Прогностическое значение фибриногена у больных с ишемическим инсультом без проведения тромболитической терапии / А. Г. Кочетов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 46–51.
3. Суслина, З. А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / З. А. Суслина, М. А. Пирадова. – М. : МЕД-пресс-информ, 2008. – С. 288.
4. Айсханов, С. К. Инсульт: виды, факторы развития, профилактика / С. К. Айсханов // Вестник современных исследований. – 2018. – Т. 26, № 11.5. – С. 245–246
5. Сергеева, С. П. Головной мозг после ишемического инсульта: клиничко-гистологическое исследование / С. П. Сергеева, А. А. Савин, Л. В. Шишкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2017. – Т. 3-2, № 117. – С. 66–70.

УДК 616.833.24-001.33-052-071.1

Е. В. Лагойкин, А. Д. Смольская

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ КОМПРЕССИЕЙ ПОЯСНИЧНЫХ НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ

Введение

Частой причиной компрессии спинальных корешков, а также, радикулотомедуллярных артерий на уровне поясничного отдела позвоночника может быть множественная дистрофическая патология, включающая выпадение грыжи межпозвонкового диска, на-

личие остеофита в просвете позвоночного канала, гипертрофию желтой связки и сосудистую патологию, в виде варикоза вен позвоночного канала [1, 2, 3].

Анализ анамнеза пациентов, страдающих множественной компрессией поясничных нервных корешков, позволит оценить сроки формирования данного компримирующего фактора и определить характер труда, провоцирующий данный процесс.

Цель

Анализ анамнеза заболевания и жизни у пациентов с множественной компрессией поясничных нервных корешков.

Материал и методы исследования

Проведен анализ стационарных карт 26 пациентов, обратившихся с множественной компрессией поясничных спинномозговых корешков к нейрохирургу Учреждения Гомельская областная клиническая больница.

Проведен анализ данных по полу и возрасту, типу трудовой деятельности, наличию сопутствующей соматической патологии. Изучен анамнез заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

Половозрастная характеристика группы пациентов с множественной компрессией поясничных нервных корешков представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Половозрастная характеристика при множественной компрессии поясничных спинномозговых корешков

Возраст, лет	Число пациентов, n	%, 95% ДИ	Пол			
			женский	%, 95% ДИ	мужской	%, 95% ДИ
20–29	2	7,7 (1,0–25,3)	1	3,9 (< 0,0001–20,5)	1	3,9 (<0,0001–20,5)
30–39	5	19,2 (8,1–38,3)	2	7,7 (1,0–25,3)	3	11,5 (3,2–29,8)
40–49	10	38,5 (22,4–57,5)	6	23,1 (10,7–42,4)	4	15,4 (5,5–34,2)
50–59	6	23,1 (10,7–42,4)	1	3,9 (< 0,0001–20,5)	5	19,2 (8,1–38,3)
60 и старше	3	11,5 (3,2–29,8)	1	3,9 (< 0,0001–20,5)	2	7,7 (1,0–25,3)
Всего	26	100	11	42,3 (25,5–61,1)	15	57,7 (38,9–74,5)

Как следует из таблицы, в исследованной группе преобладали лица от 40 до 49 лет – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно мужчины – 57,7 % (95 % ДИ (38,9–74,5)).

Городские жители составили большинство в данной группе – 22 чел. 84,6 % (95 % ДИ (65,9–94,5)), сельских жителей было 4 чел 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)).

Среди пациентов тяжелым физическим трудом занималось 8 чел. 30,8 % (95 % ДИ (16,3–50,2)), легким и умеренным физическим – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно интеллектуальную или сидячую работу выполняли 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)), 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)) обследованных не работали.

На НФТО жаловалось 2 человека 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)).

Боли в поясничном отделе позвоночника до операции беспокоили пациентов разное время: до 6 мес – 16 чел. 61,5 % (95% ДИ (42,5–77,6)), от 6 мес до 5 лет – 8 чел. 30,8 % (95% ДИ (16,3–50,2)), от 5 до 10 лет – 2 чел. 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)).

Длительность болевого синдрома с иррадиацией в ногу у обследованных пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции

Число пациентов, n %, 95% ДИ	Длительность корешковых болей до операции								
	до 1 мес	1–3 мес	3–6 мес	6 мес – 1 г.	1–3 гг.	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет	нет болей
26	3	8	5	3	2	2	1	0	2
100 %	11,5 (3,2–29,8)	38,8 (16,3–50,2)	19,2 (8,1–38,3)	11,5 (3,2–29,8)	7,7 (1,0–25,3)	7,7 (1,0–25,3)	3,9 (<0,0001–20,5)	0	7,7 (1,0–25,3)

Как видно из таблицы, корешковые боли беспокоили пациентов до операции в течение следующего времени: до 3 мес – 11 чел. 42,3 % (95 % ДИ (25,5–61,1)), от 3 мес до года – 8 чел. 30,8 % (95 % ДИ (16,3–50,2)), более года – 7 пациентов 26,9 % (95 % ДИ (13,5–46,3)).

В этой группе пациенты указали на следующие соматические заболевания: сердечно-сосудистой системы – 6 чел. 23,1 % (95 % ДИ (10,7–42,4)), желудочно-кишечного тракта – 9 чел. 34,6 % (95 % ДИ (19,3–53,9)), органов дыхания – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ < 0,0001–20,5)), женских половых органов – 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)), мужских половых органов – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ < 0,0001–20,5)), мочевыделительной системы – 2 чел. 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)), новообразования – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ <0,0001–20,5)).

Выводы

1. При оценке возрастного фактора установлено, что в исследованной группе преобладали лица от 40 до 49 лет – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно мужчины – 57,7 % (95 % ДИ (38,9–74,5)).

2. По характеру трудовой деятельности преобладали лица, занятые легким и умеренным физическим трудом, – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)).

3. Корешковые боли чаще всего беспокоили пациентов перед операцией до 3 месяцев – 42,3 % (95 % ДИ (25,5–61,1)).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. – С-Пб.: Специальная литература. – 1998. – 368 с.
2. Nathan, M. Osteophyte formation in the vertebral column: a review of the etiologic factor – Part II / M. Nathan, M. H. Pope, L. J. Grobler. – Contemporary Orthopaedics. – 1994. – № 29 (2). – P. 113–119.
3. Болевые синдромы в неврологической практике / М. В. Вейн [и др.]; под общ. ред. М. В. Вейна. – М.: МЕД пресс, 1999. – С. 93–108.

УДК 616.85-009.7-053.9

Д. П. Машлякевич, А. В. Федорович

*Научный руководитель: ассистент Ю. В. Ходькова,
к.м.н., доцент Н. Н. Усова*

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ С УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВОЙ СИНДРОМОМ

Введение

Результаты эпидемиологических исследований последних лет привлекли внимание к проблеме хронической боли у пациентов старше 60 лет [3]. Распространенность хронической боли в старших возрастных группах находится в интервале 27–86 %, что зависит от популяционной характеристики пациентов, включенных в анализ. Хронические боли – одна из самых значимых проблем пожилых людей. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), под хронической понимают боль, которая продолжается свыше 3 месяцев и сопровождается эмоциональной и социальной дезадаптацией [1]. Патогенетические механизмы хронической боли обусловлены физиологическими изменениями у лиц пожилого возраста: уменьшение количества нейротрансмиттеров, (серотонин, гаммааминомасляная кислота, норадреналин и ацетилхолин), снижение количества периферических ноцицептивных нейронов, увеличение болевого порога и сниженный синтез эндогенных опиоидов [3]. Нейропатическая боль представляет собой болевой синдром, вызванный повреждением различных отделов соматосенсорной нервной системы (ее периферических и/или центральных отделов) [1]. По локализации и видам боли у пожилых людей наиболее распространенными являются боли в пояснице или шее (65 %), периферическая нейропатическая боль (40 %), скелетно-мышечная боль (40 %) и хроническая боль в суставах (20 %) [2]. Хроническая боль, сопровождающаяся снижением физической и функциональной активности пациентов. Подавляющее большинство пациентов с хроническим болевым синдромом имеют высокую корреляционную связь с депрессивными расстройствами, а такое взаимопотенцирующее влияние значительно усугубляет течение процесса [4].

Цель

Выявить распространенность нейропатической боли среди пациентов старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника и определить выраженность депрессии и тревожности у пациентов данной группы.

Материал и методы исследования

На базе Гомельской университетской клиники – областного госпиталя инвалидов ВОВ проведено обследование 25 пациентов. Субъектами были пациенты в возрасте ≥ 60 лет. При выборе группы пациентов критерием включения являлось наличие боли в течение минимум 3-х месяцев, и степень ее выраженности определялась как ≥ 4 по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Критериями исключения являлось наличие хронической онкологической боли, деменция и выраженная когнитивная дисфункция. Предварительно было получено согласие пациентов. С целью определения интенсивности и характера боли применялись опросники ВАШ, DN4, PainDetect. В процессе обследования пациентов была использована шкала Бека для определения наличия депрессивного

расстройства. Статистическая обработка выполнена при помощи программ Microsoft Excel, Statistica 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании было отобрано 25 пациентов, среди которых 21 (84 %) женщина и 4 (16 %) мужчины.

Проанализировав опросник DN4, были выделены пациенты по нейропатическому компоненту: 28 % (7 человек) с положительным и 72 % (18 человек) с отрицательным показателем.

С помощью этих данных удалось судить об уровне тревожности и депрессии (таблица 1).
Таблица 1 – Анализ тревожности и депрессии у неврологических пациентов

DN4	Шкала Спилбергера – Ханина		Шкала Бека, чел
	Реактивная тревожность, чел	Личностная тревожность, чел	
Пациенты с нейропатической болью	Умеренный – 4 Высокий – 3	Умеренный – 3 Высокий – 4	Легкая – 2 Выраженная – 4 Отсутствует – 1
Пациенты без нейропатической боли	Низкий – 3 Умеренный – 10 Высокий – 5	Низкий – 1 Умеренный – 6 Высокий – 11	Легкая – 3 Выраженная – 4 Умеренная – 2 Отсутствует – 8 Тяжелая – 1

Таким образом, среди пациентов с нейропатической болью 86 % (6 человек) страдают депрессией. В то же время среди пациентов с отрицательным нейропатическим компонентом этот показатель составил 55,5 %, что в 1,56 раз меньше.

Тест Спилбергера – Ханина показывает иные результаты: все пациенты с нейропатической болью имеют либо высокий, либо умеренный уровень тревожности. А у пациентов без нейрокомпонента имеет место и низкая степень.

У таких пациентов низкий уровень в реактивной тревожности составляет 17 %, а в личностной – 5,5 %. Такой результат может свидетельствовать о том, что у остальных пациентов без нейропатической боли присутствие в большей степени умеренного или высокого уровня тревожности объясняется наличием иных патологий, с которыми они были госпитализированы в неврологическое отделение.

Выводы

Таким образом, распространенность нейропатического компонента боли у пациентов возрастной группы 60 лет и старше с хроническим болевым синдромом составила 27 %. Подавляющее большинство данной группы страдает депрессивными расстройствами (86 %), что ведет к ухудшению ментального здоровья пациента, требует своевременной диагностики и тщательного наблюдения специалистов. Анализ тревожности показал высокие результаты в двух группах пациентов, что ведет к значительному снижению их качества жизни. Для улучшения диагностики нейропатической боли и нарушения психоэмоционального состояния у пациентов неврологического профиля стоит проводить более подробный сбор анамнеза и внедрение в практику опросников с определенными дескрипторами для более объективного исследования состояния пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Распространенность и особенности хронического болевого синдрома у лиц старше 65 лет: данные российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ / Н. М. Воробьева [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2021. – № (4). – С. 425–434.

2. Domenichiello A.F., Ramsden C.E. The silent epidemic of chronic pain in older adults // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 2019. – № 93. – P. 284–290. – DOI: 10.1016/j.pnpbp.2019.04.006

3. Cedraschi C, Ludwig C, Allaz AF, Herrmann FR, Luthy C. Pain and healthrelated quality of life (HRQoL): a national observational study in communitydwelling older adults // Eur Geriatr Med. – 2018. – № 9. – P. 881.

4. Пучков, А. Е. Психофизиологический ЭМГ-тренинг методом биологической обратной связи при синдроме позвоночной артерии / А. Е. Пучков, А. Е. Барулин, О. В. Курушина // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 137–138.

УДК 616.831-071/-078

Д. В. Михайлова, А. А. Волкович

Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов

Учреждение образование

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Введение

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – хроническое прогрессирующее очаговое или диффузное поражение головного мозга, проявляющееся неврологическими и психическими расстройствами и обусловленное хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) [1].

На данный момент уже существует представление о многофакторном механизме развития сосудистой недостаточности головного мозга, но ни один из факторов риска не может полностью объяснить ни выраженность неврологических нарушений, ни характер течения заболевания.

Основным этиологическим фактором ДЭП является атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и артериальная гипертензия, при которой спастическое сокращение мозговых сосудов ведет к обеднению мозгового кровотока, причем часто эти заболевания сочетаются. Также немаловажную роль в развитии и прогрессировании ДЭП имеют фибрилляция предсердий или другие заболевания сердца с высоким риском тромбоэмболии в головной мозг (клапанные пороки, аневризма сердца, эндокардит); диабетическая микро- и/или макроангиопатия; аутоиммунные или инфекционные васкулиты (при системных заболеваниях соединительной ткани, нейроинфекции, например, нейросифилисе); тромбофилии [2].

Клинически ДЭП проявляется, главным образом, когнитивными нарушениями с различной степенью выраженности и рассеянной очаговой неврологической симптоматикой [3].

Выделяют 3 стадии ДЭП:

1 стадия характеризуется субъективной неврологической симптоматикой, а именно головной болью, шумом в ушах, быстрой утомляемостью, забывчивостью, эмоциональной лабильностью и т. д. Объективно можно заметить «рассеянную» неврологическую симптоматику: повышение и/или асимметрию сухожильных рефлексов, легкую дискоординацию, нистагм и т. д.

На 2 стадии снижается субъективная неврологическая симптоматика и формируется отчетливая объективная неврологическая симптоматика. Может развиваться 1 или несколько из следующих неврологических синдромов:

- умеренные когнитивные нарушения;
- псевдобульбарный;
- нарушения походки и равновесия (лобная дисбазия);

- амиостатический;
- пирамидный [2]

На 3 стадии объем жалоб значительно уменьшается, вследствие снижения критики пациентов к своему состоянию. Наблюдается сочетание нескольких неврологических синдромов, когнитивные нарушения часто достигают уровня деменции, могут присоединяться тазовые расстройства.

Цель

Выявить прогностические значимые факторы развития дисциркуляторной энцефалопатии.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 46 пациентов в возрасте от 30 до 87 лет (медиана возраста 62), которым было проведено суточное мониторирование АД (СМАД). Диагноз ДЭП был верифицирован у всех пациентов на основании анамнеза, жалоб и подтвержден объективными методами обследования.

Все больные были разделены на две группы, критерием деления явилось наличие ДЭП у одной из групп пациентов (n = 23), преимущественно наблюдались дисциркуляторная энцефалопатия II степени. У второй группы пациентов (n = 23) ДЭП не наблюдалось. Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, степени АГ, степени ДЭП, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ХС, СОЭ, атеросклероз БЦА, ревматический артрит, а также сопутствующим заболеваниям.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов с ДЭП

Показатели	1-я группа (С ДЭП) (n=23)	2-я группа (Без ДЭП) (n=23)
Медиана возраста (годы)	73	57
Степень АГ (n, %)		
I	8,69	17,39
II	39,13	65,22
III	52,17	17,39
Дисциркуляторная энцефалопатия (n,%)		
I	21,74	0
II	78,26	0
III	0	0
Медиана ЛПНП (ммоль/л)	2,74	2,64
Медиана ЛПВП (ммоль/л)	1,515	1,37
Медиана ТГ(ммоль/л)	1,405	1,3
Медиана ХС(ммоль/л)	5,1	4,74
Медиана СОЭ (мм/ч)	14,5	11
Атеросклероз БЦА (n %)	34,78	17,39
Ревматический артрит (n %)	8,7	8,7
Сахарный диабет (n, %)	43,48	8,7

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ MicrosoftExcel и Statistica 10. Результаты считались статистически достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнительном анализе групп пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и без нее, статистически значимых результатов, по исследуемым нами критериям, не было выявлено ($p > 0,05$).

Были рассчитаны медианы, верхние и нижние квартили пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией первой и второй степени. Результаты представлены в таблице 2 и таблице 3.

Таблица 2 – Значение медианы, верхнего и нижнего квартиля пациентов с ДЭП первой степени

ДЭ1	Медиана	Нижний квартиль	Верхний квартиль
ХС	1,79000	1,40000	2,46000
ТГ	5,21500	4,47000	6,34000
ЛПВП	1,62000	1,51500	1,66500
ЛПНП	2,60500	1,87500	4,00000
СОЭ	13,00000	10,50000	17,50000
Возраст	74,00000	69,00000	78,00000

Таблица 3 – Значение медианы, верхнего и нижнего квартиля пациентов с ДЭП второй степени

ДЭ2	Медиана	Нижний квартиль	Верхний квартиль
ХС	1,21000	1,05000	2,36000
ТГ	4,80500	4,32000	5,71000
ЛПВП	1,35500	1,16000	2,02000
ЛПНП	2,74000	1,98000	3,20000
СОЭ	14,50000	10,00000	35,00000
Возраст	72,50000	67,00000	76,00000

Выводы

Таким образом, в ходе нашей работы, исследуемые нами клиничко-лабораторные показатели, не дали статистически значимых результатов.

Из этого мы можем сделать вывод о том, что для выявления значимых результатов корреляции, необходимо исследовать группы пациентов с большей выборкой, а также более углубленно изучать иные клиничко-лабораторные показатели.

Так же, при сравнении в процентном соотношении встречаемость сахарного диабета у пациентов имеющих в диагнозе ДЭП и у пациентов, не имеющих данного диагноза, мы можем сделать вывод о том, что СД является одним из наиболее значимых факторов развития ДЭП, так как сердечно-сосудистая система является одной из «мишенью» данного заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современные проблемы дисциркуляторной энцефалопатии / О. А. Кичерова [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20. – № 3. – С. 173–176.
2. Захаров, В. В. Современные представления о хронической недостаточности мозгового кровообращения / В. В. Захаров // РМЖ. – 2014. – Т. 22. – № 16. – С. 1188–1192.
3. Сравнительное изучение состояния систем гемостаза, фибринолиза и липидного спектра у больных острыми нарушениями мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией / М. В. Костырева и др. // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2010. – № 2. – С. 61–68.

УДК 159.953.6

А. В. Панасенко, Н. В. Обыденникова, И. Н. Слюсарь

Научный руководитель: к.м.н. Т. М. Некрасова

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Тверь, Российская Федерация*

СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Введение

Когнитивные нарушения у пациентов при заболеваниях центральной нервной системы могут носить различный характер – от минимально выраженных мнестических расстройств (расстройств памяти) до степени деменции (слабоумия). Распространенность когнитивных нарушений при новой коронавирусной инфекции (SARS-COV-2 NEW, COVID-19), по данным разных авторов, колеблется от 59 до 65 % [3, 4].

Цель

Изучить особенности нарушений памяти у пациентов с постковидным синдромом.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 58 человек, которые были разделены на 2 группы. Первая группа – основная – пациенты с постковидным синдромом (ПКС) – 30 человек (11 мужчин и 19 женщин в возрасте от 27 до 77 лет). Вторая группа – контрольная – пациенты аналогичного пола, возраста, образования, которые не болели новой коронавирусной инфекцией – 28 человек (9 мужчин и 19 женщин в возрасте от 28 до 86 лет). Проводилось клинико-неврологическое обследование, а также исследование показателей памяти: память на слова – тест «Заучивание 10 слов» [2] и память на числа [1]. Внутри каждой группы пациенты были разделены на 2 возрастные подгруппы: до 60 лет и группа 60 лет и старше. Статистическую обработку количественных данных проводили с использованием критерия Стьюдента для проверки гипотез соотносительной значимости различия средних показателей. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными жалобами пациентов с постковидным синдромом, по данным опроса, были головная боль, головокружение, эмоциональные расстройства (тревога, снижение настроения), нарушения сна. Большинство пациентов связывали начало головных болей с перенесенной коронавирусной инфекцией. Одним из частых симптомов, описываемых пациентами с ПКС, являлась астения, проявляющаяся снижением способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, эмоциональной лабильностью. Пациенты испытывали потребность в дополнительном отдыхе, у них снижался объем и эффективность привычной деятельности.

При исследовании памяти на числа в контрольной группе отмечались достоверные различия между возрастными подгруппами. Время выполнения задания у пациентов до 60 лет составляло $47,1 \pm 3,5$ сек, 60 лет и старше – $66,7 \pm 4,1$ сек ($p < 0,05$). Также в этих подгруппах достоверно различались количественные показатели выполнения пробы: в группе до 60 лет количество правильно названных слов составляло $7,7 \pm 0,5$ 60 лет и старше – $5,1 \pm 0,4$, количество пропущенных слов – соответственно $4,1 \pm 0,3$ и $5,5 \pm 0,4$, количество ошибок – $0,7 \pm 0,1$ и $1,4 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

При сравнении показателей основной (пациенты с ПКС) и контрольной групп выявлялись достоверные различия по всем показателям. Время выполнения задания у больных с ПКС составляло $59,6 \pm 4,0$ сек у пациентов до 60 лет и $78,4 \pm 3,5$ сек у пациентов в подгруппе 60 лет и старше. Количество правильно названных слов составляло соответственно – $6,1 \pm 0,4$ и $4,8 \pm 0,3$, количество пропущенных слов – $5,0 \pm 0,4$ и $6,1 \pm 0,5$, количество ошибок – $1,3 \pm 0,1$ и $1,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

При выполнении теста «Заучивание 10 слов» показатели в возрастной подгруппе до 60 лет в основной и контрольной группе не различались (1-е воспроизведение – 6 слов, 2-е – 7 слов, через 1 час – 8 слов). В возрастной подгруппе 60 лет и старше показатели были снижены в обеих группах, больше у больных с ПКС (1-е воспроизведение – 3, 3-е – 5, через 1 час – 4 слова; в контрольной группе эти показатели составляли соответственно 5, 6, и 5 слов).

Прослеживалась связь показателей памяти с особенностями течения острого периода заболевания: более низкие показатели памяти в обеих возрастных группах наблюдались при тяжелом течении заболевания.

Выводы

У пациентов с постковидным синдромом регистрируются нарушения кратковременной памяти, более выраженные в старшей возрастной группе (60 лет и старше), а также при тяжелом течении заболевания. Возраст является наиболее важной причиной различия клинической картины когнитивных нарушений при COVID-19. Сочетание артериальной гипертензии, атеросклероза, возрастного поражения головного мозга и декомпенсация соматических заболеваний при COVID-19 оказывают влияние на состояние когнитивных функций у пожилых пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахметжанова, Л. В. Практикум по клинической нейропсихологии / Л. В. Ахметжанова. – СПб., 2005.
2. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М., 2001.
3. Путилина М. В., Теплова Н.В., Герасимова О.С. Дифференцированный подход к терапии когнитивных расстройств, ассоциированных с SARS-CoV-2 (COVID-19) с учетом фактора коморбидности. Медицинский алфавит № 22 / 2021. // Неврология и психиатрия (3). – Р. 19–24.
4. The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients / H. Zhou [et al.] // J Psychiatr Res. – 2020. – Oct. № 129. – Р. 98–102.

УДК 616.853:616-009.24

П. В. Пинчук, П. Н. Костицын

*Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Н. Усова,
ассистент Д. А. Ярмолович*

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

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СИНДРОМЕ УЭСТА

Введение

Синдром Уэста (СУ) представляет собой возрастзависимую эпилептическую энцефалопатию мультифакториального генеза. Ей свойственно три характерных признака: особый вид приступов – эпилептические спазмы, специфические эпилептиформные и общемозговые изменения на ЭЭГ, которые называют «гипсаритмия», и нарушение психомоторного развития выраженной степени. Последнее возникает сразу после начала припадков либо, реже всего, до их появления.

Эпилептические спазмы представлены внезапными разгибаниями, сгибаниями или разгибание-сгибание туловища и конечностей в проксимальных отделах, которые длятся дольше миоклонических, но короче тонических. Также могут быть редуцированные клинические варианты – наклоны головы, гримасничанье. Особым свойством данных приступов является их группировка в кластеры.

Цель

Изучение особенностей течения заболевания, диагностики и применяемых схем лечения.

Материал и методы исследования

На базе УЗ «Гомельской областной клинической больницы» были проанализированы истории болезни 10 пациентов за 2019–2022 год. У всех больных было проведено неврологическое обследование, магнитно-резонансная томография головного мозга и электроэнцефалография.

Среди вошедших в исследование было 8 (80 %) девочек и 2 (20 %) мальчика. Заболевание дебютировало в возрасте до 5 месяцев у 7 (70 %) и у 3 (30 %) – после 5 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

Инфантильные спазмы – патогномичный вид припадков при СУ. Также отмечалась задержка психомоторного развития: у 6 (60 %) детей до начала припадков и 4 (40 %) после начала припадков. В 60 % припадки были средней степени тяжести и в 40% тяжелой степени тяжести.

Возникающие эпилептические спазмы характеризуются как короткие, внезапные, билатерально тонические сокращения аксиальной мускулатуры мышц и конечностей, чаще ассиметричного характера. Данные спазмы являются флексорными либо флексорно-экстензорными. Они объединяются в кластеры от 1 до 30 за сутки, численность приступов в кластере колеблется от 20 до 100. Наиболее часто они возникали при пробуждении (90 %) и реже – во время сна (10 %). Сокращения во время спазмов длятся 0,5–2 секунды с последующим тоническим напряжением до 10 секунд. Спазмы медленнее, чем миоклонии, и быстрее, чем тонические судороги. В конце каждого эпизода ребенок нередко плачет.

Причины, вызывающие синдром, были следующие: около 60 % случаев носили идеопатический характер, 20 % случаев вследствие менингококковой инфекции, 10 % из-за полученной черепно-мозговой травмы и 10 % вследствие внутричерепного кровоизлияния.

Вторым ключевым признаком синдрома Уэста являются гипсаритмия – отмечается у 70 % пациентов. Гипсаритмия представлена дезорганизованной, хаотичной активностью, состоящую из гигантских аномальных, аритмичных и асинхронных острых и медленных волн, мультифокальных спайков и полиспайков. При этом нормальные ритмы не отмечаются. Ассиметричные формы гипсаритмий встречались в 30 % случаев.

В фазе медленного сна гипсаритмия приобретает фрагментарный характер и представлена прерывистыми, повторяющимися высокоамплитудными спайками и медленными волнами. При этом они носят более синхронизированный характер, чем при бодрствовании. Между ними отмечается участки низкоамплитудной ЭЭГ.

На икатльной ЭЭГ наблюдается большое количество измененных графоэлементов длительностью от 1 секунды до 1 минуты, при этом, в 70 % случаев эти изменения короткие (1–5 секунд) и представлены триадой: высокоамплитудные генерализованные медленные волны, эпизоды низкоамплитудной быстрой активности, значительное диффузное ослабление биоэлектрической активности.

Проявление «классической» гипсаритмии составляло 60 % случаев. В остальные 40 % случаев наблюдались различные виды атипичной гипсаритмии, характеризующуюся на-

личием локальных паттернов на фоне дисритмичной ЭЭГ. При этом, «классический» тип гипсартии проявлялся лишь при идиопатическом либо криптогенном синдроме Уэста.

Со временем СУ приобретает более организованный и фрагментарный характер и постепенно исчезает. В 2–4 года он заменяется генерализованной медленной пик-волновой активностью, трансформируясь в ЭЭГ-паттерн синдрома Леннокса – Гасто.

Таблица 1 – Дифференциальный диагноз синдрома Уэста

Заболевание	Схожесть	Различие
Доброкачественная миоклония в раннем возрасте	Манифестирует в том же возрасте; внешняя схожесть приступов	ЭЭГ в пределах нормы; представлены миоклониями и никогда – спазмами
Синдром Сондифера; гастроэзофагальный рефлюкс	Запрокидывание головы; дистоническая поза	Приступы в четкой связи с приемом пищи, наблюдается рвота, нарушение набора массы тела; респираторные проблемы; ЭЭГ в норме
Другие формы эпилепсии		При синдроме Уэста наблюдаются особый вид приступов – инфантильные спазмы

Медикаментозное лечение при синдроме Уэста разнообразное. В 50 % случаев использовалась вальпроевая кислота в дозе 40–100 мг/кг/сутки, в 40 % случаев был задействован топирамат в дозе 10–15 мг/кг/сут. Также, место применения имели ламотриджин и пиридоксин. Дополнительно в схемы лечения включались глюкокортикостероиды (дексаметазон 2 мг), диакарб 250 мг. Лечение данными препаратами позволяет контролировать припадки у 70 % пациентов в течении определенного периода времени, однако, несмотря на положительный эффект во время их приема, приступы в дальнейшем могут возобновляться.

Течение заболевания определяет достаточно пессимистичный прогноз для жизни и выздоровления. Порядка 10 % детей умирает, у 50 % развивается синдром Леннокса – Гасто, половина пациентов имеет постоянный моторный дефицит, 70 % имеет тяжелые когнитивные расстройства. Лишь у 30 % детей с идиопатическим синдромом Уэста отмечается относительно нормальное развитие.

Выводы

1. Синдром Уэста представляет собой возрастзависимую эпилептическую энцефалопатию мультифакториального генеза.

2. Наиболее чаще синдром Уэста носит идеопатический либо криптогенный характер (60 %), тогда как на долю остальных этиологических факторов приходится около 40 %.

3. Характеризуется триадой симптомов: инфантильными спазмами, гипсаритмией на межприступном ЭЭГ и задержкой психомоторного развития.

4. Необходимо точно дифференцировать синдром Уэста от других патологий, особенно, других форм эпилепсий.

5. В лечении синдрома Уэста наиболее зарекомендовали себя такие препараты, как: вальпроевая кислота и топирамат. Ламотриджин и пиридоксин также оказывали вполне положительный эффект в лечении, однако, полного излечения припадков медикаментозной терапией достичь не удалось.

6. Течение заболевания носит пессимистичный прогноз для жизни и выздоровления. У большинства отмечаются тяжелые когнитивные расстройства и переход в синдром Леннокса – Гасто. Лишь у 30 % детей продолжают относительно нормальное развитие.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гапонова, О. В. Синдром Веста / О. В. Гапонова, Е. А. Николаева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – С. 58–63.
2. Шалькевич, Л. В. Эпилептические энцефалопатии раннего детского возраста / Л. В. Шалькевич, Д. А. Кот. – Минск: Пачатковая школа, 2013. – 48 с.
3. Темин П.А. с соавт. Инфантильные спазмы и синдром Веста // Диагностика и лечение эпилепсии у детей. – М.: Можайск-Терра, 1997. – 656 с.

УДК 616.832.522-07-08

К. В. Сергеенко, Д. Н. Пинчук

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ГУАМ

Введение

Синдром Гуам, комплекс Гуам (боковой амиотрофический склероз – паркинсонизм – деменция) – редкая эндемическая патология, в основе которой лежит прогрессирующая генерализованная дегенерация нейронов центральной нервной системы [1]. Является эндемичной формой бокового амиотрофического склероза (БАС) (Западно-Тихоокеанский вариант), имеющего более доброкачественное течение.

Впервые описана D. R. Koerner в 1952 г. у коренных жителей чаморро на острове Гуам в Марианском архипелаге, расположенном в восточной части Тихоокеанского бассейна. Автор впервые обратил внимание на необычное сочетание неврологических синдромов. Их частота в 50–100 раз чаще бокового амиотрофического склероза, который нередко носил семейный характер. После эта патология описана в этом же регионе на полуострове Кии в Японии и в западной части Новой Гвинеи.

Болеют преимущественно мужчины в возрасте 50–70 лет. Максимальная частота приходится на возраст 55–64 года. Болезнь чаще имеет быстрый и фатальный характер.

Заболевание связано с формированием многочисленных нейрофибриллярных включений в коре, базальных ганглиях, миндалевидном теле, гиппокампе, спинном мозге, основной причиной которых является мутация гена, кодирующего синтез микро tubулярного тау-протеина [2].

Клинически заболевание характеризуется одновременно развивающимися признаками БАС, паркинсонизма и деменции.

Дифференциальную диагностику следует проводить с супрануклеарным параличом, мультисистемной атрофией и болезнью Пика. Эти заболевания также характеризуются экстрапирамидным синдромом, деменцией и быстрым фатальным течением. Но для супрануклеарного паралича первым неврологическим симптомом являются глазодвигательные нарушения (парез взора вверх), с присоединением ригидности, преобладающей в аксиальной мускулатуре, что отсутствует при синдроме Гуам. Отличием мультисистемной атрофии является наличие синдрома прогрессирующей вегетативной недостаточности, что также не отмечается при синдроме Гуам. Болезнь Пика тоже приводит к нарушению высших корковых функций у лиц пожилого возраста, но для этой патологии характерна диссоциация между глубоким расстройством личности с обедненной речевой и двигательной активностью и относительно сохранными памятью, вниманием, ориентировкой, счетом. При болезни Пика на МРТ головного мозга выявляют локальную атрофию лобных и височных долей, что не было обнаружено при синдроме Гуам.

Цель

Изучить клинические и диагностические критерии синдрома Гуам на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования послужили результаты неврологического осмотра, инструментальные данные и консультативное заключение врача-невролога неврологического отделения ГУ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны».

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент И., 66 лет, обратился с жалобами на нарушение речи после перенесённой COVID-инфекции 1,5 года назад. При целенаправленном опросе пациента были выявлены слабость и неловкость в правых конечностях, нарушение почерка, изменение когнитивных функций.

По данным неврологического статуса пациент находится в ясном сознании. Когнитивные функции снижены: MMSE – 22 балла (деменция легкой степени выраженности), FAB – 5 баллов (значительно снижены исполнительские функции). Речь дизартрична, дисфонична. Рефлексы орального автоматизма положительные с двух сторон. Зрачки D=S, 3 мм. Парез взора вверх. Чувствительных расстройств на лице не выявлено, точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично, амимично. Слух и вестибулярная функция не изменены. Мягкое небо подвижно, симметрично фонировано. Глотание твердой и жидкой пищи затруднено. Глоточный рефлекс повышен. Язык по средней линии, несколько атрофичен, фибрилляции. Глубокие рефлексы с рук и ног повышены справа. Легкий правосторонний гемипарез. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, больше справа. Синдром Бабинского положительный справа. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. В позе Ромберга пошатывается. Походка шаркающая, согбенная поза. Патологической мышечной утомляемости и миотонической задержки нет. Тремора и других экстрапирамидных нарушений не выявлено. Нарушение функции тазовых органов отрицает. Менингеальных знаков нет.

Диагностика болезни Гуам основана на выявлении трех неврологических синдромов: БАС, паркинсонизм и деменция [3].

По результатам МРТ головного мозга были выявлены признаки дисциркуляторной энцефалопатии. На ЭНМГ – поражение передне-рогового аппарата.

После проведенных исследований был поставлен диагноз: Нейродегенеративное заболевание нервной системы по типу синдрома Гуам (БАС – паркинсонизм – деменция) с умеренно выраженным бульбарно-псевдобульбарным синдромом, легким правосторонним гемипарезом, синдромом паркинсонизма, когнитивными нарушениями на уровне деменции легкой степени выраженности.

Выводы

Постановка диагноза основана на клинических данных сочетания БАС, паркинсонизма и деменции.

Признаками синдрома БАС, выявленными у пациента И. являются позитивные и негативные симптомы в конечностях (патологические стопные знаки, спастичность, дисфагия, дизартрия, снижение глоточного рефлекса, атрофии и фасцикуляции языка). Синдром паркинсонизма проявляется повышением мышечного тонуса, нарушениями походки. Деменция у пациента проявилась в виде снижения когнитивных функций.

Так же было проведено МРТ-обследование, где обнаружили дисциркуляторную энцефалопатию, а на ЭНМГ- изменения со стороны передне-рогового аппарата.

Клинические данные и результаты инструментальных исследований, доказывающие сочетание синдрома БАС, паркинсонизма и деменции, позволили диагностировать нейродегенеративное заболевание нервной системы по типу синдрома Гуам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боковой амиотрофический склероз [Электронный ресурс] / Википедия: сводная энцикл. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91>. – Дата доступа: 18.03.2023.
2. Болезнь Гуам: клиническое наблюдение и обзор литературы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://text.ru/rd/aHR0cDovL3d3dy5taWYtdWEuY29tL2FyY2hpdmUvYXJ0aWNsZS8zMzk5MA%3D%3D>. – Дата доступа: 20.03.2023.
3. Болезнь Гуам [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_18055557_95879800.pdf. – Дата доступа: 20.03.2023.

УДК 616.858-008.6:616.89-008.46/.47-08

В. А. Силивончик, В. С. Смирнов

Научные руководитель: д.м.н., профессор Н. В. Галиновская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Введение

Болезнь Паркинсона (БП) – идиопатическое медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы. В клинической картине БП выделяют моторные и немоторные симптомы. Когнитивные нарушения, наиболее частые немоторные проявления БП, могут наблюдаться уже на ранних стадиях болезни, по данным ряда исследований, они отмечаются не менее чем у 40 % пациентов и нарастают по мере прогрессирования заболевания. У трети пациентов в исходе заболевания развивается деменция [1].

Когнитивный тренинг включает в себя отработку таких навыков, как запоминание, концентрация внимание, связное изложение мыслей, что позволяет поддерживать когнитивные навыки в удовлетворительном состоянии [2].

Цель

Анализ нейропсихологического статуса пациентов с болезнью Паркинсона до и после проведения персонализированной когнитивной тренировки.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 10 пациентов с установленным диагнозом БП. Для исследования была взята группа с акинетико-дрожательной формой болезни Паркинсона и синдромом паркинсонизма с III степень тяжести по Хен – Яру. Средний возраст пациентов составил 66 [56;75], женщин – 6, мужчин – 4.

Для оценки когнитивных функций у пациентов были использованы: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) для оценки мягких когнитивных нарушений и тест рисования часов для оценки зрительно-пространственного гнозиса. Пациенты прошли комплекс когнитивной тренировки на базе учреждения «Гомельская университетская клиника – Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны». Комплекс заданий был выбран с учетом когнитивных нарушений, наличествующих у пациентов с БП согласно литературным данным [3]. Суть когнитивной тренировки заключалась в том, что пациент выполнял на протяжении 7 дней, представленный ему персонализированный комплекс когнитивных тренировок.

Данные заносились в электронную базу данных и обрабатывались с помощью программы Statistica 7.0, непараметрическими методами.

Результаты исследования и обсуждение

До начала проведения когнитивного тренинга была проведена нейропсихическая оценка пациентов при помощи шкалы оценки МоСА. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка когнитивных способностей до и после когнитивного тренинга

Время проведения	Количество набранных баллов									
	До тренинга	16	20	14	19	23	23	23	10	18
После 7-дневного тренинга	23	28	18	26	26	27	26	12	23	20

При первичном тестировании было выявлено, что балл МоСА у пациентов с БП III степени тяжести был существенно ниже нормы (26 баллов), и указывал на наличие в группе когнитивного снижения до степени умеренных когнитивных нарушений (медиана 18,5 [16; 23] балла). После выполнения 7-дневного тренинга данные оценочной шкалы изменились: на фоне проведения тренировок произошло улучшение когнитивных функций, что отразилось в увеличении оценки по шкале МоСА (рисунок 1).

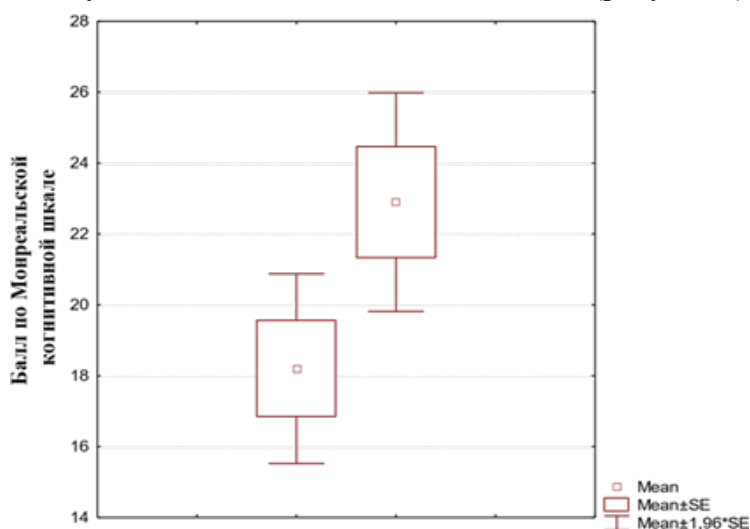


Рисунок 1 – Изменение когнитивного статуса у пациентов с БП в процессе лечения с дополнительным когнитивным тренингом

Как следует из представленной иллюстрации, применение краткосрочного вмешательства приводило к существенному улучшению у пациентов с БП (18,5 [16;23] балла и 24,5 [20; 25] баллов, $p = 0,037$). Отличия у отдельных пациентов составили 6 и более баллов. Mean Mean \pm SE Mean \pm 1,96*SE до после 14 16 18 20 22 24 26 28. Полученные результаты можно объяснить тем, что постоянная «мозговая тренировка» улучшает когнитивные функции: память, внимание, концентрацию, чтение.

Выводы

Исследование показало, что при использовании кратковременного когнитивного тренинга нейропсихологический статус пациентов с БП улучшился.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ляшенко, Е. А. Нарушение социальных когнитивных функций при болезни Паркинсона / Е. А. Ляшенко, О.В Яковлева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 9–2 (119). – С. 37–43.
2. Влияние стимулирующего когнитивно-моторного тренинга на нейропсихологический статус и качество жизни у пациентов с болезнью Паркинсона / Ю. Н. Быков [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – № 4(145). – С. 65–71.
3. Когнифит [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cognifit.com/ru/cognitive-research-tool>. – Дата доступа: 28.02.2023.

Д. Е. Славикова¹, Т. Г. Мурашкевич²

Научный руководитель: старший преподаватель В.С. Смирнов

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение здравоохранения*

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ I и II ЛИНИИ, ИЗМЕНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Рассеянный склероз – хроническое медленно прогрессирующее, иммуновоспалительное, демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), характеризующееся преимущественным поражением белого вещества головного (ГМ) и спинного мозга (СМ) с последующей вторичной нейродегенерацией [1].

Лечение рассеянного склероза (РС) остается одной из наиболее важных проблем современной медицины, несмотря на широкое внедрение препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС), которые снижают частоту обострений заболевания и скорость нарастания неврологического дефицита и нетрудоспособности (инвалидизации) [2–3].

В большинстве стран принята стратегия деления терапии РС на линии, учитывая, что препараты I линии самые безопасные, а препараты II линии более эффективны, но обладают более высокими рисками тяжелых побочных эффектов. В настоящее время зарегистрированные ПИТРС в Республике Беларусь подразделяются на препараты первой и второй линии следующим образом: I линия: β -интерферон (β -ИФН) подкожно, а также глатирамера ацетат (ГА) подкожно и II линия: финголимод, окрелизумаб [3–4].

При оборе пациентов на терапию ЛС β -интерферона-1 β , глатирамера ацетат и финголимод проводятся иммунологические исследования крови на антитела к ВИЧ, RW, гепатиты В, С. При оборе пациентов на терапию финголимод пациент осматривается врачом-офтальмологом; проводится оценка иммунитета к ветряной оспе.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с применением ЛС β -ИФН являются: гриппоподобный симптомокомплекс, включающий лихорадку, озноб, боль в суставах, недомогание, потливость, головную боль или боль в мышцах; реакции в месте введения в виде покраснения, отека, деколорации, воспаления, боли, гиперчувствительности, некроза, неспецифических реакций.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с применением ЛС глатирамера ацетата, являются: генерализованные постинъекционные реакции: ощущение прилива тепла, сопровождающееся чувством страха, сердцебиением, трудностями дыхания, иногда покраснением лица, возникающее в течение нескольких минут после введения ЛС глатирамера ацетата и длящиеся до 1 ч; реакции в месте введения в виде уплотнения, липоатрофии.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с введением ЛС окрелизумаб, являются: нейтропения, конъюнктивит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей (назофарингит, бронхит); опоясывающий герпес [4].

Цель

Анализ эффективности, переносимости и наличие побочные эффекты у пациентов, получающих ПИТРС в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе неврологического отделения учреждения «Гомельской областной клинической больницы». Сбор информации осуществлялся путем изучения стационарных карт пациентов, получающие терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза в Гомельской области. В качестве препаратов сравнения в реальной клинической практике выбраны препараты Интерферон бета, Глатирамера ацетат, Финголимод и Окрелизумаб.

Проведен анализ возможности и оправданности перевода пациентов на препараты II линии, эффективность, переносимость и побочные эффекты в реальной клинической практике.

Результаты исследования и их обсуждения

Всего в исследовании было проанализировано 211 стационарных карт пациентов, получающие терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза в Гомельской области. Согласно полученным данным распределение пациентов, получающих ПИТРС, следующие: 75 пациентов получают терапию препаратом β -интерферона-1 β , 71 пациент получает Финголимод, 60 пациент Глатирамера ацетат, 4 пациента «Ребиф» и 1 пациент «Окревус».

Таблица 1 – Распределение пациентов, получающих терапию ПИТРС, по полу и возрасту

Пациенты, получающие лечение на март 2023			Кол-во пациентов, принимающих препарат			Средний возраст пациентов, принимающих препарат	
			муж.	жен.	общее кол-во	муж.	жен.
			I линия	Ребиф	–	4	4
β -интерферона-1 β	32	43		75	35,6	39,4	
Глатирамера ацетат	18	42		60	31,3	36,15	
II линия	Финголимод	30	41	71	40,2	40,5	
	Окрелизумаб	1	–	1	37	–	
Всего:		81	130	211	–		

На данный момент (март 2023), количество пациентов, перешедших с терапии I линии на II линию составляет 14 человек. Причинами смены препарата послужили: неэффективность препарата (по критериям NEDA-3) -11 человек; плохая переносимость, нежелательные реакции в местах инъекций-3 человека.

Сорок пациентов, находящихся на I и II линии терапии ПИТРС, из них 29 пациентов, получавших терапию менее 1 года, 8 пациентов, получавших терапию в течении года и 3, получавших терапию более 1 года, отказались от приема препарата, по причине несогласия проведения контрольных диспансерных осмотров (1, 3, 6, 9, 12 месяцев) и в связи с инъекционным введением препарата, нежелательными реакциями в местах введения. Вместе с тем 3 пациента дали письменный отказ о назначении препаратов ПИТРС.

Через 12 месяцев, после назначения препарата ПИТРС, по трем критериям отсутствия признаков активности заболевания (NEDA-3) оценивается эффективность и целесообразность назначения препаратов ПИТРС. В соответствии с критериями NEDA-3 отмена препарата была проведена 5 пациентам.

Выводы

Важнейшей медико-социальной задачей в данный момент является обеспечение всех категорий пациентов с рассеянным склерозом адекватной превентивной терапией, направленной на предупреждение прогрессирования заболевания, сохранение работоспособности и улучшение качества жизни пациентов. В нашем исследовании превали-

рует количество пациентов, получающих терапию I линии (65,8 %). Доминирующим препаратом I линии является β -интерферон-1 β (53,95 %). Пациенты, имеющие субоптимальный ответ и резистентные к терапии ПИТРС I линии, требуют перевода на препараты с другим механизмом действия. Предпочтительным препаратом II линии является Финголимод (98,6 %). В нашем исследовании рациональность перевода на более агрессивную терапию каждого пациента оправдана. Наиболее частыми побочными эффектами являются нежелательные эффекты в местах инъекций и гриппоподобные симптомы, которые в ряде случаев стали причиной отказа пациентов от лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов, В. С. Клиническая характеристика пациентов с рассеянным склерозом по данным регистра Гомельской области / В. С. Смирнов, Н. В. Галиновская // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2022. – № 1(27). – С. 124.
2. Бойко, А. Н. Выбор оптимального препарата для лечения рассеянного склероза / А. Н. Бойко // Медицинский совет. – 2015. – № 5. – С. 78–81.
3. Пациенты с рассеянным склерозом в Самарской области, сравнение эффективной терапии I и II линии в реальной клинической практике / М. А. Курапов [и др.] // Практическая медицина. – 2018. – Т. 16, № 10. – С. 47–53.
4. Приказом МЗ РБ от 20.02.2020 г. № 174 «Об утверждении инструкции о порядке назначения лекарственных средств, изменяющих течение рассеянного склероза».

УДК 616.832-004.2-053.2

В. С. Смирнов, Г. В. Нетбайлов, В. А. Силивончик

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

ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Рассеянный склероз (РС) – хроническое медленно прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, характеризующееся иммуноопосредованным диссеминированным очаговым воспалением с формированием демиелинизации и формированием вторичной диффузной дегенерации [1]. Детский рассеянный склероз определяется как заболевание, которое дебютирует в возрасте до 16 лет, в некоторых странах – до 18 лет. На сегодняшний момент зарегистрировано около 3 млн. случаев, в Европе – 350 тыс., в США – 450 тыс., в России – 150 тыс. По литературным данным, частота встречаемости детского РС составляет в среднем от 5 до 10 % случаев с установленным диагнозом РС [2].

При распределении по половому признаку, как и у пациентов старше 18 лет, РС в 1,5–2 раза чаще встречается у лиц женского пола, чем у лиц мужского пола. Однако, при установлении диагноза до 10 лет, частота встречаемости не отличается по данному признаку. Данная особенность обусловила разделение педиатрического РС на две основные возрастные группы: «детский» РС с возрастом дебюта до 10 лет и «ювенильный» РС с возрастом дебюта заболевания с 10 до 16 лет. Отмечается более неблагоприятный прогноз у лиц с возрастом дебюта с 10 до 15 лет, который имеет более злокачественный характер течения с частыми обострениями, приводящими к быстрой ивалидизации данной группы пациентов. «Детский» РС имеет более прогностически мягкое течение [3].

Цель

Выявление и систематизация данных о пациентах с РС в детском возрасте, учитывая пол, возраст и наличие сопутствующей патологии.

Материал и методы исследования

Исследовательская работа проходила на базе неврологического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская детская областная клиническая больница». В ходе исследования был проведен анализ 3470 историй болезней за период с 2008 по 2019 год. Сбор информации осуществлялся из историй болезни (форма № 003/у Медицинская карта стационарного больного) в условиях медицинских архива по согласованию с администрацией выше указанного учреждения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета MS Excel и программы Statistica 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было установлено, что число пациентов с РС, проходящих лечение в неврологическом отделении в период с 2008 по 2019 года составило 8 человек, а также 8 случаев демиелинизирующих заболеваний без подтверждения РС. Распределение по полу среди пациентов с установленным диагнозом РС 7 (87,5 %) девочек и 1 (12,5 %) мальчик. Распределение пациентов с РС по возрасту представлено следующим образом: до 10 лет – 0 (0 %) человека; 13–15 лет – 1 (12,5 %) человека; 15–17 лет – 7 (87,5 %) человека. Из сопутствующей патологии у двоих пациентов (25 %) выявлено заболевание щитовидной железы и аномалия хорд левого желудочка. У 6 (75 %) пациентов сопутствующая патология отсутствовала.

Изменение лабораторных показателей было выявлено у всех обследованных в виде лейкоцитоза у 6 (75 %) пациентов, тромбоцитопении у 1 (12,5 %), ускорение СОЭ у 2 (25 %), выявление антител к вирусу Эпштейна-Барра (ВЭБ) у 3 (37,5 %) человек. В группе пациентов с установленным диагнозом демиелинизирующего заболевания центральной нервной системы распределение по полу составило 4 девочки (50 %) и 4 мальчика (50 %). Распределение по возрасту представлено следующим образом: до 10 лет – 2 (25 %) человека; 13–15 лет – 2 (25 %) человека; 15–17 лет – 4 (50 %) человека. Из сопутствующей патологии у 6 (75 %) пациентов выявлены заболевания щитовидной железы и у 3 (37,5 %) аномалии хорд левого желудочка. Лабораторные изменения были представлены в виде лейкоцитоза у 4 (50 %) пациентов, также обнаружены антитела к вирусу Эпштейна – Барра у 3 (37,5 %) человек.

Выводы

Исходя из полученной информации по данным анализа историй болезней за период с 2008 по 2019 гг. УЗ «Гомельская детская областная клиническая больница» частота встречаемости детского РС гораздо ниже по сравнению с международными данными и находится гораздо ниже 5 % от общего РС зарегистрированных в городе Гомеле. Это может свидетельствовать о несвоевременной обращаемости, либо меньшей встречаемости детского РС в изучаемой популяции, что требует дополнительного исследования. Было показано, что детский РС чаще встречается у лиц женского пола в возрасте от 15 до 17 лет. Основными сопутствующими патологиями являются: заболевания эндокринной системы и изменение лабораторных показателей в виде лейкоцитоза крови, а также наличие антитела к ВЭБ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 2(56). – С. 52–60.
2. Атлас редких болезней: учебное пособие / А. А. Баранов [и др.] – ФБГУ «Науч. центр здоровья детей» РАМН. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 304 с.
3. Venkateswaran S., Banwell B. Pediatric multiple sclerosis // Neurologist. – 2010. – № 16 (2). – P. 92–105.

С. С. Сурганов

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЕЙ

Введение

В связи с постарением населения в последние годы отмечается рост хронических форм цереброваскулярной недостаточности. По данным зарубежных авторов, умеренные и выраженные когнитивные нарушения, которые могут служить эквивалентом дисциркуляторной энцефалопатии, выявляются у 16,5 % лиц старше 60 лет [1]. Дисциркуляторная энцефалопатия – это синдром многоочагового или диффузного поражения головного мозга, механизмами которого является: формирование зоны гипоперфузии головного мозга, образование микро- и макроангиопатий, длительное повышение артериального давления, нарушение венозного оттока из полости черепа, недостаточность коллатерального кровообращения головного мозга, приводящие к хронической ишемии, гипоксемии и оксидантному стрессу [2]. Клинически проявляется нарастанием когнитивных и нейропсихологических расстройств, нарушением координации, обмороками, головной болью.

Среди многочисленных форм заболеваний опорно-двигательного аппарата на первом месте по распространенности стоят дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, которыми страдают от 8 до 12 % населения различных стран [3]. Механизм болевого синдрома обусловлен деформацией тканей, возникающих под влиянием статодинамических нагрузок на шейный отдел, и как следствие раздражением болевых рецепторов. Патология шейного отдела позвоночника клинически проявляется цервикокраниалгиями и цервикобрахиалгиями.

Общим симптомом для двух патологий является наличие головной боли.

Цель

Провести оценку выраженности и характеристик головной боли у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и вертеброгенной цервикобрахиалгией.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении второго неврологического отделения в учреждении здравоохранения «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны». Среди 30 пациентов было 8 (26,6 %) мужчин и 22 (73,3 %) женщин. Средний возраст среди мужчин составил 63 года, среди женщин 70 лет. Большую часть пациентов являлись пенсионерами 27 (90 %). В ходе исследования были использованы 3 опросника: опросник боли «Pain Detect», Мак-гиловский болевой опросник и опросник DN4. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились в программе Microsoft Office Excel и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Первую группу составили пациенты, страдающие от дисциркуляторной энцефалопатией, что составило 21 (70 %) от всех испытуемых. Из них 11 (52 %) пациентам вы-

ставлен вестибуло-атактический синдром, 13 (62 %) человек имеют дисциркуляторную энцефалопатию 2 степени сложного генеза (гипертоническая, атеросклеротическая, венозная). Среди сопутствующих патологий были выставлены следующие диагнозы: вертеброгенная торакалгия 2 (9,5 %) человека, артериальная гипертензия 11 (52 %) человек, спондилогенная люмбагия 3 (14 %) человек, 2 (9,5 %) пациента имеют ишемическую болезнь сердца, 1 (4,7 %) пациент страдает от гемипареза и 1 (4,7 %) пациент перенес инфаркт головного мозга в 2020 году. Мак-Гиловский опросник показал, что 19 (86 %) пациентов жалуются на боль давящего, тупого характера. Оставшиеся 2 (9,5 %) пациента предъявили жалобы на острую, режущую боль. DN4 опросник показал, что у этих же двух пациентов был выявлен нейропатический компонент боли. По опроснику Pain Detect пациентами была предложена шкала боли от нуля до десяти. На слабые головные боли (2–3 балла) оценили 5 (23,8 %) человек, на боли средней силы (4–5 баллов) оценили 13 (62 %) и на сильные головные боли (7–8 баллов) предъявляли жалобы 3 (14,2 %).

Следующую группу составили пациенты, страдающие от вертеброгенной цервикобрахиалгией, что составило 9 (30 %) от всех испытуемых. Среди сопутствующих заболеваний были выставлены: дискогенная люмбагия 3 (33,3 %) пациента, артериальная гипертензия 3 (33,3 %) человека. Мак-Гиловский опросник показал, что на давящую, тупую боль жаловались 5 (55,5 %) пациентов, на распирающую сопровождающуюся тошнотой 3 (33,3 %) пациента и на боль страдание предъявлял жалобы 1 (11,1 %) человек. В ходе опросника DN4 у 4 (44,5 %) был выявлен нейропатический компонент боли. Оценка боли по шкале от нуля до десяти опросника Pain Detect показала, что на очень сильную, невыносимую боль (10 баллов) жаловалась 1 (11,1 %) пациентка, на слабую, не выраженную головную боль (2–3 балла) 4 (44,5 %) и на сильную головную боль (7–8 баллов) предъявляли жалобы 4 (44,5 %) человека.

Выводы

1) Таким образом, в ходе работы нейропатический компонент боли чаще встречался у пациентов с вертеброгенной цервикобрахиалгией (44,5 %), чем у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (9,5 %), что оказалось статистически значимым $\chi^2 = 4,802$, $p = 0,04916$.

2) Пациенты с ДЭП чаще предъявляют жалобы на тупую, сдавливающую головную боль 19 (86 %) чаще, чем пациенты с вертеброгенной цервикобрахиалгией, что оказалось статистически значимым $\chi^2 = 4,802$, $p = 0,04916$.

3) Оценка выраженности головной боли показала, что пациенты с вертеброгенной цервикобрахиалгией чаще страдают от сильной головной боли (44,5 %), чем пациенты с ДЭП (14,2 %).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Динамика показателей когнитивной сферы и нейротрофических факторов в процессе бальнеотерапии при дисциркуляторной энцефалопатии / Е. В. Владимирский [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2019. – Т. 96, № 2. – С. 4–10.
2. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учебник для студентов 4-6 курсов лечебного, педиатрического, медико-диагностического факультетов медицинских вузов, клинических ординаторов, аспирантов и начинающих неврологов / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. – 1-е изд. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 440 с.
3. Результаты исследования эффективности переносимости и безопасности препарата артрадол у пациентов с вертеброгенной цервикобрахиалгией / М. В. Путилина [и др.] // Фарматека. – 2013. – Т. 85, № 13 (266). – С. 108–115.

Ю. В. Цупиков, А. С. Мельников

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСУЛЬТА (КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Введение

Инсульт – это разновидность острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующаяся внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением стойкой (более 24 часов) очаговой неврологической симптоматики, представленной двигательными, чувствительными, речевыми, координаторными и зрительными нарушениями.

В клиническом течении инсульта выделяют несколько периодов:

- 1) 1–3 сутки – острейший период (пациент находится в отделении реанимации и интенсивной терапии);
- 2) до 1 месяца – острый период (отделение для лечения инсульта в стационаре);
- 3) до 3 месяцев – ранний восстановительный период (амбулаторное лечение);
- 4) до 1 года – поздний восстановительный период (амбулаторное лечение, восстановительная терапия);
- 5) после 1 года – период остаточных явлений (амбулаторное лечение, профилактика развития сосудистой деменции) [1].

Отдаленные последствия инсульта зависят от локализации очага поражения в мозге и от степени повреждения мозговых структур.

Наиболее частыми остаточными явлениями после инсульта являются: снижение мышечной силы на противоположной от очага поражения стороне (гемипарез) или полная ее утрата (гемиплегия); нарушение чувствительности (преимущественно поверхностной – болевой и температурной), изменение психоэмоционального состояния пациента [2].

Цель

Уточнить характеристики неврологического дефицита у пациентов с отдаленными последствиями инфаркта головного мозга

Материал и методы исследования

Было проведено телефонное интервью пациентов с инфарктом головного мозга, которые проходили лечение в 2018-2022 года в неврологических и реабилитационных отделениях УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Методической основой исследования стало выборочное единовременное наблюдение. Опрошены 40 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,5$ лет), из них 22 мужчины (55 %) и 18 женщин (45 %) с инфарктом головного мозга различной локализации.

Неврологический дефицит после инсульта оценивался с помощью следующих вопросов:

1. Какие симптомы Вас беспокоят после инсульта?
2. Имеются ли у Вас болевые ощущения в теле? Если да, то где?
3. Когда после инсульта появился болевой синдром? Сколько он длится?
4. Имеется ли у Вас повышение тонуса парализованных конечностей?
5. Есть ощущение бегания мурашек по парализованным конечностям?
6. Используете ли вы анальгетики?
7. Имеются ли у Вас нарушения сна?

8. Были ли у Вас повторные нарушения мозгового кровообращения?

9. Проходили ли Вы курсы реабилитации?

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении телефонного интервью было установлено, что у 27 пациентов (67,5 %) имелись жалобы неврологического характера. При этом двигательные нарушения в виде парезов и параличей выявлены у 15 пациентов (37,5 %). Чувствительные расстройства беспокоили 4 пациентов (10 %).

В 14 случаях (35 %) наблюдался постинсультный болевой синдром с локализацией боли в парализованных конечностях, плече, головные боли. При этом после инсульта боль появилась у 12 пациентов (30 %), а в 2 случаях (5 %) болевой синдром имелся и ранее. Для купирования болевого синдрома использовали анальгетики 11 пациентов (27,5 %). При этом чувство бега-ния мурашек по конечностям, парестезии беспокоили пациентов в 19 случаях (47,5 %).

Наличие повышения мышечного тонуса в конечностях после инсульта наблюдалось в 15 случаях (37,5 %).

Жалобы на нарушение равновесия и головокружение предъявляли 2 пациента (5 %). В 2 случаях (5 %) имелись речевые расстройства. У 3 пациентов (7,5 %) имелись жалобы на нарушение памяти, общую слабость, общее плохое самочувствие.

Нарушения сна после инсульта возникли у 15 пациентов (37,5 %), в основном в виде прерывистого сна и нарушения засыпания.

Повторные инсульты в анамнезе отметили 8 человек, что составило 20 % от всех опрошенных.

Охват реабилитационными мероприятиями составил 75 % (30 случаев) пациентов, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения.

Выводы

Таким образом, у большинства пациентов (67,5 %) с инфарктом головного мозга в отдаленном периоде инфаркта мозга имелись неврологические симптомы, самыми частыми из которых были парестезии, двигательные нарушения, повышение мышечного тонуса, постинсультная боль и расстройства сна.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев, Е. И. Сосудистые заболевания головного мозга / Е. И. Гусев // Неврология. Национальное руководство / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, А. Б. Гехт . – крат. изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 175–179.
2. Balance problems after stroke [Электронный ресурс] // Stroke Association. – Режим доступа: <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke/physical-effects-stroke/balance-problems-after-stroke>. – Дата доступа: 21.03.2023.

УДК 616.8+616-009.7]:616.12-008.331.1

А. Н. Шарманова, П. В. Пивоварова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И УРОВНЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛЮДЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Введение

Одним из важнейших этиологических факторов головной боли является артериальная гипертензия, которая считается распространенной проблемой у населения старше 45 лет.

Часто цефалгию, возникающую при артериальной гипертензии, сложно отличить от головной боли другой этиологии, поэтому следует обращать внимание на наличие или отсутствие общемозговых симптомов: боли в затылочной области, резкая головная боль, тошнота, рвота, фотофобия, потливость, гиперемия лица, несистемное головокружение, эпилептические припадки.

Выделяют 4 вида цефалгии, возникающих при артериальной гипертензии:

1. Сосудистая. Обусловлена нарушением оттока жидкости от головного мозга. Артерии и вены наполняются кровью и наблюдается отечность тканей. Это приводит к раздражению нервных рецепторов и увеличению болевого синдрома. Боль в голове при давлении давящая, ощущается пульсация сосудов. Она усиливается, если опустить голову вниз, а также при резких движениях, кашле и чихании.

2. Ликвородинамическая. Обусловлена нарушением движения ликвора. При артериальной гипертензии ликвор может задерживаться в головном мозге, что вызывает ноющую боль в голове.

3. Ишемическая. Вследствие спазма кровеносных сосудов может развиваться головная боль. Кровь давит на внутренние стенки сосудов, раздражая рецепторы. Эти сигналы поступают к головному мозгу, где преобразуются и вызывают болевой синдром. Данный спазм сосудов приводит к недостаточному поступлению кислорода и питательных веществ к головному мозгу, что вызывает ишемию.

4. Невралгическая. Повышение давления внутри черепной коробки оказывает влияние на все нервные структуры. Избыток ликвора приводит к сдавливанию тройничного нерва, который отвечает за иннервацию кожи и мускулатуры лица. Боль в таком случае резкая, пульсирующая, сконцентрирована в лицевой части. Она обостряется во время движения, наклонов и поворотов головы.

Цель

Оценить выраженность неврологической симптоматики, интенсивность болевого синдрома у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования

Выполнено обследование 20 пациентов (10 женщин и 10 мужчин) Гомельского областного клинического госпиталя (средний возраст 65 лет) с артериальной гипертензией 1, 2 и 3 степени. Было проведено анкетирование пациентов на наличие, интенсивность, локализацию головной боли, а также на выявление влияния цефалгии на повседневную жизнь человека. В ходе обследования АГ 1 ст. была обнаружена у 20 % пациентов, 2 ст. и 3 ст. – у 80 % (по 40 % каждая степень).

Результаты исследования и их обсуждения

В ходе исследования была обнаружена зависимость появления головной боли от повышенного артериального давления. У пациентов с АГ 1 степени (20 %) было выявлено редкое появление непродолжительной головной боли (1–3 раза в месяц), которая прекращалась без приема лекарственных препаратов или отсутствие цефалгии при повышении артериального давления (10 и 10 % соответственно); у пациентов с АГ 2 и 3 степени (80 %) отмечался более выраженный и продолжительный болевой синдром (пациенты отмечали появление головной боли вследствие повышения АД). При АГ 2 степени (40 %) головная боль появлялась 10–15 раз в месяц, при АГ 3 степени (40 %) – более 21 раза месяц / каждый день. Отмечается головная боль, локализованная в височной области. У 30 % пациентов нарушена повседневная деятельность, боль ограничивает выполнение домашних и общественных дел, участие в различных мероприятиях, у 10 % – отмечаются нарушение концентрации (при АГ 3 ст.). Все пациенты при АГ 2 и 3 степени купируют приступы

головной боли лекарственными препаратами. Раздражения цефалгия не вызывает. У 40 % пациентов выявлено головокружение, у 50 % – гиперемия лица, при повышении артериального давления. У 5 пациентов (25 %) выявлена тревожность, чувство паники, внутренний страх и дрожь при появлении головной боли вследствие повышения артериального давления, что негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов. 40 % пациентов считают, что они недостаточно хорошо справляются с головной болью.

На диаграмме (рисунок 1) отображена частота и выраженность болевого синдрома при артериальной гипертензии 1, 2 и 3 степени.

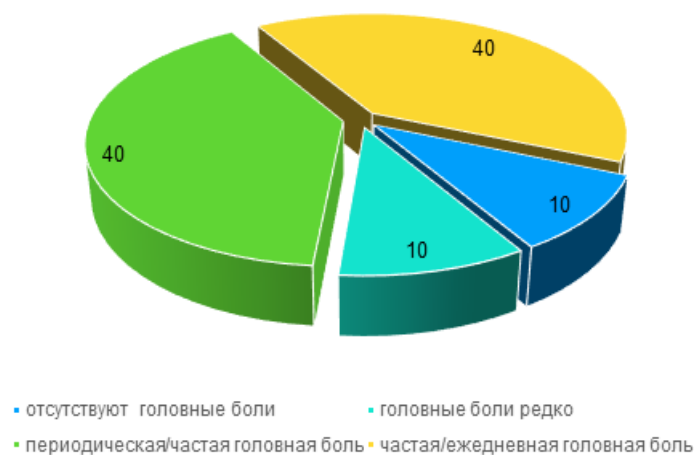


Рисунок 1 – Частота головных болей

Таблица 1 – Процентное соотношение частоты и выраженности головных болей

Частота головных болей	%
Отсутствуют	10%
Умеренная, редкая	10%
Выраженная периодическая, частая	40%
Сильные частые, ежедневные	40%

Выводы

В ходе работы была выявлена незначительно выраженная головная боль при повышении артериального давления или ее отсутствие при артериальной гипертензии 1 степени, и умеренно или сильно выраженная головная боль при повышении АД при артериальной гипертензии 2 и 3 степени, купируемая лекарственными препаратами.

Цефалгия напрямую зависит от повышения артериального давления и может значительно влиять на жизнь человека, ограничивая его в определенных действиях и влияя на его психоэмоциональное состояние, вызывая внутреннюю тревожность и панику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Табеева, Г. Р. Головная боль и цереброваскулярные заболевания / Г. Р. Табеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – № 10. – С. 114–118.
2. Петрова, М. М. Коморбидность артериальной гипертензии и головной боли / М. М. Петрова, П. В. Москалева // Журнал неврологии. – 2022. – № 6. – С. 132–138.
3. Парфенов, В. А. Артериальная гипертензия и головная боль / В. А. Парфенов, Т. М. Остроумова, О. Д. Остроумова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2021. – № 3. – С. 416–423.

А. М. Шумко, И. С. Иутин

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТИНФАРКТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Введение

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные процессы головного мозга, с помощью которых осуществляются рациональное познание мира и коммуникация. К когнитивным функциям относятся память, гнозис, речь, праксис, внимание и интеллект.

Диагностика и лечение заболеваний нервной системы, сопровождающихся нарушением когнитивных функций, – приоритетная задача современной клинической неврологии. Способность говорить, мыслить, анализировать, целенаправленно выполнять сложные моторные акты и применять эти навыки в работе и общении делает человека вершиной эволюционной цепи.

Цель

Выяснить, имеются ли когнитивные нарушения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и степень их выраженности.

Материал и методы исследования

Проведен опрос 20 пациентов, госпитализированных в отделение реабилитации кардиологических и онкологических пациентов учреждения «Гомельская университетская клиника – Областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны». Среди них 15 мужчин (75 %) и 5 женщин (25 %).

Использовались следующие опросники: Монреальская шкала, MMSE, FAB.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным Монреальской шкалы, выявлено, что у 50 % (10 человек) нарушения когнитивных функций отсутствуют, а у остальных 50 % процентов наблюдается легкое их снижение (20–25 баллов).

Достаточно надежным инструментом для первичного скрининга является тест диагностики когнитивных расстройств MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE), который показал отсутствие нарушений у 13 человек (65 %) и преддементные когнитивные нарушения у 7 человек (35 %) (рисунок 1).



Рисунок 1 – Результаты теста MMSE

Для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур используют батарею лобной дисфункции (FAB).

У 16 пациентов (80 %) наблюдается нормальная лобная функция. 20 % (4 человека) имеют умеренную лобную дисфункцию, которая более выражена в нарушении функции концептуализации и беглости речи (рисунок 2).



Рисунок 2 – Результаты FAB-теста

Выводы

У значительного числа пациентов после инфаркта миокарда имеются когнитивные нарушения, которые связаны с общностью факторов риска развития сосудистой деменции и ишемической болезни сердца.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Емелин, А. Ю. Когнитивные нарушения: руководство для врачей / А. Ю.Емелин, В. Ю. Лобзин, С. В. Воробьев. – М., 2019. – 7 с.
2. Щербакова, М. М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход) / М. М. Щербакова. – М. : Изд-во В. Секачев, 2021. – 16 с.

УДК 616.831-005.8:616.718.191

О. О. Якимович

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТАЗОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

Одним из осложнений перенесенного острого инфаркта головного мозга является тазовые расстройства.

К тазовым расстройствам относится: нарушение функций мочевого пузыря, нарушение дефекации, нарушение сексуальной функций. Неврологические нарушения мочеиспускания встречаются у каждого второго-третьего больного, перенесшего инсульт, причем урологическая симптоматика чаще появляется у больных старше 60 лет. Также нередко встречаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта, в частности, недержание или задержка стула [1].

Корковые центры, регулирующие тазовые органы представлены в лобной, височной (островке Рейля) и затылочной областях. Роль нервных центров, расположенных в лобных долях, состоит в подавлении позывов на мочеиспускание, координации полового и мочевого поведения. Поражение этих зон при инсульте, может приводить к императивному мочеиспусканию, императивному недержанию мочи, усилению либидо (полового влечения) вследствие утраты подавляющего влияния этих зон. Пациенты с указанной локализацией патологических процессов в головном мозге могут осуществлять мочеис-

пускание и дефекацию в необычных для себя местах, отмечается сексуальная расторможенность, что является проявлением лобной психики [2, 3].

Таким образом, тазовые расстройства при острых нарушениях мозгового кровообращения являются важным осложнением, требующим внимания и последующей коррекции.

Цель

Провести анализ частоты встречаемости и видов тазовых расстройств у пациентов с инфарктом головного мозга различной локализации.

Материал и методы исследования

Методической основой исследования стало выборочное единовременное наблюдение. Выборка исследования составила 27 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,5$ лет), из них 16 мужчин (59,3 %) и 11 женщин (40,7 %) с инфарктом головного мозга различной локализации, находящихся на лечении в неврологическом отделении № 1 УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ».

Для исследования тазовых нарушений у пациентов использовалась анкета, состоящая из 3 блоков: состояние мочевого пузыря, состояние кишечника, сексуальная активность.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах MicrosoftOfficeExcel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При ответах на вопросы о состоянии мочевого пузыря пациенты указывали, что неотложные позывы к мочеиспусканию имелись у 20 пациентов (77 %). Частота мочеиспускания более 7 раз в сутки наблюдалась у 2 пациентов (8 %). При этом ночное мочеиспускание было у 19 пациентов (68 %). Ощущение, что мочеиспускание происходит недостаточно быстро, наблюдалось у 17 пациентов (65 %). Слабый напор струи и увеличение времени мочеиспускания выявлено у 15 пациентов (57,7 %). Прерывистое мочеиспускание встречалось в 7 случаях (27 %). Натуживание при мочеиспускании наблюдалось у 2 пациентов (7,7 %). Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания установлено в 20 случаях (77 %). Недержание мочи наблюдалось также у 20 пациентов (77 %), при этом оно происходило при срочном позыве (53,8 %), при кашле или вставании (3,8 %), произвольно при бодрствовании (11,5 %), произвольно во сне (30,7 %). Объем неудерживаемой мочи был следующим: ниже белье становилось слегка влажным (3,8 %), ниже белье было мокрым (34,6 %), промокали брюки/юбка (7,7 %). Удовлетворены работой мочевого пузыря 10 пациентов (38,5 %), почти удовлетворены – 4 случая (15,4 %), частично не удовлетворены – 3 пациента (11,5 %), крайне не удовлетворены – 9 пациентов (34,6 %).

При опросе о состоянии работы кишечника ответы распределились следующим образом. Стул реже чем раз в день наблюдался в 9 случаях (34,6 %), при этом в приеме слабительного периодически нуждались 25 пациентов (96,1 %). Трудности с опорожнением кишечника испытывают периодически 25 пациентов (96,1 %). Недержание кала установлено в 1 случае (3,8 %), оно происходило при срочном позыве на дефекацию, в небольшом объеме. Диарея беспокоила 2 пациентов (7,6 %), при этом диарея чередовалась с поносом в 16 случаях (61,5 %). Работой кишечника удовлетворены 9 пациентов (34,6 %), почти удовлетворены – 17 (65,4 %).

Также пациентам было предложено оценить сексуальную функцию. Снижение полового влечения и уменьшение частоты половых актов отмечалось во всех случаях. При этом у мужчин стала слабее эрекция и эякуляция. Ощущения при оргазме стали менее яркими у лиц обоих полов. При этом все пациенты были не удовлетворены своей сексуальной активностью и наблюдали снижение полового влечения.

Выводы

Таким образом, у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в большинстве случаев имеются различные нарушения функции тазовых органов. Нарушения мочеиспускания встречаются в 77 % случаев, нарушения дефекации у 96,1 % пациентов, а проблемы с сексуальной функцией возникали в 100 % случаев. Выявленные изменения нуждаются коррекции и внимания со стороны медицинских работников и ухаживающих лиц.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шварц, П. Г. Патогенетические механизмы нарушений мочеиспускания и эрекции у пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга и их фармакологическая коррекция / П. Г. Шварц // РМЖ. – 2015. – № 11. – С. 639–646.
2. Баранов, Ю. Реабилитация после инсультов / Ю. Баранов // Социальное обеспечение. – 2003. – № 12. – С. 15–16.

УДК 616.831.8-009.17(540)

Donepudi Ramya Krishna

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

MYASTHENIA GRAVIS IN INDIA

Introduction

Myasthenia gravis is a potentially serious but treatable autoimmune disease which cause disturbance in neuromuscular junction, which results from formation of antibodies that block or destroy nicotinic acetylcholine receptors (AChR) or muscle specific tyrosine kinase at junction between nerve and muscle. This prevents the nerve impulses from triggering muscle contractions. Resulting pathological weakness and rapid fatigue of skeletal muscles, especially effects those that control the eyes, mouth, throat and limbs. About 10 % of patients with myasthenia gravis have thymoma, Usually thymomas aren't cancerous (malignant), but they can become cancerous. Researchers believe that the thymus gland triggers or maintains the production of the antibodies that block acetylcholine. Rarely, mothers with myasthenia gravis have children who are born with myasthenia gravis (neonatal myasthenia gravis). If treated promptly, children generally recover within two months after birth. Some children are born with a rare, hereditary form of myasthenia gravis, called congenital myasthenic syndrome. And most cases are however idiopathic. Muscle weakness caused by myasthenia gravis worsens as the affected muscle is used. Because symptoms usually improve with rest, muscle weakness can come and go. Half of the people with MG their first signs and symptoms involve eye problems, such as Drooping of one or both eyelids (ptosis), Double vision (diplopia). According to recent studies prevalence of disease is 2.1–5.0 cases in 1million population per year. It occurs more commonly in women under 40 years and men over 60 years.

Goal

To study the clinical presentation, age at onset, gender distribution, serological status and thymic pathology in patients with myasthenia gravis.

Material and methods of research

A retrospective study was carried out using records of patients with mayasthenia gravis from the years 1965 to 2008 collected over a period of 43 years from the Neurology Department in a tertiary referral center in India. All the patients included in the study were cases of myasthenia diagnosed on clinical basis and response to cholinesterase inhibitors (edrophonium

or neostigmine). Chest X-ray was done in all patients. Electrophysiology, serology, Computed Tomography (CT)/Magnetic Resonance Imaging (MRI) of chest were done when these became available. The data was analyzed retrospectively with respect to gender, age at onset, Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) classification and results of investigations including serology, electrophysiology, and histopathology of thymectomy specimens.

The results of the research and their discussion

Of 841 patients, 836 (611 males and 225 females) had acquired myasthenia (myasthenia gravis) and five congenital myasthenia. The median age at onset was 48 years (males 53 years and females 34 years). The peak age at onset for males was in the sixth and seventh decade and in females, in the third decade. Two hundred and twenty-two (26.31 %) patients had ocular and 616 (73.68 %) generalized myasthenia shown in figure 1. Serological studies were done in 281 patients with myasthenia gravis for Acetylcholine receptor (AchR) antibodies of which 238 (84.70 %) were seropositive. The most common histopathology was thymoma and the second most common was thymic hyperplasia shown in figure 2.

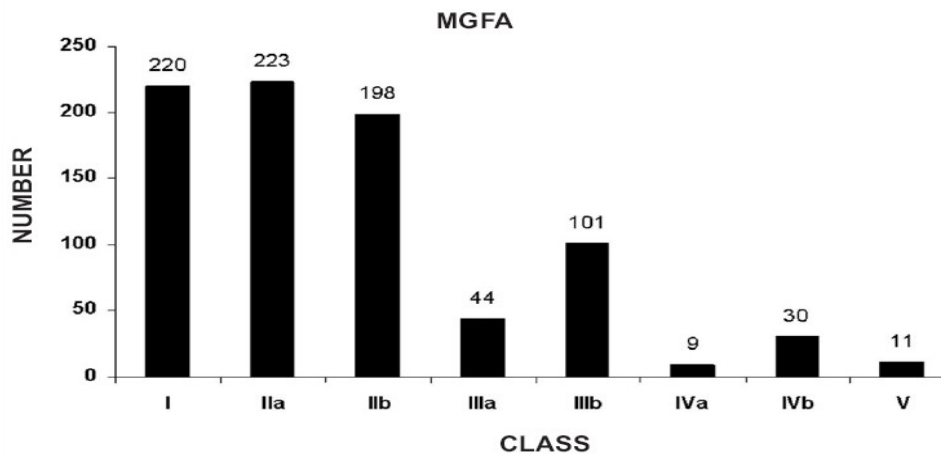


Figure 1 – The distribution at presentation according to MGFA classification.

MGFA Grade 1: ocular MG, MGFA Grade IIa: mild generalized MG, predominant limb or axial muscles involvement MGFA Grade IIb: mild generalized MG, predominant bulbar or respiratory muscles involvement, MGFA Grade IIIa: moderate generalized MG, predominant limb or axial muscles involvement, MGFA Grade IIIb: moderate generalized MG, predominant bulbar or respiratory muscles involvement, MGFA Grade IVa: severe generalized MG, predominant limb or axial muscles involvement, MGFA Grade IVb: severe generalized MG, predominant bulbar or respiratory muscles involvement, MGFA Grade V: MG cases requiring intubation

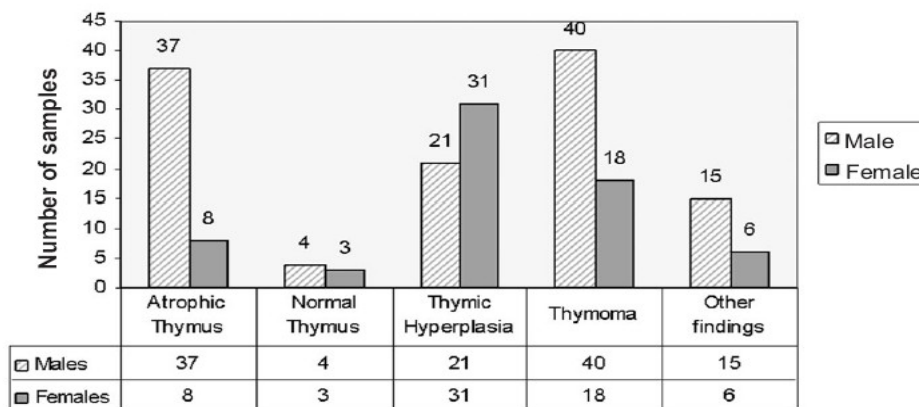


Figure 2 – The major histopathology findings with respect to gender

Conclusion

Myasthenia gravis in our study was more common in males (M:F of 2.70:1). There was a single peak of age at onset (males sixth to seventh decade; females third decade). The higher prevalence of thymomas in this series is in all probability related to selection bias as patients with thymic enlargement or more severe disease underwent thymectomy. Thymoma was more common in males; hyperplasia in females.

LITERATURE

1. Srivastava A, Kalita J, Misra UK. A comparative study of single fiber electromyography and repetitive nerve stimulation in consecutive patients with myasthenia gravis // *Electromyogr Clin Neurophysiol.* – 2007.
2. Comparative efficacy of low dose, daily versus alternate day plasma exchange in severe myasthenia gravis: A randomized trial / I. Trikha [et al.] // *J. Neurol.* – 2007. – № 254. – P. 989–995.
3. Epidemiology of seropositive myasthenia gravis in Greece / K. Poulas [et al.] // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* – 2001. – № 71.
4. Alexiev BA, Drachenberg CB, Burke AP. Thymomas: A cytological and immunohistochemical study, with emphasis on lymphoid and neuroendocrine markers. // *Diagn Pathol.* – 2007. – № 2. – P. 13.
5. Thymoma: A pathological study of 50 cases / P. Vaideeswar [et al.] // *J Postgrad Med.* – 2004. – № 50. – P. 94–97.

УДК 616.89-008.434.5:616.831]-092.4

F. Rasha H.A., P. Tharseekan

Scientific supervisor: Ph.D., associate professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

BROCA'S APHASIA AND MOTOR STIMULATION THROUGH SIGN LANGUAGE TRAINING

Introduction

Broca's aphasia [BA] is an expressive speech disorder, defined by the partial loss of the ability to speak but still maintaining comprehension when spoken to. Essentially, the person is unable to execute the motor/movement part of speaking.

Often caused by:

- Stroke.
- Tumors.
- Injury.
- Infection or Inflammation if the brain etc.

The main function of the Broca's area is to take in stimulus during conversation, or other areas that require speech, formulate a plan on how and what to respond, and transfer this information to the motor cortex, resulting in the action of speech. The Broca's area is active during the planning and processing phase of speech. However, its activity declines during actual speech [1].

When children were under observation for developmental skills in speech and motor function, it was found that improvements in speech was typically achieved after a significant degree of motor function was accomplished [2]. This indicates that, with proper motor stimulation and exercise of the motor cortex, the overall activity of the phono-articulatory muscles will progress.

Briefly, the issue lies in the overall output of the motor cortex regarding speech.

In theory, if we are able to stimulate the motor cortex to make it more efficient and competent in receiving information from the Broca's area and producing speech, it would evidently help in a faster improvement in the speaking process. i.e., we can use motor exercises to increase neuroplasticity.

Goal

The purpose of this research is to consider the prospects of adapting Sign Language in the speech training for patients with Broca's aphasia.

Material and methods of research

A perspective analysis and generalization of medical and scientific literature on this topic.

The results of the research and their discussion

There are no set rules for the treatment of BA and it is often specific to the individual patients and their lifestyle requirements. For example, if stroke is the underlying cause, it is possible to achieve good results in a maximum of 6 months. Treatment for patients under this category will be different from patients who have BA as a result of tumor [3].

There is apparent connection between cortical hand movement (involving contralateral hemispheres) and speech (usually involving the left hemisphere) [4].

In regards to Sign Language, patients suffering from aphasia resulting from stroke show promise in recreating gestures in specific sequences [5].

Conclusion

When referring to the points mentioned above, there is an important relationship between the Broca's area and the motor cortex; especially in the way they influence the development of each other and the function of speech.

Sign language stands to be a right-minded approach in improving the speech and the quality of life for a person having BA as it will improve the prospects of regaining speech and simultaneously providing a convenient way to communicate with their surroundings.

Further research and clinical trials should be conducted under this promising hypothesis.

LITERATURE

1. Flinker A. [et al.] Broca's Area Is the Brain's Scriptwriter, Shaping Speech, Study Finds [Electronic resource]. Johns Hopkins Medicine, 2015. URL: https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/brocas_area_is_the_brains_scriptwriter_shaping_speech_study_finds (accessed 03.03.2023)
2. Developmental milestones: Sign language acquisition and Motor development / J. D. Bonvillian [et al.] // Child Development. – 1983. – Vol. 54, № 6. – P. 1435–1445.
3. Acharya A.B., Wroten M. Broca aphasia [Electronic source]. National library of Medicine, 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436010/#:~:text=Broca%20aphasia%20is%20a%20non,use%20of%20prepositions%20are%20lost.> (accessed 06.03.2023)
4. Functional connectivity between cortical hand motor and language areas during recovery from aphasia / I. G. Meister [et al.] // Journal of the Neurological Sciences. – 2006. – Vol. 247, № 2. – P. 165–168.
5. Sekine K., Rose M. L. The Relationship of Aphasia Type and Gesture Production in People With Aphasia // American Journal of Speech-Language Pathology, 2013. – Vol. 22, № 4. – P. 662–672.

УДК 616.894-053.8-039.4(540)

Sudha Sri Malarvannan

Scientific Guide: Ph.D., associate professor N. N. Usova

Education establishment

«Gomel State Medical University»

Gomel, Republic of Belarus

PREVALENCE OF ALZHEIMER'S DISEASE IN INDIA

Introduction

Alzheimer's Disease is the most common form of dementia. It is more common in older individuals. Alzheimer's disease is an irreversible, progressive brain disease that slowly destroys memory and thinking skills, and eventually, the ability to carry out the simplest tasks of daily living. Although scientists are learning more every day, right now, they still do not know what causes Alzheimer's disease. Thus it is an Idiopathic disease. It is estimated that by the

year 2020, approximately 70 % of the world’s population aged 60 and above will be living in developing countries, with 14.2 % in India [1].

Table 1 – We can see the different stages of Alzheimer’s disease as classified according to their prevalence and their characteristics

Stages of Alzheimer’s disease	Pre-dementia or Mild Cognitive Impairment. Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer’s Disease	Mild Alzheimer’s dementia or Major Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer’s Disease- Mild	Moderate Alzheimer’s dementia or Major Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer’s Disease- Moderate	Severe Alzheimer’s dementia or Major Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer’s Disease- Severe
Prevalence rate in India in Percentage	26.06 %	7.4 %	8.4 %	10.4 %
Characteristics	Characterized by level of cognitive decline that requires compensatory strategies and accommodations to help maintain independence and perform activities of daily living	Characterized by symptoms which mildly impair activities of daily living so that patient needs supervision over complex tasks, like managing finances etc.	Characterized by symptoms which moderately impair activities of daily living so that patient needs assistance for some of the activities	Characterized by symptoms which severely impair activities of daily living such that patient is completely dependent on others for basic needs

Goal

It is a review article which helps us to determine overall and age -specific incidence rates of Alzheimer’s disease in a southern Indian province, Kerala.

Materials and methods of research

A 10-year (2001–2011) prospective epidemiologic study of community residing subjects aged ≥ 55 years at enrollment. The catchment area included four urban and semi-urban regions of Trivandrum city in Kerala, India, was selected to provide a range of demographic and socioeconomic representation. Cognitive and functional ability screening were done at baseline and 24-month follow-up assessments [5]. Consensus diagnostic procedures were done using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, and the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association criteria for the diagnosis of dementia and AD [2].

The results of the research and their discussion

Among the 1066 eligible participants who were cognitively normal at baseline, 104 developed dementia among them 98 with Alzheimer’s Disease over a follow-up period of 8.1 years. The incidence rates per 1000 person-years for Alzheimer’s Disease was 11.67 for those aged ≥ 55 years and higher for those aged ≥ 65 years. In those aged ≥ 65 years, the world age standardized incidence rate was 21.61 per 100,000, and standardized against the age distribution for the year 2000 U.S. Census, the age-adjusted incidence rate was 9.19 per 1000 person-years. Incidence rate of Alzheimer’s Disease increased significantly and proportionately with increasing age. There are two categories of Alzheimer’s disease biomarkers: (a) markers of brain amyloid such as positron emission tomography and cerebrospinal fluid, and (b) markers of neuronal injury like cerebrospinal fluid tau, fluorodeoxyglucose for metabolic activity, and magnetic resonance imaging for atrophy measurement. There are two types of neuropathological changes which provide evidence about disease progress and symptoms and include: (1) positive lesions (due to accumulation), which are characterized by the accumulation of neurofibrillary tangles, amyloid plaques, dystrophic neurites, neutrophil threads, and other deposits found in the brains of Alzheimer’s Disease patients [4]. In addition to (2) negative lesions (due to losses), that are characterized by large atrophy due to a neural, neutrophil, and synaptic loss. Patients with severe dementia may lose the ability to walk, talk, and take care for themselves. They need

to rely on caregivers to handle even their most basic needs, including eating, washing, and going to the bathroom. They may also have difficulty in communication including telling names of things, or finding appropriate words to express themselves [3].

Table 2 – Given below explain us about the incidence rate of Alzheimer’s disease in Kerala among men and women out of respective participants

Age	Males	Females
55–59	5	20
60–64	155	222
65–69	132	146
70–74	85	106
75–79	43	63
80–84	21	35
> 85	18	15

Conclusion

1. These are the first Alzheimer’s Disease incidence rates to be reported from southern India. The incidence rates appear to be much higher than that reported from rural north India.

2. Even though Alzheimer’s Disease is a public health issue, as of now, there is only two classes of drugs approved to treat Alzheimer’s Disease, including inhibitors to cholinesterase enzyme (naturally derived, synthetic and hybrid analogues) and antagonists to N-methyl d-aspartate.

3. Alzheimer’s Disease has been considered a multifactorial disease associated with several risk factors such as increasing age, genetic factors, head injuries, vascular diseases, infections, and environmental factors (heavy metals, trace metals, and others). The underlying cause of pathological changes in Alzheimer’s disease such as A β and synaptic loss is still unknown.

LITERATURE

1. De-Paula V.J., Radanovic M., Diniz B.S., Forlenza O.V. Alzheimer’s disease. *Sub-Cell. Biochem.* 2012;65:329–352. [Electronic resource] – mode of access: Doi: 10.1007/978-94-007-5416-4_14. Date of access: 20.02.2014.

2. Cipriani G., Dolciotti C., Picchi L., Bonuccelli U. Alzheimer and his disease: A brief history. *Neurol. Sci. Off. J. Ital. Neurol. Soc. Ital. Soc. Clin. Neurophysiol.* 2011;32:275–279. [Electronic resource] – mode of access: Doi: 10.1007/s10072-010-0454-7. Date of access: 30.02.2018

3. Blass J.P. Alzheimer’s disease. *Dis. A Mon. Dm.* 1985;31:1–69. [Electronic resource] – mode of access: Doi: 10.1016/0011-5029(85)90025-2. Date of access: 10.05.2010

4. Terry R.D., Davies P. Dementia of the Alzheimer type. *Annu. Rev. Neurosci.* 1980;3:77–95. [Electronic resource] – mode of access: Doi: 10.1146/annurev.ne.03.030180.000453. Date of access: 10.04.2015

5. Rathmann K.L., Conner C.S. Alzheimer’s disease: Clinical features, pathogenesis, and treatment. *Drug Intell. Clin. Pharm.* 1984;18:684–691. [Electronic resource] – mode of access: Doi: 10.1177/106002808401800902. Date of access: 20.02.2014.

УДК 616.8:[616.98:578.834.1]-06:614.47

Mandara Hasangani Kande Vidanaralage

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor N. N. Usova

Educational Establishment

«Gomel State Medical University»

Gomel, Republic of Belarus

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH COVID 19 VACCINATION

Introduction

In December 2019 SARS Covid 2 was introduced to world causing pandemic situation. As of year 2023, 682 million people were diagnosed with COVID 19 and 6.826 million deaths reported worldwide. In early 2021, vaccination against COVID 19 was introduced to control

the spreading of the infection. 69.8 % of the world population has received at least one dose of COVID 19 vaccine. There are types of mechanism of action of vaccines, nucleic acid based vaccine (mRNA), viral vector (replication - non replication), live inactivated (or attenuated) virus and protein (spike protein or its subunits). As of November 2021, 11 COVID 19 vaccines have been approved by World Health Organization for mass vaccination, by just completing the phase 3 clinical trials. Since the vaccines do not complete the standard clinical trials, the negative effects of each vaccine should be monitored. According to data from CDC, VAERS and EMA, short term effects of vaccine are favorable, while long term effects in doubt and side effects were reported. Venous sinus thromboses is the most severe disorder that should be diagnosed and managed immediately. Therefore the medical personnel, should be able to identify the patients with the complication as soon as possible [2].

Goal

To evaluate the importance of early diagnosis and possible neurological complications, long term neurological effects due to COVID 19 vaccination.

Material and Methods of research

The analysis and generalization of modern medical scientific literature on neurological manifestations and complication due to COVID 19 vaccines.

The results of the research and their discussion

Based on the database of vaccine adverse event reporting system, presence of several neurological manifestations due to COVID vaccination from mild to severe features depending on age, sex, co-existing health conditions were reported. Complications are acute, transient, self-limiting while severe cases required ICU admission. Women are more prone to neurological complication compared to men due to increased immune response. Most common mild neurological manifestations are weakness, dizziness, numbness, headache, imbalance, fatigue, joint pain, muscle spasm, restless leg syndrome and less common features are tinnitus, tremors and Herpes zoster. Reported neurological complications such as Bell's palsy, Guillain-Barre Syndrome, stroke seizure, anaphylaxis and demyelinating syndromes like transverse myelitis, acute encephalomyelitis [1]. Most severe complication is the cerebral venous thrombosis, which required immediate medical attention, occurred in women at childbearing age.

Post vaccination vascular complications in brain, especially after adenovirus based vaccine are thrombocytopenia, cerebral venous sinus thrombosis, ischemic stroke, intracerebral hemorrhage. The mechanism of causing thrombocytopenia is that inducing synthesis of IgG against platelet factor 4, which activate platelet and blood clot in large venous artery [2]. In Adenovirus based vaccine, transfer of nucleic acids encoding the viral spike (S) protein. Autoimmunity developed due to leakage of genetic material and their binding to platelet factor 4. Excessive coagulation cause venous sinus thrombosis. Viral antigen of the COVID vaccine activate the complement pathway or increase the thrombin activity, that lead to increase in blood clot formation.

Acute neurological disorders caused due to COVID 19 vaccination are transverse myelitis, acute diffuse encephalomyelitis, Bell's palsy, encephalopathy and seizures. Synthesis and release of spike proteins due to vaccination cause convulsions, lead to severe inflammation and hyperthermia. Hyperthermia increase the activity of glial cells, increasing blood brain barrier permeability, therefore peripheral blood cells and albumin enter into brain causing disruption of osmotic balance. Peripheral blood cells secrete inflammatory mediators into brain destructing myelin and axonal degeneration, which lead to brain disorder. SARS CoV-2 spike domain S1 antibody presence in cerebrospinal fluid illustrate the etiology of encephalopathy and seizures.

Transverse myelitis, inflammation of part of spinal cord, usually after infection associated with impaired sensory, motor and autonomic function in the region below the area of inflammation. The mechanism of induction of this disorder related to vaccination is that the viral antigen

of the vaccine develop autoimmune response by molecular mimicry, which cause demyelinating syndromes such as multiple sclerosis, neuromyelitis Optica. Majority from the age range 20–60 years are affected [3].

COVID 19 vaccination also affect on cranial and peripheral nerves causing Bell's palsy (facial nerve, seventh cranial nerve), Abducens nerve palsy (lateral rectus ocular muscle nerve palsy, sixth cranial nerve), impaired vision, olfactory, hearing, Guillain Barre syndrome, small fiber neuropathy, Parsonage Turner's syndrome, Herpes zoster. Similarly, the same mechanism inducing autoimmunity by molecular mimicry involved. Bell's palsy which cause paralysis of one side of the face and the small fiber neuropathy were reported as a neurological complication due to mRNA based vaccine [4]. Inability to blink in Bell's palsy, lead to eye dryness causing blindness. Therefore early diagnosis and management is required. Guillain Barr syndrome, a rare neurological disorder immune system damage nerve cells and cause muscle weakness and occasional paralysis, manifested in elderly patients, vaccinated with adenovirus based vaccine. Pfizer vaccine was reported with impairment of vision, auditory, olfactory and abducens nerve palsy [4]. Impairment of olfactory function illustrated from the range of symptoms of lack of sense to olfactory hallucination, that cause due to bilateral disturbance or augmentation of olfactory pathway and olfactory bulb. Impairment of auditory function manifested as hearing loss, tinnitus and dizziness. Pfizer and AstraZeneca vaccinated people also presented with optic nerve inflammation, which lead to vision disorder in middle age. mRNA vaccine such as Pfizer vaccine in increasing the risk of herpes zoster. Recent studies reported that Pfizer vaccine cause Ramsey Hunt syndrome which manifested with facial nerve palsy, vestibulocochlear neuropathy, glossopharyngeal nerve neuropathy [5].

According to a study, conducted in Oxford university, even the mild cases of COVID 19 infection, cause brain shrinkage from 0.2 % to 2 %, which was proven by MRI scan Shrinking of brain lead to cause impairment in memory and cognition. The changes in size of brain that could cause due to COVID 19 vaccination still remain unclear [6].

Conclusion

Based on the studies on COVID vaccine, adverse effects due to mass vaccination strategy, but the desired effect of the vaccination are more significant. Majority of neurological complications associated with COVID 19 vaccine reported in people with history of immune related disease, women in childbearing age, already existing neurological disorders and elderly. The most important and the most common complications are cerebral venous thrombosis prominent in AstraZeneca, transverse myelitis prominent in Pfizer, Moderna, AstraZeneca and Johnson & Johnson, Bell's palsy prevalent in Pfizer, Moderna, Guillain Barr syndrome prominent in Pfizer, AstraZeneca and Johnson & Johnson, the first manifestation of multiple sclerosis mostly reported with Pfizer vaccination. Further studies has to be improved to confirm and observe the possible neurological manifestations on COVID vaccination.

LITERATURE

1. Assiri SA, Althaqafi RM, Alswat K, Alghamdi AA, Alomairi NE, Nemenqani DM, Ibrahim ZS, Elkady A. Post COVID-19 vaccination-associated neurological complications // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2022. – № 18. – P. 137.
2. Iba T, Levy JH, Warkentin TE. Recognizing vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia // *Crit Care Med.* – 2022. – № 50(1). – e80.
3. Ismail II, Salama S. A systematic review of cases of CNS demyelination following COVID-19 vaccination // *J Neuroimmunol.* – 2022. – № 362. – P. 577765.
4. Ozonoff A, Nanishi E, Levy O. Bell's palsy and SARS-CoV-2 vaccines // *Lancet Infect Dis.* – 2021. – № 21(4):450–2.
5. Woo CJ, Chou OHI, Cheung BMY. Ramsay Hunt syndrome following COVID-19 vaccination // *Postgrad Med J.* – 2022. – <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-141022>.
6. R. (2022, March 8). COVID-19 can cause brain shrinkage, memory loss - study. Reuters. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/covid-19-can-cause-brain-shrinkage-memory-loss-study-2022-03-08>.

Mohamed Mowith Fathima Sanjitha

Scientific Leader: Ph.D., Associate Professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

CLINICAL CASE OF SENSORY STROKE

Introduction

Stroke is a sudden onset focal or global loss of brain function with symptoms lasting more than 24 hours or leading to death with no apparent cause other than vascular in origin. A stroke occurs due to supply of blood in the brain becomes compromised. This can happen when the blood clot obstructing an artery and stopping blood flow to an area of the brain called an ischemic stroke (atherosclerosis, vasculitis, thrombophilia and cardio embolism) and an artery in the brain bursting and leading to bleeding inside the brain called a hemorrhagic stroke (AV malformation, aneurysm, hypertension and anticoagulants) [1].

There are 9 major sections of the brain that can be affected by stroke. Each area of the brain controls different functions. Frontal lobe stroke, Parietal lobe stroke, Temporal lobe stroke, Occipital lobe stroke, Cerebellar stroke, Brain stem stroke, Basal ganglia stroke thalamic stroke and internal capsule stroke these are the places of the brain where stroke occurs. During a stroke, the affected areas of the brain cannot receive enough oxygen-rich blood. As a result, brain tissue begins to die. Oxford shire classification of stroke can be 4 types: 1. Total anterior circulation syndrome (hemiparesis, hemianopia and higher cortical dysfunction/ dysphasia), 2. Partial anterior circulation syndrome (any 2/3 of TACS or higher cortical dysfunction), 3. Posterior circulation syndrome (isolated hemianopia or brainstem or cerebellar signs) and 4. Lacunar syndrome (pure motor, pure sensory, sensorimotor and ataxic hemiparesis). Depending on the area of the brain affected by stroke, this damage will cause changes in certain sensory, motor and cognitive functions [3].

The cerebral cortex (cerebrum) is a large part of the brain that includes 4 lobes: the frontal lobe, occipital lobe, parietal lobe and temporal lobe. Strokes in these regions are known as a cortical strokes. Aside from the cerebrum, there are subcortical structures that lie deep within the brain [4]. Strokes in these areas of the brain called as subcortical strokes. The arteries that supply the subcortical areas of the brain are smaller and more delicate. A hemorrhagic subcortical stroke can occur when these delicate arteries rupture due to high blood pressure or other complications.

When an ischemic stroke occurs in the subcortical regions, it's referred to as a lacunar stroke. There are many differences between cortical and subcortical strokes. For example, cortical strokes often impact higher level functioning; and it's uncommon for subcortical strokes to result in language difficulties. A stroke in the parietal lobe can affect the brain's ability to interpret sensory information and spatial awareness. As a result, parietal lobe stroke patients often struggle with piecing together their experiences [3]. A parietal lobe stroke mostly affects sensory interpretation along with language skills and spatial awareness. Some secondary effects of this cortical stroke include hemineglect, difficulty writing (agraphia), difficulty reading (alexia), and difficulty speaking (aphasia) [1]. A stroke in the parietal lobe occurs when a blood vessel in the parietal lobe either gets clogged by a blood clot (an ischemic stroke) or the blood vessel bursts (a hemorrhagic stroke). Parietal lobe stroke affects your ability to process sensory information and understand spatial awareness. There is hope for recovery. Through repetitive

practice, neuroplasticity is promoted, and parietal lobe functions can be reassigned to undamaged areas of the brain [1, 3].

A stroke in the occipital lobe often causes vision problems since this area of the brain processes visual input from the eyes. A stroke can be isolated to the occipital lobe, or it may be more widespread, affecting nearby brain structures such as the cerebellum, brain stem, thalamus, or temporal lobe. Many occipital lobe stroke survivors sustain hemianopia, or partial blindness. This can be remedied, at least to some degree, through vision restoration therapy [2]. The occipital lobe, the final type of cortical stroke, plays a large role in your vision. As a result, an occipital lobe stroke often results in vision difficulties like central vision loss, cortical blindness, visual hallucinations, or other secondary effects [1]. When an artery that supplies blood to the occipital lobe, located in the back of the brain, becomes compromised, an occipital stroke occurs. Common symptoms of a stroke include weakness on one half of the body, facial drooping, and slurred speech. An occipital lobe stroke, however, may not cause these symptoms. A stroke specifically in the occipital lobe is rare because the arteries in this area have a safety mechanism for blood flow called the «Circle of Willis». As its name suggests, the Circle of Willis refers to arteries in the brain that are connected in a circle, allowing blood to flow forward or backward to compensate for narrowed or damaged arteries [2].

Lacunar strokes are strokes caused by the occlusion of a small branch of a larger blood vessel. Because of the way blood vessels divide in the brain, lacunar strokes tend to occur in areas located in the deeper parts of the brain, where many of the smaller blood vessel branches are located [4]. As their name implies, pure sensory lacunar strokes are strokes in which the only symptoms are sensory abnormalities, such as numbness or unusual perception of pain, temperature, or pressure. The overwhelming majority of pure sensory lacunar strokes affect a brain area called the thalamus, an area that is heavily involved in processing the senses from all over the body. Sensations affected by a pure sensory stroke include touch, pain, temperature, pressure, vision, hearing, and taste [4]. Most cases of pure sensory lacunar stroke produce an absent or abnormal sensation in the face, arm, leg, and thorax, but only on one side of the body. In many cases, however, different body parts such as the fingers, the foot, or the mouth on one side are affected in isolation. A common type of pure sensory lacunar stroke is called Dejerine Roussy, which is an example of central pain syndrome [4]. Pure sensory stroke (PSS) is a well-defined clinical entity in which hemisensory symptoms predominate without other major neurological signs. Pure sensory stroke, initially described by Fisher almost 50 years ago, especially when tract-specific, may easily be explained away as a functional disorder. The strokes may be very small, located anywhere in the sensory pathway from the pons to the parietal cortex. Pure sensory strokes are characterized by subjective symptoms with no evidence of weakness, speech difficulties, or other classical symptoms of cerebral infarction or hemorrhage. Symptoms may be subtle and progress within hours, may include positive phenomena like tingling, and may thus lack the characteristic apoplectic loss of function. Improvement and normalization within weeks is considered to be the rule. However, central pain, which usually involves damage to the spinothalamic tract or the thalamic ventro-posterior nucleus (VPN), has been known for more than a century. Here we describe a unique case with a vascular lesion in the posterolateral part of the thalamus on both sides, developing both an incomplete and a complete sensory hemi-syndrome with post-stroke pain accompaniment [5].

Goal

To study occipital and parietal areas of the brain can be affected by sensory stroke, along with common secondary effects.

Material and methods of research

We present to your attention a clinical case of sensory stroke. Patient M, 60 years old, was admitted to the stroke department of the Gomel University Clinic with complaints of clumsi-

ness in the left limbs. Acutely ill at home in the evening, when the patient developed dizziness and clumsiness in the left limbs, due to which he fell. Was taken by ambulance to the hospital.

In neurological status: In a clear mind. Somewhat uncritical to his condition, euphoric. There are no speech disorders. Reflexes of oral automatism are negative on both sides. Pupils D=S, 3 mm. The mobility of the eyeballs in full. There were no sensory disorders on the face, the exit points of the trigeminal nerve were painless. The face is symmetrical. Hearing and vestibular function are not changed. The soft palate is mobile, symmetrically phonates. Swallowing solid and liquid food is free. Tongue in the midline. Deep reflexes from arms and legs above on the left. There are no power cuts. Muscle tone D=S, not changed. St. Babinsky + on the left. Superficial and deep sensitivity is significantly reduced in the left limbs. Sensitive ataxia of the left limbs. Coordination violations were not revealed. Stable in the Romberg position. There is no pathological muscle fatigue and myotonic delay. Tremor and other extrapyramidal disorders were not detected. Violation of the function of the pelvic organs denies. There are no meningeal signs. On CT scan of the brain: the focus of cerebral infarction is 1.5 cm in the right parietal lobe. The analysis and generalization of modern medical scientific literature on this topic. (NCBI, Pub-Med and journals).

The results of the research and their discussion

In neurological status: In a clear mind. Somewhat uncritical to his condition, euphoric. There are no speech disorders. Reflexes of oral automatism are negative on both sides. Pupils D=S, 3 mm. The mobility of the eyeballs in full. There were no sensory disorders on the face, the exit points of the trigeminal nerve were painless. The face is symmetrical. Hearing and vestibular function are not changed. The soft palate is mobile, symmetrically phonates. Swallowing solid and liquid food is free. Tongue in the midline. Deep reflexes from arms and legs above on the left. There are no power cuts. Muscle tone D=S, not changed. St. Babinsky + on the left. Superficial and deep sensitivity is significantly reduced in the left limbs. Sensitive ataxia of the left limbs. Coordination violations were not revealed. Stable in the Romberg position. There is no pathological muscle fatigue and myotonic delay. Tremor and other extrapyramidal disorders were not detected. Violation of the function of the pelvic organs denies. There are no meningeal signs. On CT scan of the brain: the focus of cerebral infarction is 1.5 cm in the right parietal lobe. Although it's impossible to revive dead brain cells, recovery is possible through neuroplasticity. This process allows healthy parts of the brain to take over the functions damaged by stroke. The goal of stroke rehabilitation is to restore or compensate for the secondary effects sustained to your highest potential. These effects vary from person to person based on the size and location of the stroke.

Conclusion

Small strokes only affecting the somatosensory system should not be underestimated. Neuropathic pain may result. Probably unique in the present case is the demonstration of bilateral thalamic pain secondary to two almost identical thalamic infarcts. Small vessel disease (microatheroma or lipohyalinosis) was the most likely cause of the lacunes. One can only speculate if there was an occlusion in two separate thalamic perforators, or in a single dominant artery supplying the bilateral thalami.

LITERATURE

1. Areas of the brain affected by stroke: Location matters (2022) Flint Rehab. Available at: <https://www.flintrehab.com/areas-of-the-brain-affected-by-stroke/> (Accessed: March 4, 2023).
2. Occipital lobe stroke: Effects, rehabilitation, & outlook (2022) Flint Rehab. Available at: <https://www.flintrehab.com/occipital-lobestroke/#:~:text=A%20stroke%20in%20the%20occipital,%2C%20thalamus%2C%20or%20temporal%20lobe.> (Accessed: March 4, 2023).
3. Parietal lobe stroke: What to expect & how to recover (2022) Flint Rehab. Available at: <https://www.flintrehab.com/parietal-lobestroke/> (Accessed: March 4, 2023).

4. McCreery, R. and Fekete, Z. (2019) Pure sensory stroke due to brainstem lesion, BMJ Case Reports. BMJ Specialist Journals. Available at: <https://casereports.bmj.com/content/12/8/e230472> (Accessed: March 4, 2023).

5. Alstadhaug, K.B. and Prytz, J.F. (2012) Pure sensory syndromes and post-stroke pain secondary to bilateral thalamic lacunar infarcts: A case report, Journal of medical case reports. U.S. National Library of Medicine. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514397/> (Accessed: March 4, 2023).

УДК 616.831-006.487

Puttur Srinivasan Uday Prakash

Scientific supervisor: Ph.D., associate professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

THE LATEST TREATMENTS FOR BRAIN TUMORS (GLIOBLASTOMA)

Introduction

A brain tumor is a growth of abnormal cells in the brain. The anatomy of the brain is very complex, with different parts responsible for different nervous system functions. Brain tumors can develop in any part of the brain or skull, including its protective lining, the underside of the brain (skull base), the brainstem, the sinuses and the nasal cavity, and many other areas. There are more than 120 different types of tumors that can develop in the brain, depending on what tissue they arise from.

Goal

To provide an overview on the current treatment methods used to treat brain tumor globally and to provide a better understanding on the advances of new treatment methods used to treat brain tumor and to show how successful these treatment methods are, using clinical trials which have been carried out globally as examples.

Material and methods of research

The search of information was conducted through the research of scientific articles and systematic literature and the results were screened for the relevance review topic and also new articles were added based on the clinical knowledge of the author on the specific area. Statistical information was also obtained from clinical trials conducted on the area of review.

The results of the research and their discussion

Glioblastoma (GBM), also referred to as a grade IV astrocytoma is a fast-growing, aggressive and deadly brain tumor. It invades the nearby brain tissue, but generally does not spread to distant organs. GBMs can arise in the brain de novo or evolve from lower-grade astrocytoma. In adults, GBM occurs most often in the cerebral hemispheres, especially in the frontal and temporal lobes of the brain. GBM is a devastating brain cancer that can result in death in six months or less, if untreated; hence, it is imperative to seek expert neuro-oncological and neurosurgical care immediately, as this can impact overall survival.

Prevalence and Incidence

Glioblastoma is the most common malignant brain and other CNS tumors accounting for 47.7 % of all cases.

Table 1 – Indicates prevalence and incidence of the neuroglioblastoma

Incidence	Age	Gender
3.21/100,000 population	Older > young	Male > female

Survival rate is approximately: 40 % after the first year post diagnosis and 17 % in second year.

Factors associated with glioblastoma risk are prior therapeutic radiation, decreased susceptibility to allergy and impaired immune response. Several hereditary cancer syndromes greatly increase the risk of glioblastoma, including Li-fraumeni syndrome and Lynch syndrome.

Advancement in treatment:

Introduction

In over 40 years median survival has only shown modest improvement , and standard of care treatment often has negative impact on quality of life . Treatment including radiation and chemotherapy takes a heavy toll. Frequently patients cannot tolerate the completion of the prescribed chemotherapy cycles. Thus, there is a great unmet need for a completely different therapeutic approach with better outcome and less toxicity.

A new FDA-approved treatment involving electric fields alternating at 200 kHz called Optune™ therapy is now available for recurrent GBM as monotherapy and in combination with temozolomide for newly diagnosed GBM. It is also being tested in clinical trials for other cancers. Its hypothesized mechanism of action involves disruption of tubulin dimers, mitotic spindles, and cell division by electric field-induced dipole alignment and dielectrophoresis . It has a modest effect on survival, increasing median overall survival by 0.6 month in recurrent GBM, and in newly diagnosed GBM by 31 %.

Oncomagnetic Device

The Oncomagnetic device consists of 3 oncoscillators securely attached to an acrylonitrile butadiene styrene helmet and connected to a microprocessor-based electronic controller operated by a rechargeable battery. Further details regarding the device are given in the Supplementary Appendix. Based on a finite element model-based calculation of the spread of the field and the size and magnetization of the rotated diametrically magnetized neodymium magnets, we estimated that the combined effective field (at least 1 mT in strength) of the 3 oncoscillators covered the entire brain, including the upper part of the brain stem.

Oscillating Magnetic Field Treatment

The treatment consists of intermittent application of an OMF that needs to be generated by rotating permanent magnets in a specific frequency profile and timing pattern to be effective. The patient received this treatment initially in the Peak Center clinic under the supervision of the treating physician and the Principal Investigator (DSB) of this study for the first 3 days. The dose was escalated over this period as follows. On the first day, the treatment was for 2 hours with a 5-min break between the first and the second hour. On the second and third days, it was increased to 2 and 3 2-hour sessions, respectively, with 1-hour breaks between the sessions. The patient's spouse was trained in the use and care of the device on these days. After this initial supervised phase, the treatment was continued at home unsupervised with the same regimen as on the third day, above. The spouse was instructed to maintain a daily log of the conduct and progress of treatment, and any observed treatment and adverse effects.

Data Analysis

Post-contrast T1 anatomical and T2-FLAIR MRI scans at each of the 6 time points were used to determine changes in contrast-enhanced tumor (CET) volume and non-enhanced tumor infiltration, respectively, before and after initiation of treatment. Information on image processing, data normalization and plotting are given in the Supplementary Appendix. Values obtained from pre-treatment clinical scans taken at 2 time points over 3 months before enrollment of the patient were also plotted on the same graph. Because this is a single patient case report, we

could not perform any meaningful statistical analysis. However, to obtain a semi-quantitative assessment of the significance of the trend seen with treatment, we analyzed the changes in CET volume using Bayesian logic, given the observed increasing trend at two pre-treatment time points. Accordingly, we assumed that the chance of increase, decrease and no change in the rate of tumor growth was the same at each time point after treatment initiation to calculate the probability of a decrease at each post-treatment initiation time point.

Discussion

The findings of this study indicate that Oncomagnetic device-based OMF therapy is well tolerated by a patient who has end-stage recurrent GBM with leptomeningeal involvement and has no other available effective treatment options. They also demonstrate a clinically significant reduction in CET volume with reductions in non-enhanced tumor volume and/or edema in T2-FLAIR scans. The temporal profile of changes in CET volume also suggests a correlation with the treatment dose and the presence or absence of treatment. When the treatment dose was higher (6 hours/day for 4 days) we see a tumor volume reduction rate of 2.32 cm³/day. When it was lower (2 hours/day for 9 days and 3 hours/day for 18 days) the reduction is 1.03 cm³/day. Moreover, when the treatment was paused for 8 days the decreasing trend reversed and the CET volume increased, instead. Assuming that the ~1.03 cm³/day decreasing trend had continued until the treatment was paused, we can estimate that the CET volume grew at the rate of 1.26 cm³/day during the pause. Despite the apparent correlation it is possible that the treatment response is independent of the short-term changes in the treatment dose.

Besides Optune™, the other type of treatment approved by the FDA and recommended as a standard in National Comprehensive Cancer Network guidelines for recurrent GBM is the anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) monoclonal antibody, Bevacizumab. Bevacizumab treatment response of reduction in tumour volume on MRI scans has been reported to be lower than is observed in the present study. Furthermore, while anti-VEGF drugs in general have mild toxicity profiles and two Phase II trials have shown anti-tumour efficacy a subsequent Phase III trial did not show a significant increase in overall survival.

Conclusion

Noninvasive Oncomagnetic device based OMF therapy appears to be a safe and efficacious new modality of treatment against GBM that potentially has many advantages over existing treatments. The present report has the limitation of the treatment being conducted in only a single patient so far. Extending it to more patients in research studies would provide additional information regarding safety and efficacy.

LITERATURE

1. Stupp R, Mason WP, van den Bent MJ, Weller M, Fisher B, Taphoorn MJ, et al. Radiotherapy Plus Concomitant and Adjuvant Temozolomide for Glioblastoma. *N Engl J Med* (2005) 352:987–96. Doi: 10.1056/NEJMoa043330
2. Henriksson R, Asklund T, Poulsen HS. Impact of Therapy on Quality of Life, Neurocognitive Function and Their Correlates in Glioblastoma Multiforme: A Review. *J Neurooncol* (2011) 104:639–46. Doi: 10.1007/s11060-011-0563. Stupp R, Wong ET, Kanner AA, Steinberg D, Engelhard H, Heidecke V, et al. NovoTTF-100A Versus Physician's Choice Chemotherapy in Recurrent Glioblastoma: A Randomised Phase III Trial of a Novel Treatment Modality. *Eur J Cancer* (2012) 48:2192–202. Doi: 10.1016/j.ejca.2012.04.014. Stupp R, Taillibert S, Kanner A, Read W, Steinberg D, Lhermitte B, et al. Effect of Tumor-Treating Fields Plus Maintenance Temozolomide vs Maintenance Temozolomide Alone on Survival in Patients With Glioblastoma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* (2017) 318:2306–16. Doi: 10.1001/jama.2017.18718
5. Tuszyński JA, Wenger C, Friesen DE, Preto J. An Overview of Sub-Cellular Mechanisms Involved in The Action of TTFs. *Int J Environ Res Public Health* 13 (2016) 13:1–23. Doi: 10.3390/ijerph1311128.

Rajkumar Nandhini

Scientific supervisor: Ph.D., associate professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

EPIDEMIOLOGICAL REVIEW OF STROKE AMONG INDIAN WOMEN

Introduction

In recent times, stroke has emerged as a major public health problem in India [1]. According to western literature, women have a higher risk of stroke due to their longevity and are more likely to have poorer functional outcomes at 90 days and 1 year post stroke [2]. They are also more likely to be dependent in their activities of daily living and have lower self-reported quality-of-life scores [3]. Scant literature is available from India regarding the epidemiologic parameters of stroke among women. Furthermore, certain gender-specific stroke risk factors are unique to India. These are lower rates of female education, lack of stroke awareness, lower rate of smoking/alcohol use among Indian women, and lower prevalence of oral contraceptive pill (OCP) use. However, there is a higher preponderance of pregnancy-related and cardio-embolic strokes secondary to rheumatic heart disease among Indian women. Sociocultural issues might lead to a delay in seeking health care and thrombolysis, leading to poorer stroke outcomes among Indian women. Hence, this study was conducted to understand whether there is any paradigm shift in demographic parameters and other risk factors contributing to both ischemic and hemorrhagic stroke in Indian women over a 12-year period [10].

Goal

This study was conducted to summarize the literature data on the epidemiology changes in parameters of stroke among Indian women over the last decade.

Material and methods of research

The search of information was conducted through the research of scientific articles and systematic literature and the results were screened for the relevance review topic and also new articles were added based on the clinical knowledge of the author on the specific area. Statistical information was also obtained from clinical trials conducted on the area of review.

The results of the research and their discussion

We aimed to find any change in the demographic and risk factor profile among Indian male and female stroke patients over the past 12 years. The mean age of stroke onset has increased over the last decade, and this increase was significantly higher for females compared to males. Thus, Indian females are developing strokes at a later age compared to their male counterparts. This finding is in line with prior studies [4, 5]. Greater longevity of females and estrogen's protective effect on atherosclerosis might be plausible explanations. However, a recent retrospective cohort found that stroke incidence rate ratio was higher among young women (15–44 age group). This is in contrast to prior studies and may be due to selection bias, sampling only from an insured group of Caucasian patients, and higher incidence of stroke mimics among young females [6]. Some studies have reported higher age-adjusted stroke prevalence of stroke among Indian men compared to women [1, 3]. However, Banerjee et al [7] and Bhattacharya et al [8] reported conflicting results. This could be due to difference in mean age among surveys, variations in sex ratio, female literacy, and health awareness across states. Our study found no significant difference in the proportion of strokes occurring among females and males over the last decade.

This may be due to a small sample size from a single center and younger age of stroke onset. Our study found a greater proportion of hemorrhagic strokes in women (27.6 %) and an overall increase in hemorrhagic strokes (from 29 % in 2005 to 37 % in 2017). This figure is larger than the usual 15–20 % figure reported in the literature. This might be due to limited sample size, referral filter, and selection biases associated with hospital-based observational studies. Thus, larger prospective community-based studies would be required before drawing definite conclusions.

Table 1 – Comparison of demographic characteristics

Parameter	2005 Study, n = 267	2017 study, n = 150	P
Mean age + SD (Females)	53.21 ± 16.75	60.9 ± 16.9	0.002
Mean age + SD (Males)	55.47 ± 16.0	54.91 ± 16.5	0.812
Mean age + SD (overall)	54.24 ± 16.4	57.9 ± 16.7	0.031
Males n (%)	122 (45.7)	75 (50)	0.46
Females n (%)	145 (54.3)	75 (50)	0.46

Hypertension prevalence has been reported to be higher among female strokes compared to male strokes in some studies [9]. However, other studies have reported conflicting results [9]. Increase in the proportion of hypertensive stroke patients has been documented comparing two stroke registries at different time points from India. In our study, the proportion of female strokes with hypertension decreased from 58 % in 2005 to 56 % in 2017, while the proportion of male hypertensive strokes increased from 44.3 % (2005) to 50.7 % (2017). This decrease can be explained by the increasing health (stroke) awareness, greater accessibility to quality health care, and rising education levels among females in the last decade.

Table 2 – Comparison of stroke subtypes

Parameter	2005 Study, n = 267		2017 study, n = 150		P for males	P for females	P for overall
	Male, n (%) n = 122	Female, n (%) n = 145	Male, n (%) n = 75	Female, n (%) n = 75			
Ischemic stroke patients	85(69.7)	105(72.4)	47(62.7)	48(64)	0.39	0.26	0.12
Hemorrhagic stroke patients	37(30.3)	40(27.6)	28(37.3)	27(36)	0.39	0.26	0.12

Some studies have shown that diabetes mellitus is more prevalent among women with stroke while some have not [4]. The proportion of female diabetic strokes decreased from 38.7 % to 32 % over the last decade. Greater female health awareness and stronger government-based noncommunicable disease national programs over the last 5–10 years could be possible explanations.

Dyslipidemia prevalence among Indian strokes has been found to be 14.4 %. On comparing the 2005 results with 2016–2017, the proportion of female strokes with dyslipidemia decreased from 22.8 % to 6.7 %. Greater community health awareness, reduction in dietary saturated fats, and strong government noncommunicable disease programs might be possible reasons. However, the small numbers in the 2016–2017 study might be due to the small sample size and sampling from a predominantly urban population. Thus, larger prospective studies are required before drawing any conclusions [13].

Conclusion

In conclusion, this study showed that acute stroke (ischemic/hemorrhagic) among Indian women is occurring at a later age. Hemorrhagic stroke among women has increased over the

last decade. Furthermore, dyslipidemia among stroke patients has decreased over the past decade. However, hypertension and diabetes prevalence among stroke patients has not decreased significantly and requires urgent strengthening of public health measures.

LITERATURE

1. Dhamija, R. K. Trends in Clinico-epidemiological correlates of stroke in the community / R.K. Dhamija, S. Mittal, B. C. Bansal // J Indian Acad Clin Med. – 2000. – № 5. – P. 28–31.
2. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in Stroke: Epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. // Lancet Neuro. – 2008. – № 7. – P. 915–926.
3. Gargano, J. W. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: Results from a statewide stroke registry / J. W. Gargano, M. J. Reeves // Stroke. – 2007. – № 38. – P. 2541–8.
4. Gender differences in the functional recovery after acute stroke / J. S. Kim [et al.] // J Clin Neurol (Seoul, Korea). – 2010. – № 6. – P. 183–8.
5. Dalal, P.M. Stroke epidemic in India: Hypertension-stroke control programme is urgently needed / P. M. Dalal, M. Bhattacharjee // J Assoc Physicians India. – 2007. – № 55. – P. 689–91.
6. Young women had more strokes than young men in a large, United States claims sample / M. H. Leppert [et al.] // Stroke. – 2020. – № 51. – P. 3352–5.
7. Banerjee TK, Mukherjee CS, Sarkhel A. Stroke in the urban population of Calcutta – an epidemiological study // Neuroepidemiology. – 2001. – № 20. – P. 20107.
8. Bhattacharya S, Saha SP, Basu A, Das SK. A 5 years prospective study of incidence, morbidity and mortality profile of stroke in a rural community of eastern India // J Indian Med Assoc. – 2005. – № 103. – P. 655–9.
9. Gender differences in 1-year clinical characteristics and outcomes after stroke: Results from the China national stroke registry / Z. Wang [et al.] // PLoS One. – 2013. – № 8. – e56459.
10. Emerging Trends in Stroke Epidemiology in Indian Women Over the Last Decade / R. K. Dhamija [et al.] // Neurol India. – 2022. – № 70. – P. 315–8.

УДК 616.831-005.8(540)05.8(540)

Tatiparthi Chandanasree

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

YOUNG PEOPLE STORKE IN INDIA

Introduction

Stroke in young poses a major health problem. WHO defines stroke as an event caused by the interruption of the blood supply to the brain, usually because a blood vessel bursts or is blocked by a clot. This cuts off the supply of oxygen and nutrients, causing damage to the brain tissue [1]. The most common symptom of a stroke is sudden weakness or numbness of the face, arm, or leg, most often on one side of the body, occurring in 90 % of the strokes .A very severe stroke can cause sudden death.Globally, stroke is the third commonest cause of mortality [2] and the fourth leading cause of disease burden . It makes an important contribution to morbidity, mortality, and disability in developed as well as developing countries.risk of coronary artery disease (CAD) is higher in Indians especially in the young population [3]. Among younger patients, the epidemiological trends are highly concerning. Between 1990 and 2013, an increase in prevalence of cases, deaths was observed among younger adults aged 20–64 years. An absolute increase in stroke deaths by 36.7 % [95% UI, 26.3–48.5] among younger adults was observed in developing countries, compared to declining trends in developed countries. These numbers are alarming, considering that a large magnitude of stroke burden is borne by developing countries. Worldwide, around 2 million individuals in the age group of 18–50 years, experience stroke, and these numbers are continuing to rise.Stroke occurring in younger individuals presents specific implications. Apart from experiencing diverse predisposing factors for stroke, younger persons

are within a socially and economically productive period. Hence, stroke in this age group tends to carry manifold social, physical, emotional, vocational, and economic connotations [5].

Goal

Analyse the number of cases and there causes in young people with stroke in India .

Material and methods of research

This is a retrospective hospital-based study of stroke in young, conducted in the Department of Neurology of North Eastern Indira Gandhi Regional Institute of Health and Medical Sciences, Shillong, which is a tertiary care center in the region. The study was conducted for a period of 1 year. The age of stroke in young between 15 and 45 years. A hospital-based study from India showed the proportion of stroke in young ranging between 15 % and 30 % [1]. In population-based study, 8.8 % of stroke participants were young.

The results of the research and their discussion

A total number of patients included in the study were 150. The total number of all stroke patients in this duration was 478. Stroke in young represented 31.38 % of all strokes. The mean age of onset was 34 years. The ratio of male to female was 1.34:1, showing male preponderance. A total number of patients with cerebral infarction were 76 (50.66). The atherosclerotic 39 (51.31 %), followed by cardioembolic 12 (15.78 %), other determined cause 9 (11.84 %), and idiopathic 16 (21.05 %). Cerebral infarction was more common in males, with a male-to-female ratio of 1.23:1. The most common risk factor in cerebral infarction was alcohol abuse 52 (68.42 %). History of smoking was present in 34 (44.73 %). Hypertension which is a common risk factor of stroke was detected in 11 (14.47 %) patients. Similarly, diabetes mellitus was detected in 2 (2.63 %). Lipid profile was deranged in 4 (5.26 %) patients. The ratio of alcohol abuse in male to female was 1.11:1. Vasculitis was detected in two patients, which was due to systemic lupus erythematosus. Evidence of neurosyphilis case is one, One male patient was detected as positive for HIV virus. Two patients of tuberculous meningitis had evidence of cerebral infarction. Two patients of moyamoya disease presented with cerebral infarction. Cause of infarction could not be ascertained in 16 (21.05 %) patients. The presence of seizure was found in 23 (37.09 %) hemorrhagic and 5 (6.57) of ischemic stroke. Seizure was found in 2 (40 %) of patients with CVT Neck rigidity was detected in all the patients with SAH, 17 (27.41 %) patients of ICH with intraventricular extension, and 2 (3.22 %) patients of intraventricular hemorrhage. The total number of patients with ICH was 62 (41.33 %). The ratio of male to female was 1.81:1. The most common site was basal ganglia 44 (70.96 %), followed by lobar 16 (25.8 %). Seventeen (27.41 %) of ICH had intraventricular extension. Primary intraventricular hemorrhage was detected 2 (0.32 %). The most common risk factor was alcohol abuse 41 (66.12 %). Common risk factor hypertension was detected in 11 (17.74 %). Intracranial arteriovenous malformation was detected in 5 (0.80 %). Coagulation abnormality was detected in 16 (25.80 %), in the form of elevated prothrombin time. SAH was detected in 7 (4.66 %) patients. Ratio of male to female patients was 1.5:1. CVT was detected in 5 (3.33 %) patients. All were female. Three of them were in puerperal period. All the patients had aseptic CVT.

Table 1 – The rate of incidences of strokes due to different etiology and male and female ratio

Diseases causing stroke	No. of patients	Gender	
		Male	Female
1. Cerebral infraction	76	1.23	1
2. Intra cerebral hemorrhage	62	1.81	1
3. Sub arachnoid hemorrhage	7	1.5	1
4. Cerebral venous thrombosis	5	None	1

Conclusion

Stroke in young requires a different approach to investigate and treat. This is due to the different underlying etiology as compared to elders. Although traditional risk factors, such as hypertension, diabetes, and smoking, are associated with stroke in both elderly and young, our study shows that other modifiable risk factors such as alcohol consumption were also prevalent. Unfavorable behavioral patterns may cause and promote the development of well-documented risk factors. Finally patient need to take care after stroke by regular medication and diet. In medication include Thrombolysis (clotbuster) tissue plasminogen activator, Aspirin and other antiplatelets, Anticoagulants, Blood pressure medicines, Statins. If needed to do Thrombectomy, Carotid end arterectomy.

LITERATURE

1. WHO. Stroke, Cerebrovascular accident. August 2010, http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
2. Stroke A Practical guide to management / C. P. Warlow [et al.] – 2nd edition. – Oxford: Blackwell Sciences, 2001.
3. Recognition and management of stroke in young adults and adolescents / A. B. Singhal [et al.] // Neurology. – 2013. – № 81. – P. 1089-97.
4. Risk factors for acute ischemic stroke in young adults in South India / K. Lipska [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 5.10.4103/aian.AIAN_402_17
5. Ischaemic stroke in young adults: Risk factors and long-term consequences / NAMM Maaijwee [et al.] // Nat Rev Neurol. – 2014. – № 10. – P. 315–25. Cited Here | View Full Text | PubMed | Google Scholar.

УДК 616.248:616.233]-07-053.2

М. А. Антонова, Ю. А. Праведная

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое развивается в результате взаимодействия многочисленных факторов окружающей среды и наследственной предрасположенности [1]. Бронхиальную астму называют болезнью цивилизации. В настоящее время в мире насчитывается около 235 миллионов больных бронхиальной астмой. В Республике Беларусь этот показатель составляет около 0,7 % населения. Из них примерно 10 % – это дети [2]. Заболевание у большинства детей начинается в первые 5 лет жизни и манифестирует рецидивирующими симптомами бронхиальной обструкции (БО) [3].

Характерные клинические симптомы БА – свистящие хрипы, кашель, затруднение дыхания, одышка, связанные с воздействием специфических триггерных факторов и возникающие, преимущественно в ночное время или ранним утром. Они требуют обязательного уточнения семейного и индивидуального аллергоанамнеза, оценки симптомов, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, которые могут протекать с БО [3]. Данная симптоматика заболевания развивается вследствие гиперреактивности бронхов в ответ на действие аллергенов или неспецифических факторов. Генетическая предрасположенность к аллергическим заболеваниям является важным фактором риска развития данной патологии у потомства. Однако, помимо генетической предрасположенности, в развитии аллергического заболевания играют роль и внешние воздействия, которым подвергается организм ребенка на перинатальном и раннем постнатальном этапах жизнедеятельности. Основополагающая этиопатогенетическая особенность БА у детей данного возраста – это атопия, являющаяся по своей природе персональной или семейной тенденцией продуцировать Ig E в ответ на низкие дозы аллергенов, рекуррентные вирусные инфекции, как причины провокации БА и наличие бронхиальной гиперреактивности, появление которой в дебюте астмы обусловлено, в первую очередь, повторными бронхитами вирусной этиологии, что отражает формирование «шокового органа» для реализации аллергического воспаления у ребенка с атопической предрасположенностью, т. е. процесс формирования БА [4].

Цель

Изучить особенности течения бронхиальной астмы у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 104 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей в возрасте до 5 лет, находившихся на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2022 г. по декабрь

2022 г. с диагнозом «Бронхиальная астма». Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Группу исследования составили 104 ребенка в возрасте до 5 лет. Из них – 76 (73 %) мальчиков и 28 (27 %) девочек. Число городских жителей – 89 (86 %) детей, сельских – 15 (14 %).

Анализируя течение беременности у матери, было установлено, что в 44 (42%) случаях наблюдались осложнения (угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности).

На долю детей, находившихся на естественном вскармливании до 1 года, приходится 47 (45,2 %) человек, на искусственном – 57 (54,8 %). Экссудативно- катаральный диатез на первом году жизни наблюдался у 54 (51,9 %) детей.

Семейный аллергоанамнез был отягощен у 76 (73,1 %) пациентов. У 41 (53,9 %) ребенка родственники первой и второй линии имели в анамнезе бронхиальную астму, у 26 (34,2 %) в наследственном анамнезе был аллергический ринит, у 9 (11,8 %) – атопический дерматит. У 28 (26,9 %) детей с бронхиальной астмой наследственный анамнез не отягощен.

Из сопутствующих аллергических заболеваний наиболее часто встречалась пищевая аллергия – у 54 (51,9 %) пациентов, аллергический ринит – у 36 (34,6 %), атопический дерматит – у 23 (22,1 %), аллергический конъюнктивит – у 9 (8,7 %) пациентов.

Впервые диагноз «Бронхиальная астма» был выставлен в возрасте 5 лет – 14 (13,4 %) пациентам, в возрасте 4 лет – 42 (40,4 %), в 3 года – 32 (30,8 %), до 2 лет – 16 (15,4 %) пациентам.

В анализируемой группе аллерген-индуцированную БА имели 24 (23,1 %) ребенка, вирус-индуцированную форму – 11 (10,6 %) и мультитриггерную форму – 69 (66,3 %) пациентов.

Распределение по степени тяжести БА оказалось следующим: легкое персистирующее течение наблюдалось у – 54 (51,9 %) детей; среднетяжелое персистирующее течение БА установлено у 50 (48,1 %) детей. У мальчиков легкое персистирующее течение БА встречалось у 41 (53,9 %) пациента, среднетяжелое – у 35 (46,1 %). Среди девочек легкое персистирующее течение наблюдалось у 13 (46,4 %), среднетяжелое – у 15 (53,6 %) пациенток.

Повышенный уровень специфического Ig E выявлен к бытовым аллергенам (клещи домашней пыли) – в 38,5 % (40), эпидермальным аллергенам (шерсть животных) – в 52,9 % (55), перу подушки – в 40,4 % (42), пищевым продуктам в 51,9 % (54). Среди пищевых аллергенов наиболее значимыми являются аллергены молока и молочных продуктов – в 14,4 % (15), сладости – в 13,5 % (14), злаковые – 8,7 (9) %, орехи – 4,8 % (5). Сенсibilизация к двум и более аллергенам выявлена у 67 (64,4 %) детей.

Повышение уровня общего Ig E в сыворотке крови наблюдалось у 38 (36,5 %) пациентов. У 66 (63,5 %) детей значения общего Ig E в пределах нормы.

Выводы

1. Бронхиальная астма в раннем возрасте чаще встречается у мальчиков (73 %).
2. Большинство пациентов с бронхиальной астмой имеют отягощенный семейный и личный аллергологический анамнез.
3. Бронхиальная астма чаще наблюдается у городских жителей (86 %), чем у сельских (14 %), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой и качеством питания.
4. Осложненное течение беременности и искусственное вскармливание на первом году жизни способствует формированию атопии.
5. Среди детей с бронхиальной астмой преобладают пациенты с мультитриггерной формой бронхиальной астмы (66,3 %).
6. Большинство пациентов с бронхиальной астмой (64,4 %) имеют сенсibilизацию к нескольким аллергенам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Испаева, Ж. Б. Гены и роль генетических факторов участвующих в развитии бронхиальной астмы / Ж. Б. Испаева, Р. Б. Бекмагабетова // Вестник КазНМУ. – 2021. – № 2. – С. 33–42.
2. Минина, Е. С. Бронхиальная астма у детей: особенности лечения и реабилитации: монография / Е. С. Минина, В. И. Новикова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – С. 9.
3. Терапия бронхиальной астмы у детей: возрастные аллергены / Н. А. Испаева [и др.] // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2021. – № 2. – С. 113–122.
4. Асирян, Е. Г. Оценка иммунологических показателей у детей с бронхиальной астмой в зависимости от продолжительности заболевания / Е. Г. Асирян, Н. Д. Титова, Я. В. Саболевская // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2018. – № 1. – С. 19–24.

УДК 616.8+616.89]:378.6-057.875

Д. Г. Арбатов, С. Н. Чайтнев

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Введение

Соматоформная дисфункция – группа психических расстройств невротической природы, для которой характерны симптомы, встречающиеся при соматическом заболевании органа или системы органов, которые имеют вегетативную иннервацию. Наиболее часто пациенты обращаются с жалобами на нарушения в сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной системе, а также желудочно-кишечном тракте к врачам-терапевтам и неврологам [1], которые нередко затрудняются в установлении нозологического диагноза, в который входит синдром вегетативной дисфункции (СВД). Характерной особенностью СВД является факт появления первых симптомов в молодом возрасте [2], чаще у лиц интеллектуального творческого труда.

Расстройства вегетативной нервной системы у детей и подростков являются актуальной проблемой современной педиатрии вследствие широкой распространенности данной патологии, полиморфизма клинических проявлений, трудности диагностики, а также отрицательного влияния на качество жизни, риска формирования ряда хронических заболеваний [3, 4, 5]. У каждого третьего ребенка вегетативные нарушения, несмотря на проведенное лечение, сохраняются в течение многих лет, а у 17–20 % детей с возрастом прогрессируют и приводят к развитию ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и др. [5].

Характерной особенностью последних лет является увеличение доли пациентов с вегетативной дисфункцией. Под влиянием неправильного режима дня, умственного переутомления, чрезмерных физических нагрузок или гиподинамии, высокого уровня личностной тревожности возникает длительное психоэмоциональное напряжение, приводящее к срыву адаптационных процессов и дисфункции вегетативной нервной системы, особенно у подростков [5, 6].

Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [7]. Учебная нагрузка студентов, получающих медицинское образование, в среднем в два раза выше, чем у студентов других вузов.

Вегетативные дисфункции, сопровождая хронические заболевания, придают клинической картине последних своеобразную психовегетативную окраску, отягощают их

течение и прогноз, нарушают поведение ребенка и обуславливают общую дезадаптацию организма [8, 9]. Вегетативная дисфункция может быть обусловлена генетической предрасположенностью (от родителей передается тип реагирования на стресс, дети чаще копируют вегетативный статус матери), нарушением созревания нервной системы из-за неблагоприятного течения беременности и родов. В качестве других факторов имеют значение очаги хронической инфекции, гормональная возрастная перестройка, резко меняющиеся метеоусловия, чрезмерные физические нагрузки (профессиональные занятия спортом), гипокинезия, значительная перегрузка зрительного анализатора, обусловленная длительным просмотром телепередач, работой на компьютере [8].

СВД является одним из факторов, приводящих к возникновению астенического синдрома. Астения (астенический синдром) – постепенно развивающееся психопатологическое расстройство, проявляющееся повышенной физической и/или психической утомляемостью со снижением уровня активности (дефицит бодрости, энергии, мотивации), нарушениями сна, эмоциональной лабильностью, снижением работоспособности, повышенной раздражительностью (или же вялостью), вегетативными нарушениями.

Астенический синдром у детей проявляется совокупностью психоэмоциональных, неврологических и вегетативных симптомов, что обуславливает разнообразную клиническую картину. Основные жалобы – снижение физической и умственной активности, утомляемость в течение дня, рассеянность, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли, гипергидроз, тахикардия и т. д. При этом ребенок отмечает атипичную слабость, которая длительно сохраняется и не проходит после отдыха.

Астения мешает полноценному развитию детей и подростков, ведет к затруднению освоения школьной программы, нарушает привычный ритм жизни, а иногда может стать триггером в развитии более тяжелых соматических или психических нарушений.

Причин, приводящих к возникновению астении, очень много. Наиболее распространенные: перенесенные инфекции, наличие хронического воспаления в организме, дисфункции вегетативной нервной системы, погрешности в питании, не соблюдение режима дня.

Важным фактором, способствующим развитию астенических состояний в детском возрасте, является дефицит микро- и макроэлементов, отдельных аминокислот (в частности триптофана), полиненасыщенных жирных кислот, необходимых для полноценного формирования нервной системы и синтеза нейромедиаторов, определяющих эмоциональную сферу и поведение. Такие дефициты могут формироваться при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, синдроме избыточного бактериального и грибкового роста, при синдроме мальабсорбции и т. д. Дефицитным состояниям также способствует не соблюдение режима питания, отсутствие сбалансированного и разнообразного рациона [10].

Цель

Изучить распространенность синдрома вегетативной дисфункции и астенического синдрома у детей и студентов города Гомеля.

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели были использованы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20), вопросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М. Вейн, 1998 г.). В опросе приняло участие 93 пациента Гомельской областной детской клинической больницы (средний возраст – $13,19 \pm 2,68$ лет, из них: 43 (46,24 %) ребенка – лица женского пола, 50 (53,76 %) – мужского) и 101 респондент Гомельского государственного медицинского университета, студенты 1–6 курсов всех факультетов.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel, 2016 года.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Изучение распространенности СВД и астенического синдрома среди детей.

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений Вейна показал среднее значение 14,0 (5,5; 27,0) баллов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала следующие средние значения: тревога – 5,0 (3,0; 8,0) баллов, депрессия – 5,0 (4,0; 7,0) баллов.

Субъективная шкала оценки астении у детей составила 45,0 (36,0; 52,5) баллов.

2. Изучение распространенности СВД и астенического синдрома среди студентов.

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений Вейна показал среднее значение 28,0 (18,0; 37,0) баллов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала следующие средние значения: тревога – 13,0 (10,0; 19,0) баллов, депрессия – 5,0 (4,0; 7,0) баллов.

Субъективная шкала оценки астении у детей составила 53,0 (43,0; 60,0) баллов.

3. Сравнение распространенности синдрома вегетативной дисфункции и астенического синдрома среди детей и студентов. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Синдром вегетативной дисфункции и астенический синдром у детей и студентов

	Дети	Студенты
Опросник для выявления вегетативной дисфункции (баллы)	14,0 (5,5; 27,0)	28,0 (18,0; 37,0)
Субъективная шкала оценки астении (баллы)	45,0 (36,0; 52,5)	53,0 (43,0; 60,0)

Выводы

Таким образом, у студентов зарегистрирован высокий уровень астении с умеренно выраженными симптомами вегетативной дистонии.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала отсутствие тревоги и депрессии как у детей, так и у студентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дробижев, М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: автореф. дис. д-ра мед. наук / М. Ю. Дробижев. – М., 2000. – 19 с.
2. Дворецкий, Л. И. Соматоформные расстройства в практике терапевта / Л. И. Дворецкий // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 19. – С. 889–896.
3. Burlaj, V. G. Basic principles of treatment of vegetative dysfunctions in children / V. G. Burlaj // *Pediatrics, akusherstvo ta ginekologija*. – 2000. – № 6. – P. 38–40.
4. Dombialova, E. S. Syndrome of autonomic dysfunction as a marker of arterial hypertension in children / E. S. Dombialova // *Vestnik Vitebskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta*. – 2013. – P. 91–94.
5. Kliniko-patogenetychna charakterystyka vegetatyvnyh dysfunkcij ta i'h likuvannja u ditej [Clinical and pathogenetic characteristics of autonomic dysfunctions and their treatment in children] / V. G. Maidannyk [et al.]. – Sumy: SumDU, 2013. – 173 p.
6. Current guidelines for diagnosis and treatment of vegetative dystonia in children and adolescents / I. N. Zakharova [et al.] // *Meditsinskiy Sovet*. – 2016. – № 16. – P. 116–123.
7. Агаджанян, Н. А. Проблема здоровья студентов и перспектива развития / Н. А. Агаджанян, В. В. Пономарева, Н. В. Ермакова // *Образ жизни и здоровье студентов: материалы I Всерос. науч. конф.*, г. Москва, 21–23 ноября 1995 года. – М, Изд-во РУДН, 1995. – С. 5–9.
8. Pankov, D. D. Somatoformnye rasstroistva i vegeto-sosudistaia distoniia u detei i podrostkov [Somatoform disorders and vegetative-vascular dystonia in children and adolescents] / D. D. Pankov, E. V. Neudakhin. – М., 2019. – 69 p.
9. Syndrome of vegetative dysfunction in children: myths and reality / L. M. Belyaeva [et al.] // *Meditsinskie novosti*. – 2013. – № 5. – P. 5–15.
10. Котова, О. В. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача / О. В. Котова, Е. С. Акарачкова // *РМЖ*. – 2016. – Т. 24, № 13. – С. 824–829.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Введение

Хронический гастрит – воспалительный процесс слизистой оболочки желудка диффузного или очагового характера, сопровождающийся морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка с развитием ее атрофии и нарушения регенерации, моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка [1].

Причиной возникновения хронических гастритов у детей является целый ряд факторов. Наибольшее значение в развитии заболевания имеет нарушение режима и рациона питания: нерегулярный прием пищи с длительными перерывами, сухоядение, быстрая еда с недостаточным пережевыванием пищи; систематическое переедание, частый прием грубой, трудно перевариваемой, острой, жирной пищи; однообразный набор продуктов питания. К гастриту может привести и употребление немых продуктов, заселенных бактериями [4].

В отдельных случаях причиной развития хронического гастрита может стать пищевая аллергия, то есть непереносимость некоторых пищевых продуктов.

Определенную роль играет наследственная предрасположенность к заболеваниям желудка. Причиной хронического гастрита могут послужить заболевания других органов пищеварительного тракта (холециститы, колиты, гепатиты, панкреатиты и др.), а также другие очаги хронической инфекции в организме ребенка (гайморит, тонзиллит, кариес, заболевания почек, пневмонии, туберкулез, ревматизмы и др.). Кроме того, хронический гастрит может развиваться на фоне невротозов и патологии эндокринной системы. Следует помнить, что длительный прием некоторых лекарственных средств может спровоцировать хроническое воспаление слизистой оболочки желудка. К числу таких провокаторов относятся глюкокортикоидные гормоны, салицилаты, цитостатические препараты, антибиотики, резерпин и целый ряд других медикаментозных препаратов. Причиной заболевания могут стать лямблиоз и глистная инвазия у ребенка [3].

Цель

Проведение анализа структуры хронических гастритов у детей.

Материал и методы исследования

Проанализировано 119 медицинских карт стационарных пациентов, находящихся на лечении в педиатрическом отделении № 4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с августа по октябрь 2022 года. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel и MedCalc 10.2.0.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение по возрасту госпитализированных в отделение детей было следующим: 6 человек поступило в возрасте от 1 года до 5 лет, возраст 61 ребенка составил от 6 до 13 лет, 52 пациента были в возрасте от 14 до 18 лет. Из общего числа детей мальчиков было 65, девочек – 54 человека.

В экстренном порядке в стационар было доставлено 25 % пациентов, в плановом – 75 % пациентов.

100 человек имели состояние при поступлении средней степени тяжести, удовлетворительное состояние отмечалось у 18 человек, тяжелое – у 1 человека.

Отягощенный наследственный анамнез отмечался у 52 % пациентов. У ближайших родственников детей встречались: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, сахарный диабет второго типа, панкреатит, полипоз кишечника.

Отягощенный аллергологический анамнез регистрировался у 34 % пациентов, из них 17 человек имели сенсibilизацию к пищевым продуктам, 13 человек – к лекарственным препаратам, 10 человек – к прочим веществам (домашняя пыль, перо птиц, цветочная пыльца, шерсть домашних животных).

Инфицированность *Helicobacter pylori* отмечена у 52 % пациентов.

Сопутствующими патологическими состояниями были: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (59 человек), дисфункция желчного пузыря (38 человек), синдром Жильбера (11 человек), диспанкреатизм (10 человек), дуоденогастральный рефлюкс (10 человек), колит (эозинофильный, язвенный, псевдомембранозный) отмечен у 7 человек, гельминтозы (лямблиоз, аскаридоз, энтеробиоз) – у 12 человек, нарушение толерантности к глютену – у 8 человек, синдром раздраженного кишечника – у 3 пациентов, заболевания сердечно-сосудистой системы (нарушение ритма сердца: синусовая брадикардия, феномен ранней реполяризации желудочков; синусовая тахикардия; синусовая аритмия; суправентрикулярная миграция водителя ритма) отмечены у 22 детей, диффузный нетоксический зоб – у 11 человек, астено-вегетативный синдром – также у 11 детей, кариес – у 11 человек, заболевания почек (нефроптоз, пиелозктазия, ВАРП: подковообразная почка) – у 8 человек.

Жалобы на периодические боли в области эпигастрия приступообразного характера возникали у 32 человек. У 19 пациентов боли в животе не были связаны с приемом пищи; на боли в животе, возникающие после еды, предъявляли жалобы 7 человек, на боли в левой половине живота колющего характера, возникающие после еды и физической нагрузки, – 6 человек, на боли в животе, возникающие в ночное время суток, – также 6 человек, боли в животе без четкой локализации были у 4 детей; тошнота беспокоила 26 человек, рвота после приема пищи возникала у 9 человек, изжога – у 13 человек, снижение аппетита появлялось у 10 пациентов, склонность к запорам отмечена у 16 человек, послабление стула – у 10 человек, уменьшение массы тела было у 8 человек, отрыжка кислым была у 3 человек, отрыжка воздухом – у 1 человека.

Аппетит был сохранен у 79 % обследованных, понижен – у 18 % пациентов, повышен – у 3 % пациентов. Язык был обложен белым налетом у корня у 42 % обследованных.

Живот обычных размеров, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области отмечен у 53 пациентов. У 11 человек отмечалась болезненность при пальпации в околопупочной области, у 7 человек – в гипогастральной, у 5 детей – в мезогастральной, в пилородуоденальной области – у 5 человек соответственно.

По результатам выполнения фиброгастроуденоскопии регистрировались следующие изменения: эритематозная гастропатия – у 57 % пациентов; катаральный рефлюкс-эзофагит – у 16 %; дуоденогастральный рефлюкс – у 14 %; эрозивный рефлюкс-эзофагит – у 11 %; эрозивная дуоденопатия – у 2 % пациентов.

Результаты патоморфологического исследования отразили у 101 человека наличие неатрофического гастрита, слабоатрофического – у 6 человек, атрофического – у 1 человек. По степени активности хронический гастрит был подразделен на высокоактивный (8 человек), средней степени активности (32 человека), низкой степени активности (11 человек), неактивный встречался 58 человек. По степени выраженности хронический

гастрит подразделялся на слабовыраженный (61 человек), умеренно выраженный (45 человек), выраженный (1 человек).

Результаты ультразвукового исследования органов брюшной области и почек выявили незначительную гепатомегалию у 32 % пациентов; изгиб желчного пузыря – у 19 % пациентов; увеличение внутрибрюшных лимфоузлов – у 17 % пациентов; диффузные изменения поджелудочной железы – у 9 %; спленомегалию – у 7 %; избыточную подвижность почек – у 5 %; пиелэктазию – у 5 %; пограничные размеры внутрибрюшных лимфоузлов встречались у 3 % пациентов; малый гидроперитонеум – у 2 %; диффузные изменения печени по типу липоматоза – у 1 % детей.

В общем анализе крови лейкоцитоз до $24,3 \times 10^9/\text{л}$ отмечен у 67 % пациентов, эозинофилия до 9 % – у 3 % детей, повышение СОЭ до 27 мм/час отмечено у 4 % пациентов. Повышение гемоглобина до 163 г/л регистрировалось у 25 % пациентов, анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 97 г/л) встречалась у 1 % пациентов.

В биохимическом анализе крови обнаружены повышение лактатдегидрогеназы до 600 Ед/л (у 48 % пациентов), повышение щелочной фосфатазы до 492,1 Ед/л – у 19 %, тимоловая проба оказалась повышена до 31,7 ЕД – у 2 % пациентов. Повышение общего билирубина до 124 мкмоль/л отмечено у 19 % пациентов, повышение АсАТ до 128,5 Ед/л – у 7 %, повышение АлАТ до 160,3 Ед/л – у 5 % пациентов.

Выводы

Преобладающее количество пациентов поступило в стационар в плановом порядке. Преимущественно госпитализировались дети в возрасте от 6 до 13 лет (преобладали мальчики). Большинство пациентов поступило в состоянии средней степени тяжести. Наследственный анамнез по заболеваниям желудочно-кишечного тракта был отягощен у половины обследованных детей. Аллергологический анамнез отягощен у меньшей половины поступивших пациентов. Инфицирована *Helicobacter pylori* была половина пациентов. Среди жалоб пациентов чаще встречались жалобы на периодические боли в эпигастрии приступообразного характера. У большинства пациентов аппетит был сохранен. Хроническому гастриту чаще сопутствовали заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дисфункция желчного пузыря). По результатам фиброгастродуоденоскопии преобладала эритематозная гастропатия. Данные патогистологического исследования выявили преобладание неатрофического слабовыраженного неактивного гастрита. Выполнение биохимического анализа крови выявило уровень лактатдегидрогеназы выше нормы у более половины обследованных пациентов. Общий анализ крови отразил присутствие лейкоцитоза у трети пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник для вузов (том 1) / Н. П. Шабалов. – 8-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – С. 611–616.
2. Запруднова, А. М. Лечение и рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения у детей [Электронный ресурс] / А. М. Запруднов // Российский вестник перинатологии и педиатрии – 2009. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ratsionalnaya-farmakoterapiya-zabolevaniy-organov-pischevareniya-v-detskom-vozhraze>. – Дата доступа: 02.05.2022.
3. Щербаков, П. Л. Детская гастроэнтерология - настоящее и будущее [Электронный ресурс] / П. Л. Щербаков, Ю. Ф. Лобанов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2011. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/detskaya-gastroenterologiya-nastoyashee-i-budushee/viewer>. – Дата доступа: 02.05.2022.
4. Винник, Е. И. Лабораторный справочник Синэво / Е. И. Винник [и др.]. – Киев: Издательский дом Аванпост-прим, 2019. – 732 с.

И. Н. Бурак

Научный руководитель: к.м.н., доцент З. В. Сорокопыт

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**ВРОЖДЕННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ
(ПО ДАННЫМ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ
ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

Введение

Врожденные сердечно-сосудистые аномалии у детей представлены двумя большими группами: врожденные пороки сердца (ВПС) и малые аномалии сердца (МАС). По данным Европейского регистра врожденных пороков развития (European Registration of Congenital Abnormalities and Twins, EUROCAT), в период с 2012 по 2016 гг. распространенность всех ВПС составила 8,3, а тяжелых – 2,4 на 1000 новорожденных [1, 2]. По результатам исследования Н. В. Томчик (2019 г.), количество врожденных пороков сердца у детей г. Гродно составило 766,96 на 100000 детского населения [3]. Причинами врожденных пороков сердца могут быть генетические или экологические факторы, но, как правило, их сочетание. ВПС приводят к нарушениям гемодинамики, что без ранней диагностики и лечения провоцирует развитие сердечной недостаточности и дистрофических изменений в органах и тканях. Наиболее распространенными ВПС, диагностированными в младенческом возрасте, являются мышечные и перимембранозные дефекты межжелудочковой перегородки и вторичные дефекты межпредсердной перегородки.

Малые аномалии сердца, как правило, связаны с наследственными структурными и/или метаболическими нарушениями соединительной ткани, приводящими к стойким анатомическим изменениям ткани сердца. Главным патологическим процессом, лежащим в основе их возникновения, является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая играет роль так называемого «скелета» сердца и составляет основу клапанного аппарата и сосудов [4]. Нередко МАС сочетаются с патологией иных систем и тканей. Золотым стандартом прижизненной диагностики малых аномалий сердца является эхокардиография. У детей отмечают широкий спектр МАС, насчитывающий около тридцати вариантов [5]. Наиболее часто встречающимися вариантами этой патологии у детей являются ложные хорды, открытое овальное окно и пролапс митрального клапана. Прогноз при единичных МАС благоприятный, но при этом резистентность миокарда к воздействию повреждающих факторов снижается, что провоцирует развитие других сердечно-сосудистых заболеваний (диастолическая дисфункция сердца, повышенный риск тромбообразования, бактериальный эндокардит и т. д.).

Цель

Определить структуру врожденных сердечно-сосудистых аномалий у детей Гродненской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 666 карт стационарных пациентов (ф. № 007у) с врожденными пороками сердца и малыми аномалиями сердца, находившихся на лечении в различных отделениях Гродненской областной детской клинической больницы (УЗ «ГОДКБ») в 2022 году. Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования позволили сформировать 2 репрезентативные группы: первая (I) 264 (40 %) детей с ВПС, вторая (II) – 402 (60 %) с МАС. Из 264 пациентов I группы 96 (36 %) детей были из города Гродно и 168 (64 %) – из различных районов Гродненской области ($p < 0,05$). Несколько чаще с данной патологией госпитализировались девочки – 145 (55 %), чем мальчики – 119 (45 %), $p > 0,05$. Половина – 134 (51 %) детей с врожденными пороками сердца находилась на лечении во 2-м педиатрическом отделении. Несколько реже пациенты поступали в 5-е – 54 (20 %) и 4-е – 43 (16 %) отделения. 33 (13 %) детей с анализируемой патологией получали лечение в других профильных отделениях стационара. ВПС у них констатирован как сопутствующий диагноз. В структуре ВПС достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались дефекты перегородок – 189 (72 %): дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – у 111, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – у 78 пациентов, что согласуется с литературными данными. Значительно реже был диагностирован открытый артериальный проток (ОАП) – 29 (11%), стеноз легочной артерии – 10 (4 %) и стеноз аорты – 9 (3 %). Другие пороки встречались еще реже и составили 10% от общего количества. У 23 (9 %) детей имело место сочетание нескольких пороков сердца. Гендерный анализ позволил констатировать, что девочки чаще, чем мальчики, рождались с ДМПП (63% и 37%), а мальчики – с ОАП (55 и 45 %) и стенозом легочной артерии (67 и 33 %). Гендерные различия среди детей со стенозом аорты (50 и 50 %), ДМЖП (51 и 49 %) и сочетанными пороками (48 и 52 %) были незначительными.

Анализ данных II группы показал, что 224 (56 %) детей с малыми аномалиями сердца были из Гродно и 178 (44 %) – из Гродненской области ($p < 0,05$). Несколько чаще с данной патологией госпитализировались мальчики – 241 (60 %), чем девочки – 161 (40 %), $p > 0,05$. Почти половина – 165 (41 %) детей с МАС находилась на лечении в 6-м педиатрическом отделении, 108 (27 %) в 4-м, 68 (17%) в 5-м и 61 (15 %) в других отделениях стационара. В структуре МАС достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались аномально расположенные хорды желудочков – 300 (75 %) по сравнению с открытым овальным окном (ООО) – 28 (7 %), пролапсом митрального клапана (ПМК) – 30 (7 %) и аневризмами межпредсердной перегородки – 15 (4 %). В 7 % имело место сочетание малых аномалий сердца с ВПС. Гендерный анализ позволил констатировать, что мальчики чаще, чем девочки, рождались с аномально расположенными хордами желудочков (63 и 37 %), ООО (54 и 46 %), ПМК (70 и 30 %) а девочки – с аневризмой межпредсердной перегородки (80 и 20 %) и сочетанием МАС с ВПС (62 и 38 %).

Выводы

1. В обеих анализируемых группах имели место разнонаправленные гендерные различия: в I (врожденные пороки сердца) было больше девочек, а во II (малые аномалии сердца) – мальчиков.
2. У мальчиков чаще встречались аномально расположенные хорды желудочков, ООО, ПМК, у девочек – аневризма межпредсердной перегородки и сочетание малых аномалий сердца с ВПС.
3. Большинство пациентов с ВПС проживали в районах Гродненской области, а с МАС – в г. Гродно.
4. Наиболее частыми сердечными пороками в анализируемой выборке были дефекты перегородок (ДМЖП и ДМПП), а в группе с МАС – аномально расположенные хорды желудочков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клайман, Ч. С. Гемодинамика и кардиология. Проблемы и противоречия в неонатологии / Ч. С. Клайман, И. Сери; под ред. Р. Полина; пер. с англ.; под ред. В. А. Кокорина. – М.: Логосфера, 2015. – 512 с.

2. Analysis of cardiac anomalies in VACTERL association / B. K. Cunningham [et al.] // Birth Defects Research (Part A). – 2013. – Vol. 97. – P. 792–797.

3. Структура врожденных пороков сердца у детей г. Гродно / Н. В. Томчик [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. мат-лов итоговой научно-практической конференции, Гродно, 28–29 января 2021 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол: Е. Н. Кроткова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2021. – С. 857–859.

4. Врожденная дисплазия соединительной ткани и малые аномалии развития сердца у детей как фактор риска развития психической патологии / В. Л. Котляров [и др.] // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – № 5(4). – С. 346–350.

5. Гнусаев, С. Ф. Рабочая классификация малых аномалий развития сердца и их клиническое значение у детей / С. Ф. Гнусаев, Ю. М. Белозеров // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 175–176.

УДК 616.514-036.12-053.2(476.2)

Д. А. Винник, И. О Лющёнок

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Хроническая крапивница (*urticaria chronica*) – это состояние, когда ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

Распространенность хронической крапивницы составляет от 0,1 до 0,5 % популяции [1]. В среднем продолжительность заболевания составляет 3–5 лет. У 50 % из тех, кто перенес заболевание, может возникнуть рецидив, даже после длительной ремиссии [2]. Выделяют основные виды хронической крапивницы: обычная крапивница, физическая крапивница, контактная крапивница, наследственная крапивница или наследственный ангиоотек, психогенная крапивница. Различают экзогенные (физические – температурные, механические; химические – лекарственные средства; пищевые продукты) и эндогенные (патологические процессы во внутренних органах – гастрит, панкреатит) этиологические факторы. К инфекционным агентам, наиболее часто вызывающим крапивницу у детей, относятся гельминты [3]. Диагностика и поиск потенциальных причин развития хронической крапивницы одна из самых сложных и неоднозначных проблем современной медицины, требуется детальное обследование пациента на предмет инфекций (многие авторы склонны считать наиболее частой причиной развития хронической крапивницы *Helicobacter pylori*-ассоциированные гастриты), паразитарные инвазии, аутоиммунные заболевания, эндокринную патологию [4].

Цель

Изучить клинические особенности хронических крапивниц у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 32 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 3 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Хроническая крапивница» в 2022 году. Средний возраст пациентов составил 13 (10; 15). Из них 18 мальчиков (56,3 %) и 14 девочек (43,7 %). Всем пациентам проводилось клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Проведен анализ сведений полученных при устном опросе родителей (наличие семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям, спектр сенсibilизации). Полученные данные обработаны статистически с

использованием пакета прикладного программного обеспечения Statsoft (USA) Statistica 13,0. Данные представлены в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей (Me (Q25–75)), абсолютным числом (n) и относительной величиной (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех исследованных пациентов 17 (53,1 %) проживают в г. Гомеле, а 15 (46,9 %) в Гомельской области.

Согласно медицинской документации, наиболее часто хроническая крапивница встречалась в возрасте с 11 до 14 лет – 37,5 % (12 детей) и в возрасте с 15 до 18 лет – 34,4 % (11 детей), в возрастной группе с 7 до 10 лет частота встречаемости составила 21,9 % (7 пациентов), с 3 до 6 лет – 6,2 % (2 пациента).

Анализ клинико-anamnestических данных показал, что отягощенный семейный аллергологический анамнез отмечен у 56,3 % (18) детей. В личном аллергологическом анамнезе у 75 % (24) детей выявлены: аллергический ринит – у 37,5 % (9) пациентов, аллергический конъюнктивит – у 16,7 % (4), лекарственная аллергия – у 12,5 % (3), атопический дерматит – у 33,3 % (8) пациентов. По поводу этих заболеваний данные дети уже состояли на диспансерном наблюдении у аллерголога.

Предполагаемые факторы, спровоцировавшие обострение, были конкретизированы родителями в 81,3 % случаев, в 18,7 % случаев они остались неизвестными. Наиболее часто обострение было вызвано пищевыми аллергенами: употреблением цитрусовых (7; 21,9 %), сладостей (5; 15,7 %), яиц (5; 15,7 %), молока и молочных продуктов (2; 6,2 %). У 2 (6,2 %) пациентов обострение хронической крапивницы возникало после физической нагрузки. Единичные случаи после волнения и стресса (1; 3,1 %), после пребывания на солнце (1; 3,1 %), после контакта с котом и использования косметических средств (по 1; 3,1 % соответственно).

Повышение общего Ig E по данным ИФА были выявлены у 65,6 % (21) пациентов с хронической крапивницей.

Гастроэнтерологическая патология (гастроэзофагеальный рефлюкс, хронический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс) выявлена у 12,5 %; 40,6 %; 12,5 % соответственно. Хронический гастрит ассоциированный с *H. pylori*, по данным биопсии слизистой оболочки антрального отдела желудка, обнаружен у 34,3 % (11) пациентов. Нарушение биоценоза кишечника диагностировано у 21,9 % (7) пациентов. У 18,8 % пациентов диагностирована глистная инвазия, из них у 9,4 % (3) – лямблиоз, у 6,3 % (2) – энтеробиоз и у 6,3 % (2) – токсокароз. Всем детям было проведено противогельминтное лечение.

Аллергопанель проведена 27 (84,4 %) детям. Сенсibilизация к пищевым аллергенам была выявлена у 85,2 % (23) детей. Преобладала сенсibilизация к молоку, говядине, яйцам, казеину, пшеничной муке. Все дети имели повышенный уровень специфического Ig E к нескольким пищевым продуктам. Эпидермальная сенсibilизация отмечена у 7,4 % (2) пациентов, сенсibilизация к пыльцевым аллергенам у 11,1 % (3).

Среднее число дней пребывания на стационарной койке пациентов в случае хронической крапивницы составило $10,32 \pm 2,4$ дня.

Выводы

1. В группе обследованных детей наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей с 11 до 14 лет (37,5 %).

2. Отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям имеет более половины детей (56,3 %) с хронической крапивницей. У 75 % детей отягощен личный аллергологический анамнез.

3. При аллергическом обследовании выявлена сенсibilизация к пищевым аллергенам у 85,2 % пациентов.

4. У 65,6 % детей с хронической крапивницей в результате обследования выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология. У 18,8 % глистная инвазия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Greaves, M. W. Chronic idiopathic urticaria / M. W. Greaves // *Curr Opin Allergy Clin. Immunol.* – 2003. – Vol. 3. – P. 363–368.
2. Горячкина, Л. А. Клиническая аллергология и иммунология. Руководство для практикующих врачей / Л. А. Горячкина, К. П. Кашкина. – М.: Миклош, 2009. – С. 222–271.
3. Wong, J. Y. Rapid oral challenge-desensitization for patients with aspirin-related urticaria angioedema / J. Y. Wong, C. T. Nagy, T. J. Krinzman // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – № 105(5). – P. 997–1001.
4. Ревякина, В. А. Крапивница в практике педиатра / В. А. Ревякина // *Лечащий Врач.* – 2007. – Вып. 4. – С. 84.

УДК 616.33+616.342]-002.45-053.2

О. Г. Галченкова, М. М. Медведская

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и/или двенадцатиперстной кишки – мультифакториальное хроническое заболевание с образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

В этиопатогенез ЯБ вовлечены как внешние (стресс, *Helicobacter pylori* (Hр), прием лекарственных препаратов, нарушение режима питания, курение, алкоголь), так и внутренние (патология нервной и/или гуморальной регуляции, эндокринные расстройства, кислотно-пептический фактор, снижение уровня простагландинов, циркуляторно-гипоксические поражения слизистой оболочки желудка, билиарный рефлюкс, наследственность) факторы риска. Важное значение в развитии заболевания играют общая и местная реакции организма, обуславливающие нарушение соотношения между факторами агрессии и факторами защиты, что приводит к изменению трофических процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки и формированию язвенного дефекта. При этом существенная роль принадлежит наследственной предрасположенности, т.к. она повышает чувствительность организма к действию внешних факторов риска и определяет индивидуальные особенности строения пищеварительной, нервной, эндокринной, иммунной и др. систем, которые усиливают действия внутренних этиопатогенетических факторов [1].

Для нашей страны характерна тенденция к увеличению частоты ЯБ в детском возрасте. Так, за последние 20 лет это заболевание стало встречаться в 2,5 раза чаще. При этом следует отметить, что увеличение частоты ЯБ у детей большинство ученых связывает с широким распространением и внедрением в педиатрическую практику ФГДС, существенно повысившую выявляемость патологии. За последние 10 лет отмечается некоторая стабилизация эпидемиологических показателей ЯБ у детей [2].

Цель

Проанализировать особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили 34 «Медицинские карты стационарного пациента» детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 (гастроэнтерологического профиля) Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2022 году.

Метод исследования: оценка следующих критериев: возраст, пол, место проживания, сопутствующая патология, зависимость от времени года, взаимосвязь с Нр, клинические проявления ЯБ.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемая группа – 34 пациента с ЯБ (по МКБ-10 K25 – язва желудка, K26 – язва двенадцатиперстной кишки) – 17 (50,0 %) девочек и 17 (50,0 %) мальчиков.

Возраст детей от 5 до 18 лет: 1–5 лет – 1 (2,9 %) девочка, 6–12 лет – 5 (14,7 %) мальчиков, 13–18 лет – 28 (82,4 %) детей (16 девочек и 12 мальчиков).

Жители г. Гомеля – 18 (52,9 %), Гомельской области – 16 (47,1 %) человек.

В 2022 году ЯБ выявлена впервые у 23 (67,7 %) детей, из них 12 (52,2 %) – девочки, 11 (47,8 %) – мальчики. Находились на стационарном лечении повторно 11 (32,3 %) детей, из них 5 (45,5 %) девочек и 6 (54,5 %) мальчиков.

При госпитализации 8 (23,5%) пациентов предъявили жалобы только на боли в эпигастриальной области. Поводом для госпитализации у 20 (58,8 %) детей послужили болевой абдоминальный и диспептический, у 6 (17,7 %) детей – болевой абдоминальный, диспептический и астеновегетативный синдромы.

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки диагностированы у 25 (73,5 %) детей (12 девочек и 13 мальчиков), язвы желудка – у 8 (23,6 %) человек (5 девочек и 3 мальчика), двойной локации – у 1 (2,9 %) мальчика.

Наиболее частая локализация дефектов луковицы двенадцатиперстной кишки — передняя стенка – 13 (52,0 %) случаев; задняя стенка – 5 (20,0 %), поражение передней и задней стенок («зеркальные язвы») – у 7 (28,0 %) детей.

Наиболее частая локализация язвенных дефектов желудка: малая кривизна – 5 (62,5 %) случаев; пилорический отдел – 2 (25,0 %), угол желудка – 1 (12,5 %) случай.

При эндоскопическом исследовании было выявлено разное количество язвенных дефектов: один у 17 (50,0 %), два у 8 (23,5 %), множественные мелкие дефекты у 9 (26,5 %) пациентов.

Всем пациентам была выполнена ФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, исследование на Нр проведено гистологическим методом. Хронический гастрит диагностирован у 29 (85,3 %) детей. По результатам морфологического исследования антральный гастрит слабовыраженный у 9 (31,0 %), умеренно выраженный у 17 (58,6 %), выраженный у 3 (10,4 %) обследованных. По степени активности гастрит неактивный у 7 (24,2 %), низкой степени активности у 5 (17,2 %), средней – у 16 (55,2 %), высокой – у 1 (3,4 %) ребенка.

Отрицательный результат обследования на Нр выявлен у 14 (41,2 %) детей. Хеликобактерная инфекция подтверждена у 20 (58,8 %) пациентов: легкая степень обсемененности – Нр (+) у 8 (40,0 %), средняя – Нр (++) у 4 (20,0 %), высокая – Нр (+++) у 8 (40,0 %).

ЯБ сопутствуют другие заболевания органов пищеварения: хронический гастрит; нарушения моторики (гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), дисфункция желчного пузыря). ГЭР с неэрозивным эзофагитом выявлен у 15 (44,1 %), ГЭР с эрозивным эзофагитом – у 7 (20,6 %), ДГР – у 6 (17,7 %), дисфункция желчного пузыря – у 5 (14,7 %) пациентов.

Выявлена взаимосвязь со временем года: на стационарном лечении в зимний период находилось 11 (32,4 %), осенний – 12 (35,3 %) человек.

Выводы

По результатам данного исследования ЯБ одинаково часто встречается у городских девочек и мальчиков среднего и старшего школьного возраста, чаще в осенне-зимний период. У каждого второго пациента ЯБ выявлена впервые.

В клинике ЯБ у всех детей исследуемой группы имел место болевой абдоминальный, у большинства — диспепсический синдромы, у каждого шестого — астеновегетативный.

Преобладают язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с локализацией на передней стенке.

У большинства пациентов диагностирован хронический умеренно выраженный, средней степени активности антральный гастрит, ассоциированный с Нр (легкой и высокой степени обсемененности одинаково часто).

ГЭР — наиболее часто встречающееся нарушение моторики, из них у каждого третьего — ГЭР с эрозивным эзофагитом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рашина, О. В. Многофакторный этиопатогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / О. В. Рашина, М. И. Чурносков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – № 192(8). – С. 154–159.
2. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: рук-во для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. – Минск: Белорус. наука, 2019. – 426 с.

УДК 612.6-053.5

А. В. Грибанов

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Известно, что отклонение от нормы показателей физического развития (ФР) детей является важным проявлением как нарушения функционального состояния организма ребенка, так и уже имеющегося у него заболевания.

Важной характеристикой здоровья детей и подростков является гармоничность ФР, которая отражает интегральную взаимосвязь между различными антропометрическими показателями (длина и масса тела), возрастом и полом ребенка.

Изучая динамику ФР школьников, ряд российских исследователей выявили снижение числа детей с гармоничным ФР и повышение распространенности функциональных нарушений и хронических заболеваний у них [1, 2, 3].

Изучением морфо-функционального статуса детей и подростков г. Гомеля в 2010–2011 году активно занимались сотрудники кафедры нормальной физиологии, кафедры анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии и кафедры педиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет». В результате проведенного исследования были составлены центильные таблицы, позволяющие объективно оценивать физическое развитие детей г. Гомеля [4].

Имеющиеся в доступной литературе материалы для оценки ФР школьников устарели, а данные российских специалистов не могут быть использованы для определения ФР детей и подростков Беларуси, так как они не учитывают влияния социально-экономических и экологических условий проживания.

Цель

Провести оценку физического развития детей школьного возраста г. Гомеля в динамике.

Материал и методы исследования

Объектом исследования стал 641 учащийся средней школы № 67 г. Гомеля в возрасте от 7 до 17 лет (I-я группа). В период с декабря 2021 по февраль 2022 гг. было проведено антропометрическое обследование 316 мальчиков и 325 девочек. Полученные данные сравнивали с результатами исследования, проведенного в 2010–2011 гг. (II-я группа) [4].

Антропометрическое обследование школьников проводилось с использованием унифицированной методики [5].

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel, 2016. По результатам измерений были рассчитаны средние арифметические величины (M) и средние квадратические отклонения (SD) основных антропометрических показателей: массы и длины тела.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования статистических параметров базовых параметров физического развития учащихся средней школы № 67 г. Гомеля от 7 до 17 лет представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Статистические параметры базовых показателей физического развития школьников города Гомеля

Возраст (лет)	n	Длина тела (см)		Масса тела (кг)		n	Длина тела (см)		Масса тела (кг)	
		мальчики					девочки			
		M	S	M	S		M	S	M	S
7	30	123,57	5,65	25,04	4,75	30	121,63	5,83	24,87	4,51
8	30	129,90	6,68	27,93	4,87	30	129,57	5,67	28,85	7,23
9	30	134,87	6,15	32,29	6,27	30	129,73	6,32	26,28	3,92
10	30	140,33	7,86	35,71	8,45	30	141,50	5,55	38,36	9,25
11	30	149,97	6,36	47,49	15,36	30	147,07	8,26	42,69	9,19
12	30	151,33	5,91	47,42	11,31	30	151,04	7,11	43,68	9,26
13	30	154,67	9,77	46,79	9,82	30	158,87	4,44	46,35	5,81
14	30	167,40	9,64	55,29	10,61	30	163,90	4,14	53,81	6,30
15	30	171,30	7,27	61,27	14,87	30	164,73	5,35	54,83	9,34
16	30	175,90	7,79	65,35	14,01	30	166,13	5,33	57,75	9,28
17	16	179,88	5,18	71,12	11,14	25	166,32	5,44	57,65	6,97

При сравнении показателей физического развития установлено значительное увеличение средней массы тела у детей 9–11 лет в I-й группе по сравнению со II-й при относительном сохранении средней длины тела (рисунок 1).

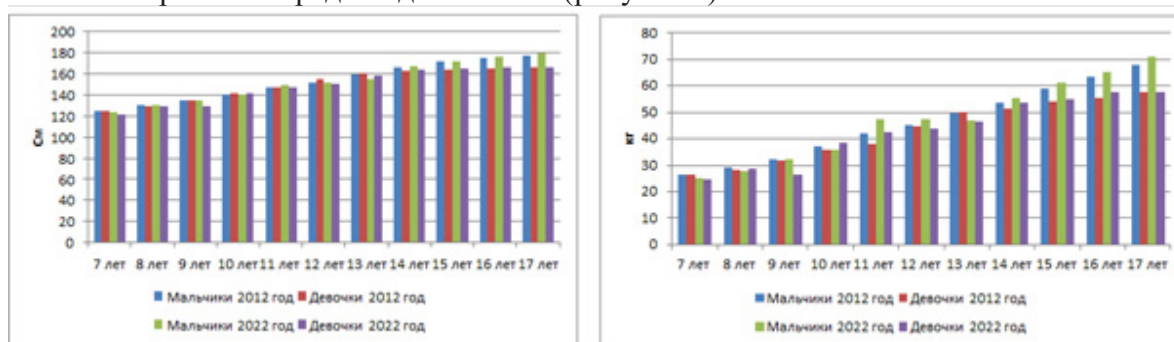


Рисунок 1 – Сравнительная характеристика средних показателей длины и массы тела школьников I-й и II-й группы

Нами проанализированы абсолютные и относительные значения ежегодных приростов основных базовых антропометрических показателей у детей I-й группы. Обнаружено формирование «пиков» увеличения данных параметров у мальчиков в возрасте 10–11 лет и 13–14 лет, а у девочек – в возрасте 9–10 лет и 12–14 лет. Кроме того, установлено практически полное отсутствие динамики ростовых показателей и отрицательная динамика весовых показателей у детей обоего пола в 8–9 лет и 11–13 лет в таблице 2.

Таблица 2 – Абсолютные и относительные значения ежегодных приростов базовых антропометрических показателей у школьников города Гомеля

Возрастной диапазон, лет	Ежегодные приросты							
	мальчики				девочки			
	длина тела (см)		масса тела (кг)		длина тела (см)		масса тела (кг)	
	абс. (см)	отн. (%)	абс. (см)	отн. (%)	абс. (см)	отн. (%)	абс. (см)	отн. (%)
7–8	6,33	5,12	2,89	11,50	7,94	6,28	3,98	16
8–9	4,97	3,82	4,36	15,60	0,16	0,12	-2,57	-8,91
9–10	5,46	4,04	3,42	10,60	11,77	9,07	12,08	45,97
10–11	9,64	6,87	11,78	32,98	5,57	3,90	4,33	11,28
11–12	1,36	0,90	-0,07	-0,20	3,97	2,70	0,99	2,31
12–13	3,34	2,20	-0,63	-1,30	7,83	5,20	2,67	6,11
13–14	12,73	8,23	8,50	18,17	5,03	3,20	7,46	16,09
14–15	3,90	2,33	5,98	10,81	0,83	0,50	1,02	1,89
15–16	4,60	2,69	4,08	6,66	1,40	0,84	2,92	5,32
16–17	3,98	2,32	5,77	8,83	0,19	0,11	-0,10	-0,18

Выводы

1. Сравнительная оценка физического развития детей в 2010–2011 гг. и 2021–2022 гг. свидетельствует об увеличении длины и массы тела у мальчиков в возрасте 10–11 лет и 13–14 лет, а у девочек – в возрасте 9–10 лет и 12–14 лет.

2. Установлены максимальные ежегодные приросты основных базовых антропометрических показателей у школьников города Гомеля в эти же возрастные периоды.

3. Полученные результаты диктуют необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых центильных таблиц для оценки физического развития детей школьного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пляскина, В. И. Здоровье детей, обучающихся в школах нового типа / В. И. Пляскина // Гигиена и санитария. – 2000. – № 1. – С. 62–65.
2. Ткачук, Е. А. Состояние здоровья школьников в условиях реформирования образования / Е. А. Ткачук, Е. С. Филиппов, И. Г. Жданова-Заплесвичко // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 14–17.
3. Секулярный тренд физического развития в современной врачебной практике / Н. К. Перевощикова [и др.] // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2021. – № 4 (87). – С. 4–11.
4. Мельник, В. А. Таблицы оценки физического развития школьников города Гомеля: метод. рекомендации для педиатров, научных сотрудников, клинических ординаторов, аспирантов, студентов медицинских вузов / В. А. Мельник, Н. В. Козакевич, А. А. Козловский; под общ. ред. В. А. Мельника. – Гомель: ГомГМУ, 2012. – 32 с.
5. Чичко, М. В. Препедвтика детских болезней: учеб. пособие. – Минск: Мисанта, 2018. – 912 с.

А. В. Громыко

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Аутоиммунный гепатит – хроническое заболевание печени, характеризующееся гипергаммаглобулинемией, наличием циркулирующих аутоантител, ассоциированных с лейкоцитарными антителами человека (HLA) DR3 и DR4, перипортальным гепатитом при гистологическом исследовании и благоприятным ответом на иммуносупрессивную терапию. Данное заболевание имеет прогрессирующее течение и при отсутствии своевременного лечения может быстро привести к развитию цирроза печени. Заболевают преимущественно девочки пре- и пубертатного возраста.

В настоящее время выделяют два типа аутоиммунного гепатита. Для АИГ-1 характерно наличие в сыворотке антинуклеарных аутоантител (ANA, antinuclear antibodies) и/или антигладкомышечных аутоантител (SMA, smooth muscle antibody) в титре более 1:20. При АИГ-2 обнаруживаются антитела к микросомам почек и печени 1-го типа (анти-LKM1) и/или антител к цитозольному антигену печени типа 1 (анти-LC-1).

Клиническая картина характеризуется широким спектром проявлений: от бессимптомного течения до тяжелых форм, вплоть до фульминантного течения, с наличием или без внепеченочных проявлений.

Диагностика основывается на клинических, лабораторных, инструментальных исследованиях и исключении других причин хронического поражения печени.

Цель

Изучить клинические проявления, особенности течения аутоиммунного гепатита у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 15 «Медицинских карт стационарного пациента» педиатрического отделения № 4 и 6 «Медицинских карт амбулаторного пациента» отделения консультативной поликлинической помощи Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» детей с аутоиммунным гепатитом, наблюдавшихся в период с июля 2018 по декабрь 2022 года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения MS Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

В педиатрическом отделении гастроэнтерологического профиля за 4,5 года на стационарном лечении (от 1 до 4 госпитализаций) по поводу аутоиммунного гепатита находилось 6 детей (5 (83,3 %) девочек и 1 (16,7 %) мальчик) – они составили исследуемую группу. Возраст пациентов от 11 до 18 лет (1 девочка по возрасту в 2021 году выбыла под наблюдение врача-терапевта). 4 (66,7 %) человека – жители города Гомеля, 2 (33,3 %) девочки проживают в районных центрах Гомельской области.

Диагноз установлен впервые в возрасте 11 лет у 2 девочек, в 12 лет у мальчика, в 15 лет у 3 девочек (по МКБ-10 К 73.8 – Другие хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках; К 75.8 – Другие уточненные воспалительные болезни печени).

При первичном обращении имели место жалобы на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита; в единичных случаях повышение температуры от субфебрильных до фебрильных цифр, носовые кровотечения, артралгии, выпадение волос. Синдром желтухи (окрашивание кожи и слизистых оболочек) отмечался у 2-х пациентов. На периодические боли в животе от ноющих до приступообразных различной локализации (область эпигастрия, правое подреберье, по ходу кишечника) указывали 4 пациента.

Анализируя наследственный анамнез, выявлены заболевания у родственников 3-х пациентов: гепатит С у отца, язвенная болезнь у бабушки, инсулинзависимый сахарный диабет у брата, случай внезапной смерти младенца.

Патологические изменения, характерные для поражения печени, были выявлены при лабораторных исследованиях. Изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз более $10,0 \times 10^9/\text{л}$, снижение уровня гемоглобина до 97 г/л, повышение СОЭ до 25 мм/ч) по одному случаю. У всех пациентов исследуемой группы в биохимическом анализе крови отмечалось повышение некоторых показателей (уровня билирубина от 27,7 до 126,3 мкмоль/л; АЛТ от 123 до 865 Ед/л; АСТ от 78,5 до 745,8 Ед/л; тимоловой пробы от 20,4 до 26,5 ед.; щелочной фосфатазы от 128 до 525 Ед/л; у-ГТП от 72 до 160 Ед/л).

Определение серологического профиля было проведено у 4 пациентов – патологических отклонений не выявлено.

При УЗИ органов брюшной полости увеличение размеров печени выявлено у 2-х пациентов.

Эластометрия печени, позволяющая оценить степень фиброза, была проведена у 4-х пациентов; за время наблюдения от 1 до 3 обследований: подтверждался фиброз от F1 до F4 по Metavir. За период наблюдения прогрессирование фиброза от F2 до F3 в одном случае; у одного пациента после фиброза F4 на фоне лечения в течение 3-х лет при контрольной эластометрии печени диагностирован фиброз F1.

Физическое развитие детей исследуемой группы (оценка по центильным таблицам): среднее гармоничное у 3-х девочек, высокое дисгармоничное (за счет низкой массы тела по отношению к росту) у 3-х человек.

Выводы

Аутоиммунный гепатит в детском возрасте наиболее часто диагностируется у городских девочек пре- и пубертатного периода. В дебюте заболевания имеет место интоксикационный, болевой абдоминальный синдромы, патологические изменения в биохимическом анализе крови (уровень билирубина, АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы, у-ГТП). Диагноз подтверждается при проведении эластометрии печени – фиброз печени различной степени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьев, К. И. Аутоиммунный гепатит у детей / К. И. Григорьев, О. Ф. Выхристюк // Лечебное дело. – 2022. – № 3–4. – С. 4–13.
2. Аутоиммунный гепатит у детей: современное состояние проблемы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии / Г. В. Волынец Г.В. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – № 28(5). – С. 18–34.
3. Подымова, С. Д. Решенные и нерешенные вопросы диагностики и лечения аутоиммунного гепатита / С. Д. Подымова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 8 – С. 33–44.

УДК 616.34-002.2-07-08-053.2

К. И. Довгая, Ю. М. Федченко

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Одной из серьезных проблем гастроэнтерологии являются хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). Данные заболевания кишечника морфологически характеризуются неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки – поверхностным при ЯК и трансмуральным при БК. При ЯК диффузное воспаление локализовано в пределах слизистой оболочки и поражает только толстую кишку на разном протяжении, в то время как при БК в патологический процесс вовлекаются любые органы пищеварительного тракта – от полости рта до анального канала [1].

Причины возникновения ХВЗК до настоящего времени окончательно неизвестны и, вероятнее всего, имеют многофакторное происхождение.

ЯК и БК характеризуются началом в молодом возрасте с последующим волнообразным или непрерывным течением [2].

По тяжести течения и частоте осложнений они занимают одну из ведущих позиций в структуре болезней пищеварительной системы. В настоящее время отсутствует единый взгляд на проблему воспалительных заболеваний кишечника среди врачей-педиатров, детских гастроэнтерологов: поздняя диагностика, не всегда рациональное лечение приводят к развитию осложнений и ранней инвалидизации [1, 2].

Для постановки ХВЗК необходимым является наличие соответствующих анамнестических данных, характерной клиники, эндоскопических и гистологических признаков [3].

Цель

Изучить особенности клиники и диагностики ХВЗК у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 49 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) детей в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2022 году. Учитывались пол, возраст, место жительства, физическое развитие, результаты клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 32 ребенка (7 человек получали стационарное лечение дважды в течение года, 3 человека – трижды, 1 человек – 5 раз): 20 (62,5 %) мальчиков и 12 (37,5 %) девочек. Проживают в г. Гомеле и районных центрах Гомельской области по 16 детей.

ХВЗК по МКБ-10 относятся к рубрике «Неинфекционный энтерит и колит» K50–52: K50 – БК; K51 – ЯК; K52 – другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (НГЭК).

В 2022 году ХВЗК выявлены впервые у 9 (28,1 %) детей: БК – 1 мальчик; ЯК – 4 девочки; НГЭК – 4 ребенка (2 мальчика, 2 девочки).

ЯК диагностирован у 19 (59,4 %) детей (10 мальчиков и 9 девочек); НГЭК – у 7 (21,8 %) пациентов (5 мальчиков и 2 девочки); БК – у 6 (18,8 %) детей (5 мальчиков и 1 девочка).

Результаты распределения ХВЗК в различных возрастных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура ХВЗК по возрасту

Возраст	ЯК (K51), кол-во (%)	БК (K50), кол-во (%)	НГЭК (K52), кол-во (%)	Всего, кол-во (%)
1–5 лет	2 (10,5 %)	0 (0 %)	2 (28,6 %)	4 (12,5 %)
6–11 лет	3 (15,8 %)	4 (66,7 %)	1 (14,3 %)	8 (25 %)
12–17 лет	14 (73,7 %)	2 (33,3 %)	4 (57,1 %)	20 (62,5 %)
Итого	19 (100 %)	6 (100 %)	7 (100 %)	32 (100 %)

Физическое развитие детей оценено с использованием центильных таблиц (Гродно, 2000). Физическое развитие среднее гармоничное у 7 детей (5 мальчиков и 2 девочки); ниже среднего, низкое, очень низкое гармоничное и дисгармоничное у 10 (5 мальчиков и 5 девочек); выше среднего, высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное у 12 (8 мальчиков и 4 девочки); резко дисгармоничное у 3 (2 мальчика и 1 девочка). Физическое развитие ниже среднего, низкое, очень низкое гармоничное и дисгармоничное, в т.ч. резко дисгармоничное в большинстве случаев у детей с ЯК (9 (28,1 %) человек).

По индексу Кетле 21 (65,6 %) ребенок имеет дефицит массы тела (ЯК – 13, БК – 5, НГЭК – 3).

Клинические проявления ХВЗК характеризовались интоксикационным, болевым абдоминальным и диспептическим синдромами. Симптомы интоксикации выражены у 7 (21,9 %) пациентов: ЯК – 2, БК – 2, НГЭК – 3. Боли в животе различной локализации (в области эпигастрия, гипогастрия, околопупочной, по ходу кишечника) отмечали 19 (59,4 %) детей: ЯК – 11, БК – 4, НГЭК – 4, при этом при пальпации у 93,8 % живот мягкий, не вздут. Симптомы диспепсии были выявлены у 18 (56,25 %) детей: ЯК – 10, БК – 3, НГЭК – 5. Снижение аппетита – у 7 (21,9 %) детей: ЯК – 3, БК – 2, НГЭК – 2. Диарея выражена у 17 (53,1 %) человек: ЯК – 10, БК – 1, НГЭК – 6. Патологические примеси в кале: кровь (капли, сгустки) у 18 (56,25 %) детей: ЯК – 11, БК – 2, НГЭК – 5, слизь – у 9 (28,1 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 2, НГЭК – 4.

Анализ лабораторных данных: определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), кальпротектина, ANCA, ASCA, ANA. Определение уровня ЦИК было проведено 27 пациентам: вариант нормы у 24 (88,9 %) детей, повышенный уровень – 3 (11,1 %) детей: ЯК – 2, НГЭК – 1. Кальпротектин – 30 пациентам: вариант нормы у 13 (43,3 %) детей, повышенный уровень – 17 (56,7 %) детей: ЯК – 11, БК – 4, НГЭК – 2. ANCA – 12 детям: вариант нормы у 11 (91,7 %) пациентов, повышенный уровень – 1 (8,3 %) ребенок с ЯК. ASCA – 10 детям: вариант нормы у 7 (70,0 %) пациентов, повышенный уровень – 3 (30,0 %) детей: ЯК – 2, БК – 1. ANA – 11 пациентам, отклонения от нормы не выявлено.

Латентный дефицит железа у 4 мальчиков (ЯК – 2, БК – 2); железо дефицитная анемия у 4 детей (легкой степени у 3 детей (ЯК – 2, БК – 1); средней степени у 1 девочки с ЯК).

Фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией слизистой оболочки кишечника для верификации диагноза была проведена 24 пациентам исследуемой группы (8 детям с ранее установленными диагнозами при данной госпитализации ФКС не проводилась). Результаты

ФКС: очаговый активный проктит выявлен у 6 (25,0 %) детей (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 4); очаговый активный колит – 5 (20,8 %) пациентов (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 3); диффузный активный колит у 9 (37,5 %) детей с ЯК, из которых у 7 деструкция крипт, у 5 крипт-абсцессы, формирование воспалительных псевдоворсинок в 1 случае; у 2 мальчиков с БК выявлен терминальный активный илеит; у мальчиков с НГЭЖ по 1 случаю проктосигмоидит и долихосигма. Эндоскопически патологии не выявлено (период ремиссии по основному заболеванию) у 4 (16,7 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1.

У пациентов исследуемой группы диагностирована сопутствующая патология: язва дуоденум у 2 (6,3 %) детей (ЯК – 1, БК – 1); хронический гастрит у 19 (59,4 %) детей (ассоциированный с Нр у 6 (31,6 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1, НГЭЖ – 2); гастроэзофагеальный рефлюкс у 13 (40,6 %) пациентов: с эрозивным эзофагитом у 4 детей (ЯК – 1, БК – 2, НГЭЖ – 1); с неэрозивным эзофагитом у 9 детей (ЯК – 6, БК – 2, НГЭЖ – 1); дуоденогастральный рефлюкс у 4 (12,5 %) детей (ЯК – 2, БК – 2); пищевая сенсibilизация к глютену у 5 (15,6 %) детей с ЯК; белково-энергетическая недостаточность (БЭН) у 5 (15,6 %) детей (ЯК – 4, БК – 1); вторичное нарушение микробиоты кишечника у 10 (31,3 %) детей (ЯК – 5, БК – 2, НГЭЖ – 3).

Выводы

Таким образом, ХВЗК чаще диагностируются у городских мальчиков среднего и старшего школьного возраста. Большинство пациентов с ЯК; БК и НГЭЖ встречаются одинаково часто. Более чем у половины детей с ХВЗК имеет место болевой абдоминальный и диспептический синдромы. У каждого второго пациента с ЯК диарея с примесью крови в кале, повышенный уровень кальпротектина. Железодефицитные состояния регистрируются у каждого четвертого пациента с ЯК и у каждого второго – с БК. Низкие показатели физического развития, БЭН чаще регистрируются у детей с ЯК. ХВЗК сопутствует патология верхних отделов пищеварительного тракта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский – Минск: Беларуская навука, 2019. – 426 с.
2. Горгун, Ю. В. Хронические воспалительные заболевания кишечника в Республике Беларусь / Ю. В. Горгун [и др.] // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2018. – № 3(55). – С. 5–12.
3. Луговкина, А. А. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита / А. А. Луговкина [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 4(164). – С. 10–16.

УДК 616.1-053.32

И. В. Коваленко

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Введение

Демографическая ситуация, сложившая не только в Республике Беларусь, но и в мире, в целом, выдвигает задачу перед врачами в сохранении жизни каждого, появившегося на свет, ребенка. Современный уровень развития перинатальной помощи в Республике Беларусь дает возможность выхаживания детей не только с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, но и с патологией сердечно-сосудистой системы.

Состояние недоношенных новорожденных и прогноз выживаемости определяется не только степенью морфо-функциональной незрелости, но и степенью перинатальной гипоксии, так как именно гипоксия лежит в основе повреждения миокарда и проводящей системы сердца плода и новорожденного.

Важное место приспособления новорожденных к внеутробной жизни, определено, принадлежит сердечно-сосудистой системе [1].

Среди недоношенных детей наиболее часто выявляют персистирующие фетальные коммуникации – открытое овальное окно и артериальный проток, связанные с незрелостью механизмов, участвующих в их закрытии [2].

Интерес представляют процессы, происходящие в сердечно-сосудистой системе недоношенных новорожденных, момент ее «стабилизации», а также влияние этих процессов на адаптацию и физическое и психологическое развитие ребенка [2].

Цель

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 49 карт стационарного пациента недоношенных детей, находившихся на втором этапе выхаживания в 3-й городской клинической больнице города Гомеля.

Все дети находились в отделении для выхаживания недоношенных детей с января по октябрь 2022 года. Мальчиков было 31 (63,3 %), девочек – 18 (36,7 %).

Большинство детей – 44 (89,8 %) были переведены из родильного отделения в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недоношенностью у всех детей, синдромом угнетения – у 46 (93,9 %), морфо-функциональной незрелостью – у 46 (93,6 %), кислородозависимостью – у 8 (16,3 %), неполным усвоением энтерального питания – у 15 (30,6 %), желтухой – у 11 (22,4 %) детей. 19 (38,8 %) новорожденных были рождены путем оперативного родоразрешения.

Большинство детей – 16 (32,7 %) рождены от первой беременности. Вредные привычки во время беременности были выявлены у 4 (8,2 %) матерей.

Беременность протекала на фоне хронической соматической патологии у 17 (34,7 %), на фоне эндокринной патологии – у 8 (16,3 %), с нарушением ритма сердца – у 4 (8,2 %) матерей.

Гестационный возраст детей составил 27–37 недель. В первые сутки жизни были переведены 4 (8,2 %) новорожденных, 45 (91,8 %) детей – в возрасте 5–10 суток.

Масса тела при рождении до 1500 грамм отмечалась у 2 (4,1 %), от 1500–2000 грамм у 8 (16,3 %), свыше 2000 грамм – у 39 (79,6 %) детей.

Аускультативно со стороны сердца у всех детей выслушивался систолический шум, экстрасистолы выслушивались – у 3 (6,1 %) детей, у 2 (4,1 %) детей отмечалось приглушение тонов. Всем детям проведено ЭКГ исследование, данные которого отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели ЭКГ у недоношенных детей

Показатели	Абсолютное число	Проценты, %
Положение ЭОС:		
Нормальное	1	2,1
Вертикальное	13	26,5
Отклонение вправо	35	71,4
Ритм синусовый	49	100
Нагрузка на правый желудочек	42	85,7
Синусовая тахикардия	17	34,7

Всем детям проведено УЗИ сердца, результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты УЗИ сердца у недоношенных детей

Результат	Абсолютное число	Проценты, %
Открытое овальное окно	48	98,0
Открытый артериальный проток	1	2,0
Дефект межпредсердной перегородки	1	2,0
Дефект межжелудочковой перегородки	1	2,0
Регургитация на митральном клапане	24	49,0
Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени	25	51,0
Повышение давления в лёгочной артерии	2	4,1

Выводы

1. У всех детей, родившихся преждевременно отмечалось функционирование фетальных коммуникаций в виде открытого овального окна и только у одного ребенка сохранился открытым артериальный проток.

2. Врожденный порок сердца выявлен у двоих детей.

3. У всех детей выслушивался систолический шум. У трети детей отличалось синусовая тахикардия.

У половины детей при УЗИ исследовании выявлена регургитация на клапанах.

4. Выявленные изменения диктуют необходимость дальнейшего мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей и проведения коррекции нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология: учебник / П. В. Шумилов, Н. П. Котлу. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
2. Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы у недоношенных с очень низкой массой тела в периоде ранней адаптации [Электронный ресурс]. // Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль, Российская Федерация. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/morfofunktsionalnoe-sostoyanie-serdechno-sosudistoy-sistemy-u-ndonoshennyh-s-ochen-nizkoy-massoy-tela-v-periodе-ranney-adaptatsii>. – Дата доступа: 21.03.2023.

УДК 616.155.194.113-053.3

Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в результате несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам. При этом антигены, имеющиеся на мембранах эритроцитов плода, отсутствуют у матери. При попадании таких эритроцитов в кровоток матери в ее организме вырабатываются соответствующие антитела [1]. Исходя из данных Международного общества переливания крови, выявлено более 300 антигенов эритроцитов, которые распределяются в 33 генетически независимых групповых системах крови [2]. Такие системы как: АВ0, резус, Келл, Дафф, MNSS, Льюис, Кидд и т. д. Главная роль клинического значения отводится конфликтам, возникающим при несовместимости по антигенам

системы АВ0 и резус, что объясняется их высокой иммуногенностью по сравнению с антигенами других групповых систем крови [3]. Гемолитическая болезнь новорожденных является одной из наиболее частых причин желтухи и анемий у новорожденных. Частота ГБН составляет от 3–6 % и приводит к серьезным осложнениям, к таким как билирубиновая энцефалопатия. Летальность составляет около 2,5 %. В связи с этими данными есть необходимость в изучении особенностей течения различных форм ГБН и профилактики возможных осложнений.

Цель

Оценить тяжесть течения различных форм гемолитической болезни новорожденных.

Материал и методы исследования

На базе Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов — новорожденных, родившихся за период 2020–2022 годы и болевших гемолитической болезнью новорожденных (ГБН) по резус-фактору или АВ0-системе. Проанализировано 50 стационарных карт. Учитывались такие факторы, как возраст матерей, паритет беременности и родов, уровень титров антител во время беременности, способ родоразрешения, состояние ребенка при рождении, весо-ростовые показатели, пол ребенка, клиническая форма ГБН, уровень гемоглобина при рождении, максимальный уровень подъема билирубина, возраст перевода в стационар. Данные об уровне пуповинного билирубина собраны не полностью, в исследовании не учитывались.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 50 детей исследуемой группы ГБН по резус-фактору наблюдалась у 31 ребенка (62 %), ГБН по АВ0 у 19 детей (38 %). Средний возраст матерей детей, имевших изоиммунизацию по резус-фактору, составил $33,3 \pm 4,9$ лет. Все дети (100 %), болевшие ГБН по резус-фактору, были от повторных беременностей и родов. У 7 матерей (23 %) – отягощенный анамнез по предыдущим беременностям (выкидыш, неразвивающаяся беременность), у 1 матери (3 %) предыдущий ребенок имел изоиммунизацию по резус-фактору. Средний возраст матерей детей, болевших ГБН по АВ0, составил $29,3 \pm 4,7$ лет. Из числа детей, имевших изоиммунизацию по АВ0, 5 (26 %), родились от 1 беременности и 1 родов, 2 ребенка (11 %) родились от 2 беременности и 1 родов, остальные 12 новорожденных (63 %) – от повторных беременностей и повторных родов. Диагностически значимые титры антител (1:16 и выше) во время беременности у матерей детей, болевших ГБН по резус-фактору, наблюдался у 26 (84 %) женщин. Из 50 детей исследуемой группы, 37 (74 %) родились естественным путем, 13 новорожденных (26 %) – путем операции кесарево сечение. Средний вес новорожденных составил 3150 ± 409 грамм. Рост $52 \pm 2,6$ см. Девочки составили 30 человек (60 %), 20 (40 %) – мальчики. Из числа новорожденных, имевших резус-конфликт – 11 (35 %) родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести. Все дети, перенесшие ГБН по АВ0 (100 %), имели хорошие оценки по шкале Апгар и удовлетворительное состояние при рождении. По клиническим проявлениям: из 31 новорожденного, имевших резус-несовместимость с кровью матери, желтушная форма заболевания была диагностирована у 4 детей (13 %), 27 новорожденных (87 %) имели желтушно-анемическую форму болезни; из 19 новорожденных, имевших изоиммунизацию по АВ0, 11 детям (58 %) была выставлена желтушная форма заболевания, 8 (42 %) новорожденных были больны желтушно-анемической формой. Из числа детей, болевших ГБН по АВ0, 16 (84 %) имели группу крови А (II), 3 ребенка (16 %) – В (III). Средний уровень гемоглобина в общем анализе крови при рождении составил: у детей, болевших ГБН по резус-фактору 145 ± 34 г/л, у детей с изоиммунизацией по АВ0 – 158 ± 35 г/л. Средний уровень максимально высоких цифр общего билирубина у детей с изоиммуни-

зацией по резус-фактору составил 224 ± 62 мкмоль/л, у детей, имевших конфликт по АВ0 – 205 ± 64 мкмоль/л. Из 50 детей исследуемой группы, 37 новорожденных (74 %) имели внутриутробную инфекцию как сопутствующее заболевание. Средний возраст перевода из роддома в стационар для дальнейшего лечения и наблюдения составил для детей, имевших изоиммунизацию по резус-фактору $5,6 \pm 1,6$ суток жизни, для детей с изоиммунизацией по АВ0 $5,3 \pm 1,5$ суток жизни.

Выводы

Все новорожденные, болевшие ГБН по резус-фактору, родились от повторных беременностей и родов. Средний возраст матерей на момент родов был выше, чем у матерей детей, болевших ГБН по АВ0. У 84 % женщин, имевших резус-конфликт с плодом, отмечался повышенный титр антител во время беременности. 35 % детей с изоиммунизацией по резус-фактору родились в состоянии асфиксии. У детей с резус-конфликтом в 87 % случаев наблюдалась желтушно-анемическая форма, у детей с конфликтом по АВ0-системе чаще (58 %) встречалась желтушная форма заболевания. 84 % детей с ГБН по АВ0 имели А (II) группу крови. Средний уровень гемоглобина в первом анализе крови у детей с резус-конфликтом был ниже, чем у детей с конфликтом по группе крови. Максимально высокие цифры билирубина были выше у детей с ГБН по резус-фактору. Данный анализ позволяет сделать вывод о более тяжелом течении ГБН по резус-фактору в сравнении с ГБН по АВ0.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин, Н. Н. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / Н. Н. Володин. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Mitra, R. Blood groups systems / R. Mitra, N. Mishra, G. P. Rath // Indian J Anaesthesia. – 2014. – № 58 (5). – P. 524–528.
3. Klein, H. Blood transfusion in clinical medicine / H. Klein, D. Anstee, P. Mollison // London: Blac-well Publishing. – 2005. – P. 891.

УДК 616.514-036.11-02-053.2

И. О. Лющёнок, Д. А. Винник

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Введение

Крапивница (*urticaria*) – группа заболеваний, основным симптомом которых является уртикарный элемент на коже, представляющий собой отёк ограниченного участка, главным образом сосочкового слоя дермы, расширение лимфатических и кровеносных сосудов, незначительный периваскулярный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов [1]. Крапивница и аллергические отёки являются одной из наиболее частых клинических форм аллергической патологии в детском возрасте [2]. В практике педиатра крапивница встречается от 2 до 30 % случаев [3], но особенности течения и этиологии заболевания у детей изучены недостаточно. Крапивница и ангионевротический отёк, которые длятся не более 6 недель, относятся к острой форме заболевания.

Для острой крапивницы характерно быстрое появление волдырей и быстрое их исчезновение в течение 24 часов без формирования вторичных кожных элементов. Но в 40 % случаев патология сочетается с ангиоотёком век, губ, половых органов, слизистых оболочек (в том числе дыхательных путей и пищеварительного тракта), кожи конечностей. Поэтому важно учитывать, что острая крапивница может стать причиной ургентных ситуаций.

В основе острой крапивницы наиболее часто лежит реакция гиперчувствительности 1-го типа. При этом активация Th2-лимфоцитов у предрасположенных лиц сопровождается избыточным синтезом интерлейкинов ИЛ-4 и ИЛ-13. Интерлейкины стимулируют гиперпродукцию В-лимфоцитами специфических Ig E, фиксирующихся на рецепторах тучных клеток. Взаимодействие специфических Ig E с аллергеном приводит к активации рецепторов и дегрануляции тучных клеток [4].

Среди провоцирующих факторов острой крапивницы у детей первое место занимают пищевые триггеры (молоко, яйца, пшеница, курица, фрукты, морепродукты, мед, орехи, цитрусовые, копчености), второе – лекарственные средства (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы B, противосудорожные средства). Часто острая крапивница провоцируется вирусами, бактериями, паразитами, ядами перепончатокрылых насекомых, различными аэроаллергенами. В зависимости от возраста преобладают те или иные факторы. Так у детей до 3 лет в генезе крапивницы преобладает пищевая аллергия, у детей старшего возраста наиболее частыми причинами острой крапивницы является патология желудочно-кишечного тракта, вирусные инфекции.

Цель

Изучить этиологию острой крапивницы в детском возрасте.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 65 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте с 6 месяцев до 18 лет, проходивших обследование и лечение в У «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Острая крапивница» и «Отёк Квинке» в 2022 году. Критерием для постановки диагноза служило наличие уртикарных элементов, которые разрешались без вторичных изменений на коже. Всем детям проводилось общеклиническое и лабораторное исследование. По показаниям выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой и определением *Helicobacter pylori*. Учитывали особенности антенатального периода, периода грудного вскармливания и характер вскармливания на первом году жизни. Собран и проанализирован наследственный и аллергологический анамнез.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 10,0. Полученные данные представлены абсолютным числом (n) и относительной величиной (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Изолированная острая крапивница диагностирована у 39 (60,0 %) пациентов, у 26 (40,0 %) пациентов острая крапивница сочеталась с отёком Квинке. Среди исследуемых пациентов было 27 (41,5 %) мальчиков и 38 (58,5 %) девочек. Средний возраст пациентов составил 6 (3–13). Наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей от 6 месяцев до 6 лет – 29 (44,6 %), с 6 до 12 лет острая крапивница встречалась у 17 (26,2 %), старше 12 лет – у 19 (29,2 %).

По данным нашего исследования в 52,3 % (34) случаев у детей, страдающих крапивницей, имело место у их матерей осложненное течение беременности (угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности). Обострение соматической патологии на фоне беременности имело место в 18,5 % (12) случаев.

Период грудного возраста имел следующую картину: с рождения на искусственном вскармливании находились 49,2 % (32) детей, естественное вскармливание до 3 месяцев имело место в 18,5 % (12), до года – 32,3 % (21). Признаки экссудативно-катарального диатеза у детей наблюдались в 43,1 % случаев. Это указывает на исходную мембранную нестабильность и недостаточность системы гистаминопексии.

Отягощенный наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям выявлен в 47,7 % (31) случаев. Сопутствующая аллергопатология регистрировалась у 30 (46,2 %)

пациентов. При этом бронхиальная астма встречалась у 21 (32,3%) пациента, аллергический ринит – у 9 (13,8 %), аллергический конъюнктивит – у 3 (4,6 %), атопический дерматит – у 6 (9,2 %).

Из сопутствующей соматической патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта в 38,5 % (25) случаев. Так хронические гастриты и гастродуодениты диагностированы у 12 (18,5 %) обследуемых детей, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 6 (9,2 %), дуоденогастральный рефлюкс – у 2 (3,1 %), дисбактериоз кишечника – у 5 (7,7 %) детей.

Среди причин острой крапивницы выступали пищевые продукты в 67,7 % (44) случаев. Лидировали фрукты – у 58,5 % пациентов и сладости – у 27,7 %. Острая крапивница пищевого генеза чаще встречалась в возрастной группе от 6 месяцев до 6 лет (52,8 %).

В 10,8 % (7) случаях появление острой крапивницы было связано с обострением хронического гастрита, при этом тест на *Helicobacter pylori* был положительным. В 12,3 % (8) случаев выявлено одновременное воздействие нескольких триггеров: пищевых продуктов и инфекции. В 9,2 % (6) случаев острой крапивницы выявить причину не удалось.

Выводы

1. Таким образом, острая крапивница у детей является многофакторным заболеванием и встречается чаще у детей до 6 лет (44,6 %).

2. Формирование атопической конституции способствуют такие факторы, как осложнённое течение беременности, соматические заболевания, искусственное вскармливание на первом году жизни.

3. Половина пациентов с острой крапивницей и отёком Квинке имеют отягощенный семейный аллергоанамнез.

4. Чем младше ребенок, тем больше вклад пищевой непереносимости в генез заболевания (52,8 %).

5. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта приводят к изменениям процессов пищеварения и всасывания, что способствует прогрессированию пищевой сенсибилизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Martin, A. Stern. Urticaria (hevis, nettlerash) / A. Martin // Asthma Allergy Information Research. – 2001. – P. 1–15.
2. Балаболкин, И. И. Атопические заболевания у детей: современная концепция патогенеза и терапия / И. И. Балаболкин // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2003. – № 8. – С. 30–34.
3. Колхир, П. В. Крапивница и ангиоотек / П. В. Колхир // Практическая медицина. – 2012. – С. 364.
4. Maurer, M, Management and treatment of chronic urticarial / M. Maurer, M.K. Church, M. Goncalo // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2015. – Vol. 29 (3). – P. 16–32.

УДК 616-053.3-073.175

М. В. Майстрова

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

В соответствии с клиническими протоколами (ЮНИСЕФ, 2010), маловесный ребенок – это новорожденный с массой тела менее 2500 г. Неонатологи и педиатры к маловесным детям относят таких новорожденных, которые к определенному сроку гестации не набирают положенной массы. К этой же группе относят недоношенных детей, имеющих

низкую массу тела из-за рождения раньше указанного срока. Следует отметить, что обобщающим понятием для все этих вариантов в Беларуси принято считать термин «гипотрофия», в мировых же источниках используют термин – «нарушение нутритивного статуса».

По данным ВОЗ, среди всех новорожденных маловесные дети составляют 5–16 %. В развитых европейских странах доля маловесных новорожденных составляет от 4 до 12 % [1], в Беларуси ежегодно регистрируется более 6 % детей с массой тела при рождении менее 2500 г [2].

Маловесных новорожденных детей в зависимости от массы тела можно разделить на детей с малой массой тела – менее 2500 г (2499–1500 г); с очень низкой массой тела (ОНМТ) – менее 1500 (1499–1000 г); с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении – менее 1000 г (999–500 г) [3].

В структуре недоношенных детей маловесные дети с очень низкой массой тела составляют 1–1,8 %, дети с экстремально низкой массой тела – 0,4–0,5 % [4].

Цель

Изучить анамнез и особенности течения раннего неонатального периода у маловесных новорожденных

Материал и методы исследования

Исследование проводилось путем ретроспективного анализа историй развития новорожденных, родившихся доношенными в 2020–2021 годах в родильном доме Учреждения «Гомельская областная клиническая больница», и имевших при рождении диагнозы: «Малый размер плода для гестационного возраста» и «Маловесный для гестационного возраста плод». Статистический анализ проводился с использованием персонального компьютера в стандартных приложениях Microsoft, пакет OpenOffice.org.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошло 50 детей, имевших недостаточную массу тела при рождении в доношенном сроке гестации.

Средний возраст матерей составил $29,4 \pm 6$ лет. Жительницами города были 31 женщина (62 %), 19 матерей (38 %) проживали в сельской местности.

Средний показатель паритета родов составил $2,58 \pm 1,4$. Средний срок гестации составил $37,7 \pm 0,7$ недель. При анализе анамнеза матерей выявлено, что наиболее значимыми заболеваниями матерей во время беременности были: кольпиты и вагиниты наблюдались у 30 % женщин, анемия – в 20 % случаев, угроза прерывания беременности выставлялась 20 % матерей, острыми респираторными заболеваниями переболели во время беременности 18 %, заболевания щитовидной железы отмечались в 10 % случаев. Хроническая фетоплацентарная недостаточность во время беременности наблюдалась у 25 женщин (50 %), синдром задержки развития плода пренатально был выставлен 10 матерям (20 %). 49 детей (98 %) имели достаточные оценки по шкале Апгар (8/8 и 8/9 баллов), 1 ребенок (2 %) имел оценки 7/8 баллов при рождении. Анализируя разделение по полу, получены следующие результаты: из всех новорожденных исследуемой группы было 36 девочек (72 %), мальчиков, соответственно, было 14 человек (28 %).

39 детей (78 %) имели при рождении массу тела ниже 2500 г, 11 новорожденных (22 %) имели массу 2500 г и выше, но все равно недостаточную к должествующей массе при рождении в их сроке гестации. Средний вес всех детей при рождении составил $2\ 265 \pm 218$ г. Средний рост при рождении составил $47,3 \pm 2,4$ см. При анализе течения раннего неонатального периода у маловесных новорожденных получена следующая информация: желтуха в раннем неонатальном периоде наблюдалась у 13 малышей (26 %), анемия различной степени тяжести у 4 новорожденных (8 %), реализация внутриутробной инфекции произошла у 5 детей (10 %), у 28 детей (56 %) в раннем неонатальном периоде заболеваний не

выявлено. У 20 новорожденных (40 %) отмечались неврологические расстройства, такие, как энцефалопатия, синдром двигательных нарушений.

Группа риска по реализации внутриутробного инфицирования была выставлена 31 ребенку (62 %), антибактериальная терапия с целью профилактики реализации инфекции была назначена 12 из них (39 %).

Также у детей анализируемой группы в раннем неонатальном периоде выявлены следующие отклонения от нормы: функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно, открытый артериальный проток) отмечались у 82 % детей исследуемой группы, малая аномалия развития сердца (дополнительные хорды в полости левого желудочка) отмечались у 44 % новорожденных, синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 4 % детей, аневризма межпредсердной перегородки у 2 % новорожденных, пиелоэктазия – 20 %.

Выводы

Дети с недостаточной массой тела при рождении чаще рождались у матерей – жительниц города. Большую часть (62 %) составили девочки. Маловесные дети рождались чаще от повторных родов. У половины матерей (50 %) детей исследуемой группы во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность. У 26 % детей в раннем неонатальном периоде отмечалась неонатальная желтуха, 40 % детей имели неврологические нарушения. Группа риска по внутриутробному инфицированию была выставлена 62 % новорожденных. Функционирующие фетальные коммуникации в раннем неонатальном периоде были выявлены у 82 % детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты диагностики внутриутробных и перинатальных инфекций у недоношенных маловесных детей / Н. М. Ивахнишина [и др.] // Бюллетень. – 2019. – №54. – С. 88–97.
2. Яцьк, Г. В. Выживание и ранняя реабилитация детей / Г. В. Яцьк, Е. П. Бомбардинова, О. В. Тресорукова // Лечащий врач. – 2018. – №7. – С. 45–49.
3. Ахмадеева, Э. Н. Коэффициент развития по шкале КАТ/КЛАМС у детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э. Н. Ахмадеева, А. Я. Валиулина, Л. Р. Нурлыгаянова // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов 7 конгресса педиатров Беларуси. – Москва: ГОТАР, 2018. – С. 18.

УДК 616.248:616.233]:616.1-053.2

С. С. Матяс, В. Д. Миронов

Научный руководитель: ассистент кафедры Т. Е. Бубневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее тяжелых аллергических заболеваний, которые регистрируют в детском возрасте [1, 2]. На текущий момент наблюдается тенденция к увеличению частоты заболевания БА, что связывают с расширением факторов предрасположенности к аллергическим заболеваниям, что послужило основой для изучения данного заболевания и его влияния на другие органы и системы [3]. На данный момент, на основании других исследований, известно, что ухудшение течения бронхиальной астмы в детском возрасте сопровождается нарушением сердечно-сосудистой системы, что является предметом изучения специалистов различных областей:

аллергологов, кардиологов, педиатров, что связано с необходимостью разработки тактики ведения и диспансерного наблюдения больных [5]. Нарушения главным образом затрагивают структурные изменения и систолическую функцию миокарда в период ремиссии (характер нарушений в период обострения на данный момент изучен недостаточно), что в свою очередь приводит к нарушениям гемодинамики и риска развития возможных осложнений, таких как нарушения ритма и проводимости, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, а также к изменению релаксационных свойств миокарда, что проявляется при формировании сердечной недостаточности, что потенциально может быть использовано для ее выявления на ранних/латентных стадиях [4]. Кроме того, важным аспектом является тот факт, что данные процессы происходят в «критический» пубертатный период онтогенеза человека, для которого характерно нарушение пропорционального развития полостей и крупных сосудов на фоне соматической дисгармонии, что отражается в том числе и на особенностях внутрисердечной гемодинамики при БА.

Цель

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы, установление частоты и характера поражения органов кровообращения при бронхиальной астме у детей.

Материал и методы исследования

Истории болезни случайных 79 пациентов с диагнозом БА персистирующего течения разной степени тяжести в возрасте до 18 лет с длительностью заболевания не менее 6 мес. Сбор данных проходил на базе Областной детской консультативной поликлиники при учреждении «Гомельская областная детская клинической больницы». Полученные результаты обработаны с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Возрастной состав обследованных детей составил от 5 до 17 лет, из них детей дошкольного и раннего школьного возраста (до 11 лет) – 27 (34 %), среднего школьного возраста (до 15 лет) – 21 (27 %), старшего школьного – 31 (39 %). В нашей выборке 51 мальчик (64,5 %), 28 девочек (35,5 %). Всем обследованным детям выставлен диагноз бронхиальной астмы различной степени тяжести: интермиттирующая – 4 (5 %), легкая персистирующая – 36 (45%), среднетяжелая персистирующая – 39 (49 %), тяжелая персистирующая – 0 %. В результате проведенных исследований, поражения органов кровообращения выявлены у 34 (43 %) детей с бронхиальной астмой.

Объективно у детей с бронхиальной астмой выявлен астено-вегетативный синдром, проявляющийся слабостью, быстрой физической и психической утомляемостью, головной болью, головокружениями. Проявления кардиального синдрома характеризовались кардиалгиями и неприятными ощущениями в области сердца, приступов сердцебиения. Электрокардиографическое обследование детей с бронхиальной астмой выявило отклонения от нормы, заключающееся в нарушении основных функций сердца, изменении длительности зубцов и интервалов, а также нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков. При этом наиболее выраженные отклонения от нормы выявлялись у детей старшего школьного возраста.

Как свидетельствуют данные, представленные в таблице 1, у обследованных детей частота выявления ЭКГ отклонений зависела от тяжести течения бронхиальной астмы, при этом у детей с интермиттирующим течением астмы отклонения не отмечались во все. Электрокардиографические изменения в виде нарушения сердечного ритма и проводимости в сочетании с нарушениями процессов реполяризации в миокарде желудочков отмечались у детей со среднетяжелым персистирующим течением заболевания.

Нарушения сердечного ритма характеризовались синусовой тахикардией, синусовой брадикардией и синусовой аритмией, предсердной экстрасистолией, единичной желудочковой экстрасистолией. Нарушения внутрижелудочковой проводимости характеризовались неполной блокадой правой ножки пучка Гиса 12 (15 %) и синдромом ранней реполяризации желудочков 16 (20 %), где последние проявлялись в виде отрицательного, сглаженного, деформированного зубца Т в правых грудных отведениях; кроме того, регистрировалось смещение сегмента ST ниже изолинии на 1 мм и более. ЭОС в 77 случаев был вертикальным (97,4 %), и лишь в двух случаях наблюдалось отклонение ЭОС вправо (2,6 %). Все выявленные изменения на электрокардиограмме свидетельствовали о наличии диастолической перегрузки правых отделов сердца, а также обменных нарушений в миокарде.

Таблица 1 – Электрокардиографические изменения у детей с бронхиальной астмой

Течение бронхиальной астмы	Нарушение ритма сердца	Нарушение проводимости	Нарушение процессов реполяризации
Интермиттирующее течение	–	–	–
Легкое персистирующее течение	15 (18,9 %)	1 (1,2 %)	2(2,5 %)
Среднетяжелое персистирующее течение	21 (26,5 %)	9 (11,3 %)	6(7,5 %)

Выводы

Исходя из вышесказанного, а также исходя из данных клинического обследования детей (выслушивание неинтенсивного систолического шума на верхушке сердца на фоне приглушенности первого тона сердца, определение акцента второго тона в точке проекции легочной артерий у трети обследуемых детей), можно свидетельствовать о наличии изменений со стороны сердечно-сосудистой системы пациентов, страдающих бронхиальной астмой. Благодаря своевременной диагностике удастся избежать развития грубых нарушений ритма и проводимости, миокардиодистрофии, хронического легочного сердца, а также декомпенсации кровообращения. В современных условиях этому способствует проведение у детей с бронхиальной астмой в ранние сроки электрокардиографические исследования, эхокардиографии в сочетании с доплерографией сосудов и изучение легочной гемодинамики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы: Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 08.08.2014, № 829. [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 05.03.2023.
2. Охотникова, Е. Н. Современные рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей в свете последнего международного консенсуса ICON и обновленного украинского протокола / Е. Н. Охотникова // Здоров'я України. Педіатрія. – 2013. – № 1 (24). – С. 23–25.
3. Титова, Н. Д. Определение спектра антител и сенсибилизации гранулоцитов к пищевым красителям у больных бронхиальной астмой / Н. Д. Титова, П. Д. Новиков // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2013. – № 2. – С. 47–54.
4. Фадеев, П. А. Бронхиальная астма / П.А. Фадеев. – М. : Огни, 2014. – 160 с.
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Электронный ресурс] // GINA. – Режим доступа: www.ginasthma.org. – Дата доступа: 25.03.2023.

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Введение

Боль в животе – одна из самых частых причин обращения к детскому хирургу. Абдоминальный болевой синдром, сопровождающий множество разнообразных заболеваний в детском возрасте, представляет собой симптомокомплекс, в котором ведущим является боль или ощущение дискомфорта в животе [1, 2].

Причины возникновения болей в животе весьма разнообразны – острые воспалительные заболевания брюшной полости, острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту, кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость, перфорация полых органов, нарушение кровообращения в органах брюшной полости, паразитарные и инфекционные заболевания. Поэтому дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей и подростков вызывает определенные трудности и является весьма актуальной проблемой в педиатрии [3].

Данный синдром нередко является поводом для оперативного вмешательства. Однако госпитализируются не все пациенты, направленные в приемный покой, а оперативного лечения требует не более 1/4 пациентов, госпитализируемых в отделение абдоминальной хирургии по поводу острой боли в животе [4].

Наибольшие проблемы возникают с детьми раннего возраста вследствие особенностей болевых ощущений или из-за невозможности объяснить ими свое состояние. Кроме того, традиционно считается, что для детей в возрасте от 3 до 7 лет наиболее характерна желудочно-кишечная этиология возникновения болей в животе, в связи с чем данная категория пациентов зачастую направляется к педиатрам, и хирургическая патология порой пропускается [1].

Цель

Проанализировать структуру синдрома «острый живот» у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 151 медицинской карты пациентов (форма № 003/у-07), поступивших в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с подозрением на острый аппендицит в период с января по ноябрь 2022 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладной программы Microsoft Excel. Данные представлены в виде среднего арифметического.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что среди обследованных было 72 мальчика (47,7 %) и 79 девочек (52,3 %). Средний возраст пациентов на момент госпитализации составил $9,78 \pm 1,12$ лет.

При поступлении в клинику пациенты предъявляли жалобы на боли в животе (100,0 %), повышение температуры тела (45,0 %), тошноту (29,1 %), неустойчивый характер стула (13,9 %).

При объективном обследовании пациентов симптом Ситковского был положительным в 24 случаях (15,9 %), сомнительным – в 9 (6,0 %), симптом Ровзинга был положительным в 15 случаях (9,9 %), сомнительным – в 11 (7,3 %). Напряжение мышц передней стенки брюшины при поступлении установлено у 26 детей (17,2 %).

При анализе общего анализа крови пациентов с подозрением на острый аппендицит был выявлен лейкоцитоз в первые сутки заболевания – $17,42 \pm 1,36 \times 10^9/\text{л}$. Количество лейкоцитов в анализе крови пациентов с исключенным диагнозом «острый аппендицит» составило $13,6 \pm 0,95 \times 10^9/\text{л}$. Изменения других показателей гемограммы не зафиксированы. При выписке пациентов из клиники среднее число лейкоцитов составляло $7,02 \pm 0,49 \times 10^9/\text{л}$. Достоверной разницы в уровне лейкоцитоза при остром аппендиците и других заболеваниях с болевым абдоминальным синдромом не выявлено.

70 пациентам (46,3 %) было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Острый аппендицит диагностирован у 53 детей (35,1 %), при этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 33 случаях (21,9 %), острый гангренозный аппендицит – в 15 случаях (9,9 %), перфоративный – у 5 пациентов (3,3 %).

Динамическое наблюдение и дообследование позволили исключить острый аппендицит у 98 пациентов (64,9 %). У них были диагностированы: кишечная колика – 25 случаев (25,5 %), острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом – 11 случаев (11,2 %), функциональное расстройство желудка – 16 случаев (16,3 %), функциональное расстройство кишечника – 19 случаев (19,4 %), неспецифический мезаденит – 5 случаев (5,1 %), инвагинация кишечника – 3 случая (3,1 %), эритематозная гастропатия, альгодисменоррея, овуляторный синдром, инородное тело двенадцатиперстной кишки и инородное тело желудка, острый сальпингоофорит, дивертикул Меккеля и острая поздняя спаечная кишечная непроходимость и др. – по 1 случаю (1,0 %).

Среднее число дней пребывания пациентов в стационаре в случае острого аппендицита составило 11 дней. Пациенты с исключенным острым аппендицитом находились в клинике в среднем 4 дня.

Выводы

1. Наиболее частой причиной абдоминального болевого синдрома у детей является острый аппендицит (35,1 %).

2. Характерным признаком острого аппендицита является выраженный лейкоцитоз – $17,42 \pm 1,36 \times 10^9/\text{л}$.

3. Частыми причинами абдоминальной боли у детей является «нехирургическая» патология: кишечная колика, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом, функциональное расстройство желудка и кишечника, неспецифический мезаденит, эритематозная гастропатия, альгодисменоррея, овуляторный синдром, острый сальпингоофорит.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Романова, Е. А. Острая боль в животе у детей: причины и механизмы формирования / Е. А. Романова // Педиатрическая фармакология. – 2017. – Т. 14, № 1. – С. 55–59.
2. Острый аппендицит у детей / А. Ю. Разумовский [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – Т. 3, № 4. – С. 125–132.
3. Марьина, Н. А. Абдоминальный синдром в практике педиатра / Н. А. Марьина, Е. В. Воложанина, М. И. Степанов // Мать и дитя в Кузбассе. – 2008. – № 4 (35). – С. 25–26.
4. Карасева, О. В. Острый живот в практике педиатра / О. В. Карасева // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8, № 5. – С. 21–26.

Т. Д. Новик

*Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский**Учреждение образования**«Гомельский государственный медицинский университет»**г. Гомель, Республика Беларусь*

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ГОМЕЛЯ ВИТАМИНОМ D В ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Введение

Проблема дефицита витамина D повсеместно распространена как среди взрослого населения, так и среди детей [1, 2, 5].

Витамин D – это группа биологически активных веществ, которые образуются под действием ультрафиолетовых лучей в коже и поступают в организм человека с пищей. Витамин D участвует в регуляции артериального давления и сердцебиения, регулирует минеральный обмен в организме, предупреждая развитие рахита и остеопороза, а также препятствует росту раковых клеток – все это обуславливает важность изучения вопроса дефицита витамина D [1, 3]. На данный момент ведутся исследования, подтверждающие сезонность обеспечения витамином D среди детей и взрослого населения, однако результаты крайне разноречивы [2, 5].

В связи с этим особую актуальность приобретает диагностика недостаточности и дефицита витамина D у детей и подростков в зависимости от времени года и организация профилактики и лечения витамин D-дефицитного состояния [1, 3].

Цель

Изучить обеспеченность витамином D детского населения города Гомеля в весенне-летний период.

Материал и методы исследования

У 332 детей и подростков (154 мальчиков и 178 девочек) в возрасте от 1 года до 17 лет была проведена оценка обеспеченности витамином D. Средний возраст детей составил $9,87 \pm 0,28$ лет. Проанализировано содержание метаболита витамина D у детей и подростков в весенне-летний период 2022 года (весна – 138 человек, лето – 194 человека).

Определение уровня 25(OH)D проводили методом конкурентного хемиллюминисцентного иммуноанализа (CLIA) на базе ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника». Результаты были оценены в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов таблица 1.

Таблица 1 – Интерпретация концентраций 25(OH)D

Классификация	Уровень 25(OH)D в крови (нг/мл)
Тяжелый дефицит витамина D	< 10
Дефицит витамина D	< 20
Недостаточность витамина D	21–29
Нормальное содержание витамина D	30–100
Избыток витамина D	> 100

Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 8.0 с применением основных методов описательной статистики. Для параметрических количественных данных определяли

среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m). Для оценки межгрупповых различий при анализе количественных параметрических данных был использован t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний уровень метаболита витамина D у детского населения г. Гомеля в весенне-летний период составил $32,04 \pm 0,82$ нг/мл; в летние месяцы уровень 25(OH)D был достоверно выше, чем в весенние ($33,36 \pm 1,13$ нг/мл и $30,19 \pm 1,14$ нг/мл соответственно; $p=0,049$). Данные об обеспеченности 25(OH)D в зависимости от месяца года и количества солнечных дней в месяце представлены в таблице 2. Минимальное количество солнечных дней зарегистрировано в апреле и мае 2022 года (3 и 4 дня соответственно) [4], в эти же месяцы выявлена и недостаточность витамина D ($25,67 \pm 2,48$ и $29,60 \pm 3,49$ соответственно). Статистически значимый самый низкий уровень витамина D отмечен у детей в апреле по сравнению с другими месяцами ($p = 0,039-0,005$), что указывает на ведущую роль ультрафиолетового излучения в образовании витамина D в организме детей и его последующем накоплении.

Таблица 2 – Обеспеченность 25(OH)D (нг/мл) в зависимости от месяца года и количества солнечных дней в месяце

Месяц	Кол-во детей	Уровень 25(OH)D	Кол-во солнечных дней	P
Март	93	$31,57 \pm 1,35^*$	12	0,039
Апрель	26	$25,67 \pm 2,48$	3	–
Май	19	$29,60 \pm 3,49^*$	4	0,36
Июнь	51	$36,78 \pm 2,93^*$	12	0,005
Июль	50	$30,62 \pm 1,57^*$	8	0,096
Август	93	$32,96 \pm 1,49^*$	10	0,01
ВСЕГО	332	$32,04 \pm 0,82$	49	–

Примечание – * при сравнении показателей с апрелем

За весенний период зарегистрировано 19 солнечных дней, за летний – 30 [5]. Уровень содержания 25(OH)D в весенние месяцы года составил $30,19 \pm 1,14$ нг/мл, за летние месяцы – $33,36 \pm 1,13$ нг/мл ($p = 0,049$).

Нормальное содержание витамина D и его недостаточность в сыворотке крови выявлена у 176 (53,0 %) и 93 (28,0 %) детей соответственно, причем чаще в летние месяцы по сравнению с весенними. Дефицит витамина D диагностирован у 55 детей (16,6 %), причем статистически чаще в весенние месяцы по сравнению с летними (22,5 и 12,4 % соответственно; $p = 0,041$). Тяжелый дефицит витамина D установлен у 5 обследованных (1,5 %). Избыток 25(OH)D выявлен только у 3 детей (0,9 %) в летние месяцы таблица 3.

Таблица 3 – Обеспеченность детей 25(OH)D (нг/мл) в весенние и летние месяцы года

Обеспеченность витамином D	Весенние месяцы		Летние месяцы		p
	кол-во	%	кол-во	%	
Тяжелый дефицит	3	2,2	2	1,0	0,407
Дефицит	31	22,5	24	12,4	0,041
Недостаточность	35	25,3	58	29,9	0,496
Нормальное содержание	69	50,0	107	55,2	0,607
Избыток	–		3	1,5	0,146

Выводы

1. Среднее значение витамина D у детского населения г. Гомеля в весенне-летний период составляет $32,04 \pm 0,82$ нг/мл, что соответствует нормальному содержанию.

2. Установлена зависимость между содержанием витамина D в сыворотке крови и количеством солнечных дней в месяце. Достоверно значимо низкий уровень 25(OH)D выявлен у детей в апреле месяце по сравнению с другими месяцами весенне-летнего периода.

3. Нормальное содержание витамина D в сыворотке крови выявлено только у 53,0 % детей, дефицит и тяжелый дефицит – у 16,6 % и 1,5 % соответственно.

4. Выявленные изменения диктуют необходимость изучения обеспеченности детского населения витамином D с последующим проведением коррекции гиповитаминоза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Обеспеченность витамином D детского населения и взрослых, проживающих в Гомеле / А. В. Козловский [и др.] // Медицинские новости. – 2017. – № 11. – С. 70–74.
2. Оценка обеспеченности витамином D детей Москвы и Московской области / Е. И. Кондратьева [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, № 1. – С. 78–84.
3. Парамонова, Н. С. Витамин D и соматическая патология у детей / Н. С. Парамонова, М. Г. Мысливец, Л. Н. Сиднича // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 2. – С. 13–16.
4. Погода в Гомеле по месяцам в 2022 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// world-weather.ru/](http://world-weather.ru/). – Дата доступа: 14.03.2023.
5. Содержание 25(OH)D и сезонная обеспеченность витамином D детского населения разных возрастных групп Минска и Минской области / А. В. Сукало [и др.] // Медицинские новости. – 2021. – № 5. – С. 37–40.

УДК 616.12-007-053.1-08-053.2

Д. И. Патеева

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Введение

Врожденные пороки сердца (ВПС) – одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей, составляет около 30 % среди пороков всех органов. Если учесть случаи внутриутробной смерти плода, ранние выкидыши, то эта цифра увеличивается и достигает 39,5 % [1]. ВПС – это группа заболеваний, обусловленных нарушением эмбриогенеза на 2–8 неделях внутриутробного развития. Поэтому они нередко сочетаются с врожденными аномалиями развития других органов [2]. На сегодняшний день известно более 35 типов различных врожденных пороков сердца. Чаще всего встречается дефект межжелудочковой перегородки (от 30 до 50 % всех врожденных пороков сердца), открытый артериальный проток выявляется в 10 % случаев. Среди детей с врожденными пороками сердца смертность составляет примерно 23 % [3]. Этиологические факторы можно разделить на две большие группы: 1) хромосомные или генные мутации и 2) тератогенные факторы, воздействующие на эмбрион и плод на ранних сроках беременности [2]. Особую актуальность приобретает ранняя диагностика заболевания и его осложнений.

Цель

Оценить частоту встречаемости и клиническую картину детей с врожденными пороками сердца у детей.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 44 карт стационарного пациента. Все дети находились на лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы по поводу ВПС.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего было проанализировано 44 карты стационарного пациента. Все дети находились на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы по поводу врожденного порока сердца с января по сентябрь 2022 года.

Возраст детей был от 2 до 17 лет. Мальчиков было 30 (68,2 %) человек, девочек – 14 (31,8 %) человек. Преобладали городские жители – 34 (77,3 %) ребенка, из них 16 (47,1 %) человек проживают в городе Гомеле.

Отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлена у 5 (11,7 %) детей. Диагноз ВПС выставлен с рождения 35 (79,6 %) детям, в возрасте до 3 лет – 2 (4,5 %) детям, в школьном возрасте – 6 (13,6 %) детям и 1 (2,3 %) человеку – в возрасте 17 лет. Оперативное лечение было проведено 19 (43,2 %) детям, причем, 10 (22,7 %) пациентам – на первом году жизни.

Частота встречаемости врожденных пороков сердца у обследуемых детей представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Частота встречаемости ВПС у детей

ВПС	Мальчики (n = 30)		Девочки (n = 14)	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%
ДМПП	7	23,3	7	50
Недостаточность двухстворчатого аортального клапана	12	40,0	1	7,2
ОАП			2	14,2
Коарктация аорты	3	10,0		
Частичный аномальный дренаж легочных вен	1	3,3		
ДМЖП	2	6,7	1	7,2
Недостаточность митрального клапана	2	6,7		
Д-транспозиция магистральных сосудов	1	3,3		
Стеноз легочной артерии	2	6,7		
Тетрада Фалло			3	21,4

Как видно из таблицы, у мальчиков значительно чаще встречалась недостаточность двухстворчатого аортального клапана, коарктация аорты. У девочек чаще отмечался ДМПП, а тетрада Фалло встречалась только у девочек.

Наиболее частыми жалобами при поступлении явились: быстрая утомляемость при физической нагрузке – у 23 (52,3 %), слабость – у 11 (25,0 %), головная боль – у 11 (52,3 %), одышка – у 8 (18,2 %), головокружение – у 7 (15,9 %), потеря сознания – у 3 детей (6,8 %) детей. Жалоб не предъявляли 4 (9,1 %) ребёнка.

У всех детей при аускультации сердца выслушивался шум. У 8 (18,2%) детей отмечалась тахикардия. Признаки сердечной недостаточности 1 степени были выявлены у 23 (52,3 %), сердечной недостаточности 2а степени – у 2 (4,5 %) детей.

У 30 (68,2 %) детей врожденный порок сердца сочетался с нарушениями ритма и проводимости.

При оценке физического развития было выявлено, что среднее и вышесреднее гармоничное развитие отмечалось у 10 (22,7 %), низсреднее гармоничное развитие – у 5 (11,4 %), высокое резко дисгармоничное с ИМТ 1 степени – у 11 (25,0 %), высокое резко дисгармоничное с ИМТ 2 степени – у 9 (20,5 %), среднее дисгармоничное с ДМТ 1 степени – у 5 (11,4%), среднее резко дисгармоничное с ДМТ 2 степени – у 4 (9,1 %) детей. При анализе ЭКГ синусовый ритм отмечался у 35 (79,6 %) детей. Наиболее частые изменения на ЭКГ представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Изменения на ЭКГ у детей с ВПС

Изменения на ЭКГ	Абсолютное число	%
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	14	31,8
Полная блокада правой ножки пучка Гиса	4	9,1
Брадикардия	15	34,1
Тахикардия	10	22,7
Миграция водителя ритма	10	22,7
АВ-блокада 2 степени 1 тип	2	4,5
Признаки перегрузки правого желудочка	3	6,8
Признаки перегрузки левого желудочка	2	4,5
Признаки ранней реполяризации желудочков	8	18,2

При проведении УЗИ сердца были выявлены: аномальные хорды левого желудочка у 14 (31,9 %), дилатация правых камер сердца отмечена у 8 (18,2 %), легочная гипертензия у 3 (6,8 %), дилатация левого желудочка у 2 (4,5 %), регургитация на клапане ЛА у 21 (47,7 %), регургитация на аортальном клапане у 8 (18,2 %), открытое овальное окно у 2 (4,5 %).

Выводы

1. Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что врожденные пороки сердца чаще встречались у мальчиков. У большинства детей диагноз выставлен с рождения. Почти половине детей проведена хирургическая коррекция.

2. При поступлении в стационар преобладали жалобы на утомляемость, головную боль, боль в области сердца.

3. У половины детей при поступлении выявлены признаки сердечной недостаточности.

4. В физическом развитии отставала только пятая часть детей.

5. Больше, чем у половины детей отмечалось нарушение ритма и проводимости, что требует дальнейшего наблюдения и коррекции выявленных нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозёров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозёров – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Шумилов, П. В. Детская кардиология / П. В. Шумилов, Н. П. Котлукова. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
3. Беляева, Л. М. Детская кардиология и ревматология: практическое руководство / Л. М. Беляева. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2011. – 584 с.

С. А. Плескацевич, А. А. Ильченко

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕМАТУРИЯ У ДЕТЕЙ

Введение

Гематурия – один из наиболее частых симптомов, характерных при поражении почек и мочевых путей [1]. У детей гематурией проявляются преимущественно заболевания почек, тогда как гематурия вследствие урологической патологии встречается лишь в 2 % случаев [2].

Общий анализ мочи является одним из наиболее часто выполняемых общеклинических лабораторных исследований на уровне первичной медицинской помощи. Изменение в анализе мочи в виде гематурии, по данным различных популяционных скринингов у детей, колеблется от 1–4 до 12–18 % случаев [3, 4]. Уровень распространенности гематурии среди детей школьного возраста составляет 4,1–5,13 % на основании одного анализа мочи [4, 5] и 0,5–2 % – двух и более анализов [3, 4, 5]. В настоящее время не установлена связь гематурии с социально-экономическим статусом пациента, полом и возрастом [4, 5].

Цель

Определить клинико-лабораторные особенности гематурии у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ историй болезни 40 детей с гематурией, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 5 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с сентября 2022 по март 2023 года. Определены особенности генеалогического, медико-биологического анамнеза и клинико-пαραклинических проявлений заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

По количеству эритроцитов в моче микрогематурия выявлена у 33 детей (82,5 %), умеренная гематурия – у 6 пациентов (15 %), макрогематурия – у 1 ребенка (2,5 %).

Изолированная гематурия встречалась у 28 детей, что составило 70,0 % от общего числа пациентов, гематурия в сочетании с протеинурией была выявлена у 12 пациентов – 30,0 %. Несколько чаще гематурия наблюдалась у мальчиков – 52,5 %, преимущественно изолированная (61,9 %). У девочек гематурия диагностировалась в 47,5 % всех случаев, а изолированная гематурия – у 78,8 %.

Средний возраст обследованных мальчиков составил $12,9 \pm 1,23$ лет, девочек – $11 \pm 1,58$ лет. У 32 детей (80,0 %) дебют заболевания отмечался в возрасте от 3-х до 17 лет. Средний возраст выявления гематурии составил $7,9 \pm 1,65$ лет. Мочевой синдром в 2 раза чаще диагностировался у детей из сельской местности по сравнению с городскими жителями (67,5 и 32,5 %).

Из перенесенных заболеваний 70,0 % обследованных указали на рецидивирующие острые респираторные инфекции (ОРИ). Наследственный анамнез по нефро-урологическим заболеваниям (врожденные аномалии развития почек, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) был отягощен у 9 пациентов (22,5 %).

После проведенного обследования у 30 детей (75,0 %) не была установлена причина гематурии. У 6 пациентов (15,0 %) диагностирована пиелокаликоектазия, у 4 (10,0 %) – повышенная подвижность почки.

Выводы

1. Изолированная гематурия встречается у 70 % обследованных детей, причем чаще – микрогематурия (82,5 %).

2. Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза составил $7,9 \pm 1,41$ лет. Гематурия преобладает у детей из сельской местности – 67,5 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов, В. В. Нефрология: национальное руководство / В. В. Борисов, Н. А. Мухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 112–118.
2. Cameron, J. S. The patients with proteinuria and/or haematuria / J. S. Cameron. – London, 1998. – P. 441–455.
3. Приходина, Л. С. Современные представления о гематурии у детей / Л. С. Приходина, О. А. Малашина // Нефрология и диализ. – 2000. – № 2(3). – С. 139–145.
4. Proteinuria and hematuria in schoolchildren: epidemiology and early natural history / W. F. Dodge [et al.] // J. Pediatr. – 1976. – Vol. 88(2). – P. 327–347.
5. Urinary screening of elementary and junior high-school children over a 13-year period in Tokyo / M. Murakami [et al.] // Pediatr. Nephrol. – 1991. – Vol. 5(1). – P. 50–53.

УДК 616.441-002

Л. С. Покидюк

Научные руководители: к.м.н. Н. В. Евдокимова

Учреждение образования

*«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ В ФАЗЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА

Введение

Когнитивные нарушения являются одним из наиболее частых проявлений синдрома приобретенного гипотиреоза, ведущей причиной которого в детском возрасте считается аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Однако, вопрос о выраженности этих изменений, имеющих метаболическую природу, до сих пор остается спорным [1, 2, 4]. Вместе с тем, количество работ, посвященных изучению когнитивных нарушений у больных АИТ ограничено.

Достаточно хорошо известно о снижении когнитивных способностей у больных с явным гипотиреозом в исходе АИТ, когда имеются выраженные клинические проявления гипотиреоза и они подтверждаются лабораторными данными (высокий уровень ТТГ и низкий уровень свободного тироксина Т₄). Однако, исследований, посвященных влиянию АИТ в фазе субклинического гипотиреоза, а также клинического эутиреоза на когнитивные способности – недостаточно.

Количество эпидемиологических исследований, посвященных изучению распространенности АИТ в детском возрасте, довольно ограничено. Были проанализированы статьи за последние 30 лет и удалось выяснить, что с каждым годом возрастает не только количество детей, страдающих АИТ, но и увеличивается количество работ, посвященных распространенности АИТ среди подростков (рисунок 1). Частота данной патологии среди детей до наступления пубертата крайне низка (до 0,5 %), после чего на фоне полового созревания отмечается закономерный рост заболеваемости АИТ (до 2 %), который происходит, в основном, за счет лиц женского пола [3].

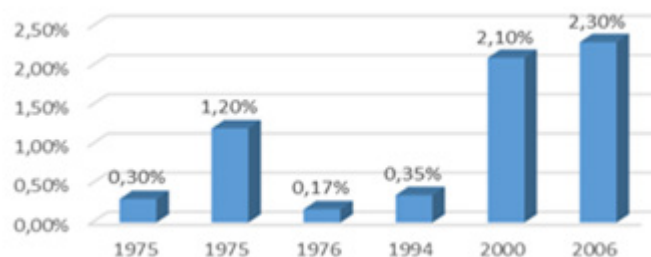


Рисунок 1 – Исследование распространенности АИТ среди детей

Цель

Дать оценку когнитивным способностям (память, внимание, мышление) подростков, страдающих аутоиммунным тиреоидитом в фазе субклинического гипотиреоза.

Материал и методы исследования

В ходе работы была обследована группа из 20 детей в возрасте 15–17 лет с АИТ в фазе субклинического гипотиреоза (у всех детей был повышен уровень ТТГ, но при этом сохранен нормальный уровень свободного тироксина Т4). В качестве контроля была взята группа здоровых детей (без эндокринопатии) из 10 детей сопоставимые по возрасту.

Для оценки когнитивных способностей были использованы стандартные методики: тест Лурия, представляющий собой ряд из 10 слов для запоминания и дальнейшего воспроизведения; матрицы Равена из 5-и уровней сложности для анализа внимания; задание на логическое мышление – сложные аналогии.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2019 и сайта Medstatistic – определение непараметрического критерия – U-критерия Манна – Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

При выполнении теста Лурия у больных с АИТ число воспроизведенных слов оказалось несколько меньше, чем в контрольной группе (рисунок 2), а у 25 % пациентов наблюдались привнесения посторонних слов и персеверации (чаще всего слово сковородка изменяли на сковородку, скороходку). Обследуемые воспроизводили слова дважды: сразу после их прослушивания (до) и через 15 минут (после). Лучше результат показывали дети из обеих групп при воспроизведении ряда слов сразу и несколько хуже спустя 15 минут.

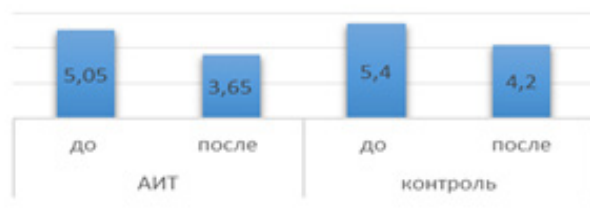


Рисунок 2 – Результаты теста Лурия в виде средних значений при $p \leq 0,05$

По результатам оценки матриц Равена выявлено отличие в 1 балл по средним показателям – 8,4 для АИТ и 9,5 для контрольной группы, где максимум составлял 15 баллов за весь тест (рисунок 3). Наибольшее кол-во ошибок наблюдалось в заданиях с более мелкими деталями.

При оценивании мышления, понимания сложных логических отношений и выделение абстрактных связей с помощью сложных аналогий были получены следующие результаты: обследуемая группа детей с АИТ в среднем набрала 10,7 балла, а группа контроля – 14 баллов, из 20 возможных (рисунок 4).

Полученные данные в группах были проверены с помощью U-критерия Манна – Уитни и оказались статистически достоверными ($p \leq 0,05$).



Рисунок 3 – Результаты матриц Равена в виде средних значений при $p \leq 0,05$



Рисунок 4 – Результаты сложных аналогий в виде средних значений при $p \leq 0,05$

Выводы

У всех подростков с АИТ в состоянии субклинического гипотиреоза независимо от наличия или отсутствия заместительной гормональной терапии выявлено: значимое снижение функции внимания. Известно, что внимание обеспечивает контроль и организацию процессов обработки информации, характеризует организованность поведения ребенка, без него невозможна любая умственная деятельность. У 25 % подростков имеется снижение функции памяти и мышления.

Таким образом, при АИТ снижается способность к обучению, что необходимо учитывать при организации из образовательного процесса, так как это влияет на прогноз социально-экономического развития общества в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лагно, О. В. Йоддефицитные заболевания и аутоиммунный тиреоидит у детей: дискутабельные и нерешенные вопросы в тиреодологии / О. В. Лагно // Профилактическая и клиническая медицина. – 2021. – № 2(79). – С. 100.
2. Хавкин А. И. Питание как способ контроля хронического воспаления через коррекцию кишечной микробиоты / А. И. Хавкин, В. П. Новикова, Н. В. Евдокимова // Вопросы детской диетологии. – 2022. – Т. 20, № 1. – С. 32–41.
3. Кияев А. В. Аутоиммунный тиреоидит у детей / А. В. Кияев // Попробуем взглянуть по-иному? – 2008. – № 3. – С. 56.
4. Функциональное состояние щитовидной железы и эффективность тиреоидной терапии при аутоиммунном тиреоидите у детей / Ю. Л. Скородок [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2009. – № 6. – С. 48.

УДК 616.12-008.331-073:616.12-053.2

А. А. Синькевич, И. И. Кривецкая

Научный руководитель: доцент Н. А. Скуратова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества детей с функциональными и органическими расстройствами сердечно-сосудистой системы (ССС). Наиболее распространенными среди них являются артериальная гипертензия (АГ), малые аномалии развития сердца (МАРС) и врожденные пороки сердца (ВПС).

АГ – это устойчивое повышение систолического и/или диастолического артериального давления (САД, ДАД) в покое. Как правило, АГ у детей протекает бессимптомно и не вызывает осложнений в детстве, хотя они могут развиваться позже. В настоящее время в большинстве случаев скрининг АД выполняется с помощью осциллометрических устройств, поскольку они просты в использовании и снижают влияние субъективного фактора наблюдателя [1].

МАРС в ряде случаев являются основой кардиоваскулярной патологии у детей, хотя некоторые исследователи считают их вариантами нормы или пограничными состояниями. Данные аномалии являются морфологической основой функциональных изменений, а при органических поражениях сердца могут усугублять их прогноз. Наиболее распространёнными аномалиями ССС в педиатрии являются пролапс митрального клапана (ПМК), аномально расположенные хорды левого желудочка (АХЛЖ), открытое овальное окно (ООО) [2, 3].

ВПС – это диагностированные с момента рождения дефекты в структуре сердца и крупных сосудах, которые приобретают все большее значение в структуре детской патологии [4].

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) – единственный неинвазивный метод, позволяющий оценить различия АД во время бодрствования и сна. Аппарат автоматически, через определенные промежутки времени измеряет АД и фиксирует полученные данные.

Цель

Сравнительный анализ показателей СМАД у детей с различной кардиологической патологией: эссенциальная АГ, МАРС и ВПС.

Материал и методы исследования

Для анализа СМАД использовались результаты архивных данных из историй болезней 45 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет, имеющих различные заболевания ССС, находившихся на обследовании в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница». Обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft office (MS Exel 2016).

Результаты исследования и их обсуждение

На основании анализа статистических карт пациентов были выделены основные критерии СМАД: суточный индекс (СИ) САД/ДАД, среднедневные величины САД/ДАД, средненочные величины САД/ДАД. При этом дети были распределены на 3 группы в зависимости от профиля заболевания (АГ, МАРС и ВПС), каждая из которых включала по 15 человек.

Достаточное снижение ночного АД в сравнении с дневным АД (на 10–20 %) обозначается как «dipper», недостаточное ночное снижение АД – «non-dipper» (менее 10 %), «over-dipper» – чрезмерное снижение АД ночью (более 20 %), «night-peaker» – АГ в ночное время.

По данным СИ пациентов с АГ САД в представленной группе пациентов наиболее распространен показатель «non-dipper» – 8 (53 %) пациентов, категория «over-dipper» включила 2 (13 %) пациентов, «night-peaker» – 1 (7 %) пациента. У 4 (27 %) пациентов СИ САД соответствовал «dipper».

По данным СИ ДАД в группе пациентов с АГ выявлено 8 (53 %) пациентов с показателем «dipper», «over-dipper» – у 3 (21 %) пациентов, а к «night-peaker» и «non-dipper» были отнесены по 2 (по 13%) пациента соответственно.

Далее были проанализированы среднедневные и средненочные величины САД и ДАД. По данным среднедневных величин САД выявлено 8 (53 %) пациентов со стабильной АГ, 3 (21 %) пациента – с нормотензией, с лабильной АГ – 2 (13 %), с лабильной гипотензией – 2 (13 %) человека.

Относительно среднедневных величин ДАД к пациентам с нормотензией было отнесено 9 (60 %) пациентов, с лабильной АГ – 3 (21 %), со стабильной АГ – 2 (13 %), с лабильной гипотензией был выявлен 1 (6 %) пациент из группы.

По данным средненочных величин САД установлено, что больше всего пациентов встречалось со стабильной гипертензией – 6 детей, что составило 40 %, 5 (33 %) пациентов – с нормотензией САД. С лабильной гипертензией зарегистрировано 3 (21 %) пациента, у 1 пациента (6 %) имела место лабильная гипотензия САД.

Среди средненочных величин ДАД у 6 (40 %) пациентов преобладала нормотензия, дети с лабильной АГ и со стабильной АГ ДАД составили по 3 пациента (по 21 %) соответственно, стабильная гипотензия зарегистрирована у 2 (13 %) пациентов, у 1 (5 %) пациента – лабильная гипотензия.

В таблице пациентов с МАРС среди показателей СИ САД наиболее распространен показатель «non-dipper» – 9 пациентов, что составило 60 %, показатель «dipper» – у 4 (26 %) пациентов. Показатели «over-dipper» и «night-peaker» отмечены у 1 (7 %) и 1 (7 %) пациента соответственно.

Относительно СИ ДАД в данной группе детей превалировал показатель «dipper», среди них выявлено 10 (67 %) пациентов, «non-dipper» и «over-dipper» – по 2 (13 %) пациента соответственно, «night-peaker» – у 1 (7 %) пациента.

Относительно среднедневных величин САД среди детей преобладали лица с нормотензией – 10 (66 %) пациентов, лабильная АГ наблюдалась у 3 (20 %) пациентов, стабильная АГ и стабильная гипотензия наблюдались у 1 (7 %) и 1 (7 %) пациента соответственно.

При анализе среднедневных величин ДАД нормотензия наблюдалась у 10 (66 %) пациентов, стабильная гипотензия – у 3 (20 %) пациентов, а стабильная гипертензия и лабильная гипертензия ДАД выявлена у 1 (7 %) и 1 (7 %) ребенка соответственно.

Среди средненочных величин САД нормотензия превалировала у 9 (60 %) пациентов, лабильная АГ – у 5 (33 %) пациентов, стабильная АГ – у 1 (7 %) пациента.

По данным средненочных величин ДАД у 7 (47 %) пациентов преобладала нормотензия, стабильная гипотензия и гипертензия ДАД установлена у 3 (20 %) и 3 (20 %) детей соответственно, лабильная гипотензия – у 2 (13 %) пациентов.

Проанализировав данные СИ САД у пациентов с ВПС, показатель «non-dipper» выявлен 8 пациентов, что составило 53 %, «dipper» – у 4 (27 %) пациентов, «over-dipper» – у 2 (13 %) пациентов, «night-peaker» – у 1 (7 %) пациента.

Относительно СИ ДАД у детей с ВПС показатель «dipper» установлен у 5 (33 %) пациентов, «non-dipper» и «over-dipper» имели по 4 (27 %) пациента соответственно, «night-peaker» – 2 (13 %) пациента.

По данным среднедневных величин САД установлено, что у детей преобладала нормотензия – 9 (60 %) пациентов, лабильная АГ – у 3 (20 %) пациентов, стабильная гипотензия – у 2 (13 %) пациентов, стабильная АГ – у 1 (7 %) пациента.

При анализе среднедневных величин ДАД выявлено, что нормотензия наблюдалась у 8 (54 %) пациентов, лабильная гипотензия – у 3 (20 %) детей, стабильная гипотензия – у 2 (13 %) пациентов, стабильная гипертензия – у 2 (13 %) лиц.

По данным результатов средненочных величин САД у 7 (47 %) пациентов преобладала нормотензия, лабильная АГ имела место у 4 (27 %) лиц, стабильная АГ и лабильная гипотензия – у 2 (13 %) и 2 (13 %) детей соответственно.

При оценке средненочных величин ДАД у детей преобладала нормотензия – 7 (47 %) пациентов, стабильная гипотензия и лабильная гипотензия – у 3 (20 %) пациентов и 3 (20 %) пациентов соответственно, лабильная АГ – у 2 (13 %) детей.

Выводы

1. Среди детей с АГ доминировали пациенты со стабильной гипертензией САД и нормотензией ДАД на фоне недостаточного снижения САД и достаточного снижения ДАД в ночное время.

2. У детей с МАРС преобладали пациенты со среднедневной и средненочной нормотензией САД и ДАД с недостаточным снижением САД и ДАД в ночное время.

3. В группе детей с ВПС преобладали пациенты с нормотензией САД и ДАД с недостаточным снижением САД в ночное время и с достаточным снижением ночного ДАД.

4. Показатели СМАД позволяют судить о состоянии сердечно-сосудистой системы, а также оценить необходимость назначения соответствующей терапии и провести ее коррекцию. При этом детей, имеющих значительные отклонения показателей СМАД, необходимо отнести в группу повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александрова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 704 с.

2. Арсентьев, В. Г. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганной патологии у детей / В. Г. Арсентьев, В. С. Баранов, Н. П. Шабалов. – С-Пб.: СпецЛит, 2015. – 231 с.

3. Бова, А. А. Протрузия митрального клапана: ошибки диагностики, экспертные подходы / А.А. Бова, А.С. Рудой, Ю.С. Лысый // XII съезд терапевтов Республики Беларусь: тез. докл., Гродно, апр. 2012 г. – Минск, 2012. – С. 57–60.

4. Общие тенденции показателей заболеваемости врожденными пороками сердца населения Российской Федерации / Л. А. Бокерия [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. М. – 2007. – № 8 (5). – С. 28–34.

УДК 616-053.3:618.63

П. М. Струченкова, В. И. Демидова

Научный руководитель: старший преподаватель Л. С. Сергейчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ

ЖЕНЩИНАМИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение

«Золотым стандартом» в питании новорожденных и детей раннего возраста признано грудное (материнское) молоко. Оно имеет оптимальный для ребенка состав макро- и микронутриентов, легко усваивается, полноценно используется. У детей первых месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании, снижается риск синдрома внезапной смерти, уменьшается вероятность развития алиментарно-зависимых заболеваний и нарушений ЖКТ (анемии, рахита, гипотрофии, срыгивания, колики, запоров) [1].

Цель

Оценить степени приверженности женщин к грудному вскармливанию, качество помощь медицинского персонала при становлении грудного вскармливания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в виде добровольного анонимного анкетирования, в нем приняли участие 93 женщины, находящиеся в послеродовом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью прикладных программ Excel из пакета MS Office.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ 93 анкет рожениц. Возраст респондентов составляет: 1 (1 %) женщина – до 20 лет, 49 (53 %) женщин – 20–30 лет, 42 (45 %) женщин – 30–40 лет и 1 (1 %) женщина – старше 40 лет.

57 (62 %) опрошенных имеют хронические заболевания, среди которых наиболее часто встречались: гастрит, пиелонефрит, цистит, ринит, мочекаменная болезнь, тонзиллит, миопия, атопический дерматит, астма, узловой зоб, псориаз.

У 39 (42 %) женщин беременность была первая, у 28 женщин (30 %) – вторая, у 18 женщин (19 %) – третья, у 8 женщин (9 %) – более трех. Медиана паритета родов составила 2 [1,0; 2,0]. У 43 (46 %) женщин были первые роды, у 31 женщины (33 %) – вторые роды, у 18 женщин (20 %) – третьи роды, 1 женщина (1 %) имела более 3 родов.

40 (43 %) респондентов имели опыт грудного вскармливания ранее. Из них 14 (35 %) женщин кормили грудью до 6-и месяцев, 11 (27 %) женщин – до 1-го года, 6 (15 %) женщин – до 1,5 лет, 8 (20 %) женщин – более 1,5 лет и 1 (3 %) женщина сцеживала грудное молоко.

90 (97 %) детей родились доношенными, 3 (3 %) ребенка родились недоношенными (срок родоразрешения составлял 34–36 недель). У 57 женщин (62 %) родоразрешение было через естественные родовые пути, 18 (20 %) женщин имели плановое кесарево сечение, 17 женщин (18 %) имели экстренное кесарево сечение.

Отвечая на вопрос, когда ребенок прикладывался к груди впервые, 47 (51 %) опрошенных ответили в первые 30 минут после рождения, 11 (12 %) опрошенных – в первые 2 часа, 18 (19 %) опрошенных – на 1-е сутки, 8 (9 %) опрошенных – на 2-е сутки, 6 (6 %) опрошенных – на 3-е сутки и 3 (3 %) женщины ничего не выбрали.

92 (99 %) респондента положительно относятся к грудному вскармливанию, 1 (1 %) респондент – равнодушно. Нами был задан также вопрос, как долго респонденты планируют кормить грудью: 9 (10 %) женщин ответили до 6 месяцев, 38 (41 %) женщин – до 6–12 месяцев, 12 (13 %) женщин – до 1–1,5 года, 5 (5 %) женщин – до 1,6–2 года, 1 (1 %) женщина – более 2-х лет, ответ «не знаю» выбрали 10 (11 %) женщин, ответ «по возможности» выбрали 18 (19 %) женщин. Также нам было интересно узнать, до какого возраста опрошенные считают необходимо кормить ребенка грудью: 1 (1 %) женщина выбрала до 1 месяца, 1 (1 %) женщина – до 3-х месяцев, 13 (14 %) женщин – до 6 месяцев, 63 (68 %) женщины – до года, 9 (10 %) женщин – до 1–1,5 года, 3 (3 %) женщины – до 1,5–2 года, 1 (1 %) женщина – более 2-х лет, 2 (2 %) женщины планируют кормить ребенка грудью как можно дольше.

Представим наиболее интересные, на наш взгляд, результаты проведенного исследования в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты опроса

№	Вопрос	Да	Нет
1.	Выкладывался ребенок на живот после родов	67 %	33 %
2.	Получал ли ребенок смесь в роддоме	83 %	17 %
3.	Помогал ли медперсонал в правильном прикладывании ребенка к груди	95 %	5 %
4.	Обучал ли медперсонал сцеживать грудное молоко	65%	35 %
5.	Легко ли дается/давалась грудное вскармливание	63%	37 %
6.	Сталкивались ли с трудностями во время грудного вскармливания	51 %	49 %
7.	Нравится ли кормить грудью	89 %	11 %
8.	Есть ли польза для ребенка от грудного вскармливания	100 %	–
9.	Оказывалась ли психологическая поддержка на протяжении становления грудного вскармливания	41 %	59 %
10.	Поддерживают ли родные в решении кормить ребенка грудью	100 %	–
11.	Намерены ли, если еще родите, снова кормить грудью	85 %	15 %
12.	Обращались ли за помощью по вопросам грудного вскармливания	51 %	49 %
13.	Посещали ли школу/курсы/занятия для будущих мам	30 %	73 %

47 (51 %) опрошенных сталкивались с трудностями во время грудного вскармливания. К наиболее частым причинам, вызывающим затруднения при грудном вскармливании, женщины указывали неправильное прикладывание, трещины сосков, боль во время кормления, особенности анатомического строения молочной железы (наличие плоского/маленького соска), гиперлактация, лактостаз, дефицит молока, поздний приход молока.

Помощь со стороны медперсонала в правильном прикладывании ребенка к груди в роддоме отметило 88 (95 %) респондентов. Отмечалось помощь в обучении технике грудного вскармливания со стороны: детской медсестрой – 52 (29 %) женщины, врачом-неонатологом (педиатром) – 45 (25 %) женщины, акушеркой – 37 (21 %) женщины, врачом акушером-гинекологом – 36 (20 %) женщины, 2 (1 %) женщины отметили помощь со стороны всего медицинского персонала, 1 (1 %) женщина отметила помощь от процедурной медсестры, 1 (1 %) женщина отметила помощь от заведующей отделения. И 3 женщины (2 %) не получали помощь. 60 (65 %) опрошенных получали помощь в сцеживании грудного молока от медперсонала роддома.

На протяжении становления грудного вскармливания 38 (41 %) мам получали психологическую поддержку, чаще всего поддержка была оказана родственниками, врачом-неонатологом, медицинским персоналом.

82-м (89 %) респондентам нравится кормить грудью, при этом все респонденты в опросе отмечали пользу грудного вскармливания для ребенка. 79 (85 %) женщин намерены снова кормить грудью, при последующих беременностях, что говорит о положительной степени приверженности женщин к грудному вскармливанию. Пользу грудного вскармливания для ребенка чаще отмечали: в формировании иммунитета, оптимальный состав всех питательных веществ в грудном молоке для ребенка, наличие психоэмоционального контакта ребенка с матерью, также некоторые выделяли пользу в формировании микрофлоры кишечника, профилактике запоров, повышении IQ малыша, развитии нервной системы.

У всех женщин спрашивали о пользе грудного вскармливания для матери. Наиболее часто опрашиваемые говорили о становлении связи с ребенком, ускорении восстановления матери после родов, увеличении сокращения матки, экономии денежных средств родителей, профилактике онкологических заболеваний, здоровье, правильном питании, снижении уровня стресса матери, снижении риска развития сахарного диабета 2-го типа, профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Из отрицательных сторон кормления грудью респонденты отмечали: наличие болевых ощущений, появление трещин на сосках, появление маститов, застое молока, отсутствии времени на себя из-за большой траты времени на кормление, привязанность к кормлению, отсутствие графика кормления, ограничений в питании матери, появлении обвисшей груди после завершения грудного вскармливания.

46 (51 %) женщин обращались за помощью по вопросам грудного вскармливания: 12 женщин обращались к врачу-неонатологу, 7 женщин обращались к акушерке, к детской медсестре обратилось 6 женщин, к медперсоналу обращались 3 женщины, к акушеру-гинекологу, к подруге обращалась 1 женщина и к консультанту по грудному вскармливанию обращалась 1 женщина. Всего лишь 30 % посещали школу/курсы/занятия для будущих мам.

Выводы

Согласно данным нашего исследования, следует отметить высокую осведомленность и заинтересованность женщин репродуктивного возраста в вопросах грудного вскармливания.

В соответствии с рекомендацией ВОЗ, беременных и рожениц необходимо информировать о преимуществах грудного вскармливания, обращая особое внимание на то, что именно оно обеспечивает самое рациональное питание и иммунитет детей. Женщи-

нам, родившим детей, нужно объяснить методы подготовки и поддержания лактации, делая акцент на необходимость сбалансированного питания самой женщины как во время беременности, так и после родов [2]. Следует убедить женщину в недопустимости необоснованного введения частичного питания детскими смесями из бутылочки или другой пищи и питья, так как это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, женщины должны знать о том, что возвращение к

грудному вскармливанию очень сложно. При этом необходимо сказать о том, что для успешного становления грудного вскармливания важна психологическая поддержка женщин как со стороны родных, так и со стороны медицинского персонала.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hsu, P. S. Does breast milk nurture T lymphocytes in their cradle? / P. S. Hsu, R. Nanan. // Front. Pediatr. – 2018. – Vol. 6. – P. 268.

2. Руководство по осуществлению: защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания 2018. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/activities/preventing-noncommunicable-diseases/9789241513807/>. – Дата доступа: 10.03.2023.

УДК [616.98:578.834.1]-002-06-053.2(476.2)

А. В. Харлан

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА, АССОЦИИРОВАННОГО С SARS-CoV-2 У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Весной 2020 года, во время пандемии COVID-19, в странах Европы появились статьи о вспышках заболеваний во многом соответствующим критериям болезни Kawasaki, с развитием выраженного гипервоспалительного ответа, часто шоковым состоянием, лихорадкой, желудочно-кишечными проявлениями, сыпью, гипотензией, повреждением миокарда, сердечной недостаточностью, положительными тестами на SARS-CoV-2, сопровождаемыми лабораторными маркерами цитокинового шторма, включая высокие уровни интерлейкина 1 β , 6 (ИЛ-1 β , ИЛ-6). Это заболевание получило название мультисистемный воспалительный синдром (MBC), ассоциированным с SARS-CoV-2. MBC у детей, ассоциированный с SARS-CoV-2 (наиболее часто используемый в международной практике термин MIS-C), развивается после фазы вирусемии, чаще через 1–6 недель после заражения, однако может совпадать и с острыми респираторными проявлениями COVID-19 [1, 2].

В соответствии с рекомендацией ВОЗ случай заболевания MIS-C у детей соответствует следующим критериям:

1. Возраст от 0 до 19 лет.

2. Лихорадка в течение >3 дней.

3. Клинические признаки мультисистемного поражения: сыпь, двусторонний гнойный конъюнктивит или мукокутанные признаки воспаления (ротовая полость, руки или ноги); гипотензия или шок; сердечная дисфункция, перикардит, вальвулит или коронарные аномалии; острые желудочно-кишечные симптомы (диарея, тошнота или боли в

животе); признаки коагулопатии (удлиненное протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, повышенные Д-димеры).

4. Повышенные маркеры воспаления (например, скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок или прокальцитонин).

5. Отсутствие другой очевидной бактериальной причины воспаления, включая бактериальный сепсис и стафилококковые/стрептококковые синдромы;

6. Наличие инфекции COVID-19 (RT-PCR, тест на антиген или серология) или контакт с индивидуумом с инфекцией COVID-19 [3].

Цель

Изучить клинические проявления MIS-C у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследование включены 8 пациентов, проходивших обследование и лечение в учреждениях «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» и «Гомельская детская областная клиническая больница» в период с марта 2020 по сентябрь 2022 г. с диагнозом МВС. Всем детям проведено обследование на COVID-19 (количественное определение IgG и IgM в крови, определение РНК или антигена SARS-CoV-2 в мазке из носоглотки).

Результаты исследования и их обсуждение

У всех детей получен положительный IgG, свидетельствующий о перенесенной инфекции. 3 детей имели контакт с больными COVID-19 в семье. У 2 из 8 пациентов результат ПЦР мазка из носоглотки на SARS-CoV-2 отрицательный, при серологическом исследовании получен Ig G к SARS-CoV-2.

Среди пациентов исследуемой группы преобладали девочки – 5:3, медиана возраста – 3,5 года [2,4; 4,3].

Медиана средней длительности от момента подтверждения коронавирусной инфекции/контакта с COVID-19 инфицированными людьми/от появления первых симптомов ОРВИ до появления первых специфических признаков MIS-C – 12 дней [7; 14]. Клинические проявления MIS-C характеризовались продолжительной фебрильной лихорадкой (более 24 ч.) в 100 % случаев.

У 4 (50,0 %) детей отмечены гастроэнтерологические симптомы различной выраженности: боли в животе отмечены у 3/4 пациентов, диарея – у 3/4, рвота – у 2/4 детей, наличие свободной жидкости в брюшной полости – в 1/4 случаев. Полиморфная (пятнистая, геморрагическая, эритематозная) сыпь, возникающая в среднем на 4–5-й день болезни, отмечена у 5 (63 %) детей; явления конъюнктивита – у 2 (25 %); отек век, лица, конечностей – у 5 (63 %) детей. У 5 (63 %) детей диагностирована пневмония. У 1 (13 %) – острый миокардит, без поражения коронарных артерий. Неврологической симптоматики не было ни у одного пациента.

Выводы

Мультисистемный воспалительный синдром развился у детей раннего возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию бессимптомно (контактные по COVID-19) или в легкой форме, что подтверждено наличием Ig G к SARS-CoV-2, в среднем, через 12 дней после контакта с COVID-19 инфицированными людьми или появления первых респираторных симптомов. Ведущими клиническими проявлениями MIS-C у детей Гомельской области являются пневмония, отеки, проявления со стороны желудочно-кишечного тракта, реже кавасаки-подобный синдром.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): учебное пособие / Ю. Ю. Новикова [и др.]. – М.: РУДН, 2020. – 62 с.
2. Болезнь Kawasaki и мультисистемный воспалительный синдром при инфекции COVID-19 у детей / Л. В. Брегель [и др.] // Педиатрия им. Г. Н. Сперанского. – 2020. – № 99 (6). – С. 209–219.

3. Об утверждении рекомендаций (временных) об особенностях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19. Приказ Мин. здрав. Респ. Беларусь, 14 января 2022 г., № 36 [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/law/приказ_МЗ_2022_36.pdf. – Дата доступа: 03.12.2022.

УДК 616.839+616.8-009.17]-053.2-082.4

С. Н. Чайтнев, Д. Г. Арбатов

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Введение

Нарушение вегетативной регуляции внутренних органов, сосудов, обменных процессов, связанное с вторично или первично возникающими отклонениями в структуре и функции вегетативной нервной системы носит название вегетативной дисфункции (синдрома вегетативной дисфункции).

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) – это не самостоятельная форма болезни, а синдром, который может предшествовать развитию очень многих заболеваний, относящихся в первую очередь к группе полигенно наследуемых заболеваний, составляющих 90–95 % всей хронической патологии взрослого населения. В настоящее время установлена возможность перехода СВД в такие психосоматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.

Распространенность синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков весьма значительна и колеблется от 20 до 30 % в популяции [1, 3]. У каждого третьего ребенка вегетативные нарушения, несмотря на проведенное лечение, сохраняются в течение многих лет [4]. Под влиянием неправильного режима дня, умственного переутомления, чрезмерных физических нагрузок или гиподинамии, высокого уровня личностной тревожности возникает длительное психоэмоциональное напряжение, приводящее к срыву адаптационных процессов и дисфункции вегетативной нервной системы, особенно у подростков [4, 5]. Вегетативная дисфункция может быть обусловлена генетической предрасположенностью (от родителей передается тип реагирования на стресс, дети чаще копируют вегетативный статус матери), нарушением созревания нервной системы из-за неблагоприятного течения беременности и родов. В качестве других факторов имеют значение очаги хронической инфекции, гормональная возрастная перестройка, резко меняющиеся метеоусловия, чрезмерные физические нагрузки (профессиональные занятия спортом), гипокинезия, значительная перегрузка зрительного анализатора, обусловленная длительным просмотром телепередач, работой на компьютере [5].

СВД является одним из факторов, приводящих к возникновению астенического синдрома. Астения (астенический синдром) – постепенно развивающееся психопатологическое расстройство, проявляющееся повышенной физической и/или психической утомляемостью со снижением уровня активности (дефицит бодрости, энергии, мотивации), нарушениями сна, эмоциональной лабильностью, снижением работоспособности, повышенной раздражительностью (или же вялостью), вегетативными нарушениями [6].

Астенический синдром у детей проявляется совокупностью психоэмоциональных, неврологических и вегетативных симптомов, что обуславливает разнообразную клиническую картину. Основные жалобы – снижение физической и умственной активности, утомляемость в течение дня, рассеянность, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли, гипергидроз, тахикардия и т.д. [2, 7]. При этом ребенок отмечает атипичную слабость, которая длительно сохраняется и не проходит после отдыха.

Астения мешает полноценному развитию детей и подростков, ведет к затруднению освоения школьной программы, нарушает привычный ритм жизни, а иногда может стать триггером в развитии более тяжелых соматических или психических нарушений.

Причин, приводящих к возникновению астении, очень много. Наиболее распространенные: перенесенные инфекции, наличие хронического воспаления в организме, дисфункции вегетативной нервной системы, погрешности в питании, не соблюдение режима дня [7].

Цель

Изучить распространенность синдрома вегетативной дисфункции и астенического синдрома у детей, находящихся на стационарном лечении в Гомельской областной детской клинической больнице.

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели были использованы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20), вопросник для выявления признаков вегетативных изменений (А. М. Вейн, 1998 г.). В опросе принял участие 81 пациент Гомельской областной детской клинической больницы. Средний возраст детей – $13,09 \pm 2,72$ лет. Из них: 40 (49,38 %) пациента – лица женского пола, 41 (50,62 %) – мужского.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel, 2016 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Среднее количество баллов по вопроснику Вейна для выявления признаков вегетативных изменений – 14,0 (5,5; 31,5).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала: средние значения тревоги – 5,0 (3,0; 9,0) баллов, депрессии – 5,0 (4,0; 7,0) баллов.

Субъективная шкала оценки астении у детей составила 45,0 (36,0; 52,5) баллов.

Выводы

Таким образом, у детей, находящихся в условия стационара, зарегистрирован высокий уровень астении, умеренно выраженные симптомы вегетативной дистонии, отсутствие тревоги и депрессии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ивкина С. С. Синдром вегетативной дисфункции (СВД): учеб.- метод. пособие для студентов 4-6 курсов медицинского вузов, врачей интернов, слушателей курсов повышения квалификации и переподготовки, ординаторов детских стационаров / С. С. Ивкина, А.И.Зарянкиной, Т. Е. Бубневич. — Гомель: ГомГМУ, 2018 — 23 с.
2. Астенические состояния в детском возрасте: учеб.-метод. пособие / О. А. Львова [и др.]. – Минск, 2014. – С. 4–34.
3. Э. С. Домблялова, Л. Г. Иванова, Г. К. Баркун // Синдром вегетативных дисфункций как маркер артериальной гипертензии у детей. Вестник Витебского Государственного медицинского университета. – 2013. – № 12 (3). – С. 91–94.
4. Клініко-паатогенетична характеристика вегетативних дисфункцій та їх лікування у дітей: навчальний посібник / В. Г. Майданник [и др.] ; за ред. проф. В. Г. Майданника. – Суми: Сумський державний університет, 2013. – 173 с.
5. И. Н. Захарова, Т. М. Творогова, И. И. Пшеничникова // Современные рекомендации по диагностике и лечению вегетативной дистонии. Медицинский совет. – 2016. – № 16. – С. 116–123.
6. Котова, О. В. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача / О. В. Котова, Е. С. Акарачкова // РМЖ. – 2016. – Т. 24, № 13. – С. 824–829.
7. Новикова В. П., Гурова М. М. Особенности развития и клинического течения астенического расстройства в педиатрической практике // Астенические расстройства в терапевтической практике: Рук-во по диагностике и лечению / под ред. А. В. Шаброва, С. Л. Соловьевой. – СПб., 2010. – С. 233–263.

А. Д. Якимченко

*Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**Учреждение образования**«Гомельский государственный медицинский университет»**г. Гомель, Республика Беларусь***ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ
У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ****Введение**

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего артрита таблица 1.

В практическом здравоохранении используется классификация ревматоидного артрита в соответствии с МКБ-Х:

M08.0 – Ювенильный ревматоидный артрит (РФ+ и РФ–).

M08.1 – Ювенильный анкилозирующий спондилит (ЮАС).

M08.2 – Ювенильный артрит с системным началом.

M08.3 – Ювенильный хронический артрит (ЮХА) (серонегативный).

M08.4 – Ювенильный артрит с пауциартикулярным началом.

M08.8 – Другие ювенильные артриты.

M09 – Юношеский артрит при болезнях, классифицируемых в других рубриках.

Таблица 1 – Классификация ювенильных артритов (ACR, EULAR, ILAR) [1]

Американская коллегия ревматологов (ACR)	Европейская лига против ревматизма (EULAR)	Международная лига ревматологических ассоциаций (ILAR)
Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)	ЮХА	ЮИА
Системный	Системный	Системный
Полиартикулярный	Полиартикулярный	Полиартикулярный РФ –
	Ювенильный ревматоидный артрит (РФ+)	Полиартикулярный РФ +
Олиго- (пауци-) артикулярный	Олиго- (пауци-) артикулярный	Олигоартикулярный: персистирующий распространяющийся
	Ювенильный псориатический артрит	Псориатический артрит
	Ювенильный Анкилозирующий спондилит	Артрит, ассоциированный с энтезитом Недифференцированный артрит

По данным Европейской ассоциации ревматологов, по частоте и распространенности, болезни суставов занимают около 1 % в популяции. В структуре общей ревматической заболеваемости у детей основную позицию занимает ювенильный ревматоидный артрит в связи с высокой частотой неблагоприятных исходов и осложнений, тенденцией к развитию ранней инвалидизации. По результатам различных исследований, распространенность ювенильного ревматоидного артрита составляет от 3,8 до 165,1 на 100 тыс. детей в возрасте 0–16 лет, первичная заболеваемость составляет от 2 до 19 случаев на 100 тыс. населения в год. Первый пик дебюта ювенильного ревматоидного артрита при-

ходится на возраст от 1 до 3 лет, а следующий – на 8–10 лет. Ювенильный ревматоидный артрит чаще поражает девочек.

Ювенильный ревматоидный артрит относится к группе пожизненных диагнозов. Своевременная терапия и регулярные визиты к ревматологу помогут достичь устойчивой ремиссии без снижения качества жизни и выраженных ограничений в подвижности суставов. Риск перехода патологии в острую стадию значителен. Оптимистичный прогноз формируется при раннем дебюте заболевания. Поздние проявления ювенильного ревматоидного артрита характеризуются непрерывно возобновляющимся течением. Пациент страдает от ограниченной подвижности конечностей и получает инвалидность [2].

Таким образом, ранняя диагностика и своевременное лечение позволяет избежать тяжелых осложнений и улучшить качество жизни в столь раннем возрасте.

Цель

Изучить частоту первичной госпитализации детей г. Гомеля и Гомельской области с ювенильным ревматоидным артритом в 2022 году, частоту повторных госпитализаций, основные клинические проявления ювенильного ревматоидного артрита у госпитализированных детей.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 50 медицинских карт пациентов, находящихся на лечении в У «Гомельская областная детская клиническая больница» за 2022 год.

Среди 50 пациентов было 28 (56 %) девочек и 22 (44 %) мальчика.

Пациентов до 3-х лет включительно было 6 (12 %) человек, от 4 до 6 лет – 12 (24 %), от 7 до 10 лет – 14 человек (28 %), от 11 до 17 лет – 18 (36 %). Средний возраст пациентов составил 12–13 лет.

Городских детей (проживающих в г. Гомеле) было 16 (32 %), детей из Гомельской области – 32 (68 %).

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

С первично диагностированным ювенильным ревматоидным артритом госпитализировано 12 (24 %) человек, из них дошкольники (дети от 4 до 6 лет) – 10 (83 %) человек, школьники (7–17 лет) – 2 (17 %) ребенка. Пациенты, госпитализированные с обострением процесса, составили 64 % (32 ребенка), из них: дети от 7 до 10 лет – 14 (28 %) человек, в возрасте с 11 до 17 лет – 18 (36 %) человек.

Среди госпитализированных пациентов преимущественно суставная форма без поражения глаз диагностирована у 45 (90 %) детей. Суставная форма с поражением глаз диагностирована у 5 (10 %) человек, все дети с поражением глаз были дошкольного возраста. Ограничение объема движения в пораженных суставах (нарушение функции) наблюдалось у 6 (12 %) детей. Жалобы на утреннюю скованность предъявляли 29 (58 %) пациентов. Увеличение объема сустава отмечалось у 21 (42 %) ребенка. Общая слабость наблюдалась у 40 (80 %) пациентов. Кожные сыпи диагностированы у 3 (6 %) детей.

Выводы

1. На основании изученных данных, из всех госпитализированных в 2022 году детей с ювенильным ревматоидным артритом, каждый четвертый ребенок был госпитализирован с впервые выявленным заболеванием. Данную группу составили преимущественно дети дошкольного возраста.

2. Практически все дети с ювенильным ревматоидным артритом имели преимущественно суставную форму без поражения глаз.

3. Основными клиническими проявлениями ювенильного ревматоидного артрита у детей г. Гомеля и Гомельской области были: слабость, утренняя скованность и локальная симптоматика поражения суставов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сложности диагностики системного ювенильного идиопатического артрита / Г. Г. Торосян [и др.] // Педиатрия. – М., 2016. – С. 162–165.
2. Клинические рекомендации по лечению юношеского артрита с системным началом. [Электронный ресурс] // Союз Педиатров России. – Режим доступа: http://rdkbchr.ru/wp-content/documents/klin/kr_yuassn.pdf. – Дата доступа: 11.03.2023.

УДК 616-053.2:612.394(548.7)

Dinethrie R. Jayaweera

Scientific supervisor: Senior lecturer of the Department of Pediatrics L. S. Sergeichik

*Educational establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

CHILDHOOD MALNUTRITION AND THEIR CONSEQUENCES IN SRI LANKA

Introduction

Malnutrition is defined as «deficiencies in nutrient intake, imbalance of essential nutrients or utilization impairment of nutrients» according to WHO guidelines. Globally 45 % of deaths in children under the age of 5 are attributable to undernutrition; which puts children into a high risk of infections, increases the frequency and severity of infections and delays their recovery [1]. Good nutrition allows children to grow, develop, learn, play, participate and contribute while malnutrition robs children and their futures and leave young lives hanging in the balance. Sri Lanka is recognized for achieving good health outcomes at low-cost while being a country with a low level of per person income, exception being nutrition outcomes [2]. Malnutrition remains a challenging and unresolved public health problem. The importance of early childhood malnutrition to development outcomes is well recognized.

Goal

«Childhood malnutrition» is on the rise in Sri Lanka. Therefore, the main goal of this article is focused on the children who are considered malnutrition in Sri Lanka, to review recent literature related to trends in nutrition and nutritional status in children aged less than 5 years, it's long-term consequences in late childhood, and also as an adult.

Material and methods of research

The global level statistics and percentages were referred from the World Health Organization (WHO) official website. The statistical data related to Sri Lanka were from the Sri Lankan College of Pediatricians official website (slcp.lk). The definitions and other related data were also from PubMed articles specially having to mention «childhood malnutrition in Sri Lanka-A Road map for the last mile» article by Dr. Lalini C. Rajapaksa and Dr. Upul Senarath, (Colombo) which had a vast amount of knowledge- reference no [2]. Other statistics and data for the article were from the relevant recourses (see References below).

The results of the research and their discussion

Stunting is the devastating result of poor nutrition in early childhood. Children suffering from stunting may never grow to their full height and their brains may never develop to their full cognitive potential. Globally approximately 155 million children under 5 suffer from stunting [1].

These children begin their lives with marked disadvantages; they face learning difficulties in school, earn less as adults, and face barriers to participate in their communities.

Wasting in children is the life-threatening result of hunger and/or disease. Children suffering from wasting have weakened immunity, are susceptible to long term developmental delays, and face an increased risk of death: they require urgent treatment and care to survive.

Asia and Africa bear the greatest share of all forms of childhood malnutrition. In 2020, more than half of all children under 5 affected by stunting lived in Asia and two out of five lived in Africa [1]. Also, more than two thirds of all children affected by wasting lived in Asia and more than one quarter lived in Africa [1]. South Asia has the highest wasting prevalence of any sub-region in the world which is 14.1 percentage of children under 5.

Wasting and stunting in children below 5 years of age substantially improved from 1990 to 2000, but rates stagnated from 2000 to 2015 [4]. Chronic poverty, poor living conditions with deficits in sanitation and hygiene, a high prevalence of infectious diseases and environmental insults, food insecurity, poor maternal and fetal nutritional status and suboptimal nutritional intake in infancy and early childhood are major contributions towards these rising levels of childhood malnutrition [3]. Currently Sri Lanka is facing a huge economic crisis and as a result around 5.7 million people, including 2.4 million children and women require assistance in requiring nutritional support [5]. Families are already struggling to afford food with 70 % of household reporting reduced consumption of food [6]. Sri Lanka is second in South Asia in terms of wasting among children under the age of 5 [7]. According to recent research the following statistics were found regarding malnourished children of aged below 5 years, in Sri Lanka. Shown in table 1.

Table 1 – Summarises nutrition status of children below 5 years of age based on latest available national level surveys [2]

Children (0–24 months)	End of 2 years	End of 5 years
<ul style="list-style-type: none"> • Stunting 17,3 % • Wasting 15,1 % • Underweight 20,5 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Stunting 21,2 % • Wasting 13,0 % • Underweight 19,8 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Stunting 13,6 % • Wasting 15,4 % • Underweight 20,5 %

This early childhood malnutrition can have damaging neurodevelopmental effects, with significant increases in cognitive, neurological and mental health problems over lifespan, and their outcomes can also extend to the next generation.

A vicious cycle between malnutrition and infection has been recognized (Shown in figure 1) Episodes of infection potentiate undernutrition due to anorexia, reduced nutrient absorption, nutrient losses (such as vitamin A and proteins in diarrhea), diversion of nutrients to inflammatory responses, and tissue repair.

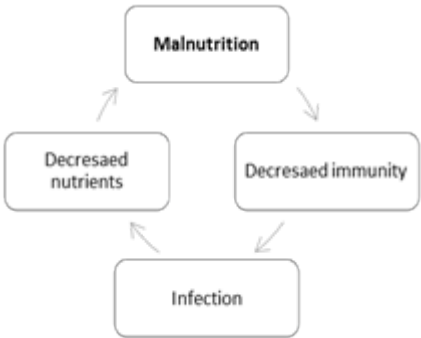


Figure 1 – Historical view of the vicious cycle of malnutrition and infection [7]

Catch up growth may be seen between infectious episodes if provided with adequate nutritional intake and if the interval between infections is long enough. Specific pathogens may cause more persistent growth-faltering because they result in chronic infections, chronic inflammation, or gut mucosal damage; these include HIV, tuberculosis, cryptosporidiosis and giardiasis. One of the most frequently described immunologic abnormalities in acute malnutrition is impaired cell mediated immunity.

Children who suffer from malnutrition are less physically and intellectually productive at adulthood [5]. It has been documented that malnutrition in early childhood causes disturbances in the morphological and functional development of the central nervous system, thus affecting the cognitive and emotional development of the child [6].

Micronutrient deficiencies such as iron and iodine, have been implicated to impair growth and cognitive development in children. A study indicates that children with an iodine deficiency had, on average, 13.5 points lower IQs than comparison groups [7].

More than 40 % of children of age 0–4 years in Sri Lanka suffer from anemia. Anemia in school aged children also may affect school performance whether or not there had been earlier impaired brain development [7].

Conclusion

It is well known that cases of childhood malnutrition are quite high in Sri Lanka. Several factors, such as poverty, poor child feeding practices, lack of nutrition education among nursing mothers or caregivers, and poor health care facilities in rural areas, have been identified as the most important risk factors. In view of this, the long-term consequences of childhood malnutrition could be prevented if their risk factors were properly controlled. One can help control the rising levels of childhood malnutrition by dietary changes such as eating food high in energy and nutrients, support for families to help them manage factors affecting the child's nutritional intake, treatment for underlying medical conditions causing malnutrition and providing children with vitamin and mineral supplements.

LITERATURE

1. Severe childhood malnutrition. / Z. A. Bhutta [et al.] // *Nat Rev Dis Primers*. – 2017. – V. 3. – P. 67.
2. Trends and determinants of childhood stunting and underweight in Sri Lanka. / R. P. Rannan-Eliya [et al.] // *Ceylon Med J*. – 2013. – V. 58(1). – P. 10.
3. Childhood malnutrition: toward an understanding of infections, inflammation, and antimicrobials. / K. D. Jones [et al.] // *Food Nutr Bull*. – 2014. – V. 35 (2). – P. 64–70.
4. REAP Health, Nutrition, Care and Educational Performance. 2010 [Electronic resource]. – Mode of access: Electronic form: http://reap.stanford.edu/docs/nutrition_and_education – Date of access: 10.02.2012.
5. Are dietary patterns in childhood associated with IQ at 8 years of age? / K. Northstone [et al.] // *A population-based cohort study. J Epidemiol Community Health*. – 2010. – V. 66(7). – P. 4–8.
6. Ijarotimi, O. S. Determinants of Childhood Malnutrition and Consequences in Developing Countries. / O. S. Ijarotimi // *Curr Nutr Rep 2*. – 2013. – P. 129–133.
7. Grantham-McGregor, S. Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life. Part 2. Infections and Micronutrient Deficiencies: Iodine, Iron and Zinc. / S. Grantham-McGregor, L. Fernald, K. Sethuraman // *Food Nutr Bul*. – 1999. – V. 20 (1). – P. 76–99.

УДК [616.98:578.834.1]-08:378.6-057.875(476.2)

S. I. M Kodagodage¹, A. P. Bedryi²

Scientific supervisor: Senior lecturer of the Department of Pediatrics L. S. Sergeichik¹

¹*Educational establishment
«Gomel State Medical University»,*

²*Establishment
«Gomel Regional Children's Clinical Hospital»
Gomel, Republic of Belarus*

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF COVID-19 INFECTION IN FOREIGN STUDENTS OF THE GOMEL STATE MEDICAL UNIVERSITY

Introduction

COVID-19 is severe acute respiratory syndrome which is caused by a virus. The

COVID-19 virus spreads mainly via droplets that are sent out by people while talking, sneezing, or coughing. However, they do not generally stay in the air for long. Similarly, they cannot go farther than 6 feet and this virus can also travel via tiny aerosol particles that have the capacity to linger for around three hours.

COVID-19 demonstrates a clinically diverse manifestation ranging from asymptomatic presentation to critical illness with severe pneumonia, acute respiratory distress syndrome, respiratory failure, or multiple organ failure.

Goal

To study the prevalence and features of the clinical picture of coronavirus infection among foreign students of Gomel State Medical University

Material and methods of research

This cross-sectional survey was conducted among the medical students in Gomel state medical university from 10th January 2022 to 15th February 2023. Instead of collecting data using Google form platform as a survey I used a community based survey.

90 foreign students were interviewed. A self-designed questionnaire was developed and given to the students of from 1st year to 6th year. The study participants were informed about the details of the study objectives for filling the questionnaire and confidentiality at the beginning of the survey, and informed consent was obtained from each participant. It has been disclosed to all the participants that their identity will be kept confidential and the results will be used only for research purposes.

Statistical data processing was carried out using the programs Statistica 13.2 and Medcalc 10.2.0.0 and the standard Microsoft Office Excel (2010), using a shares (p%) analysis. Analysis of the relationship between quantitative parameters was carried out using the test correlation test of the Spearman's (rho), 95 % confidence interval for rho. The results were considered statistically significant at the value of $p < 0,05$.

The results of the research and their discussion

Out of total 90 participants I chose 15 students from each year (1st year to 6th year).

According to our study, it was revealed that the most common symptom of coronavirus infection in foreign students was an increase in body temperature above 38,5 °C – 53 people (58 %). Moreover, it should be noted that the most commonly hyperthermic syndrome were 5–6-year students – 21 people, less often an increase in body temperature to febrile numbers was noted among students of 2 courses – 7 people.

The headache was equally often found – 50 students (56 %) and sore throat – in 50 students (56 %). At the same time, the sore throat most often bothered students of 4th year and 5th year – 10 and

9 students, respectively. Intensive headache was more often noted by students of 2 and 6 courses (10 students each). At the same time, it is to note that students of the studied group does not have a correlation between symptoms such as an increase in body temperature and headache ($\rho = 0,18$; $r > -0,439$; $R < 0,683$; $p = 0,58$).

Shortness of breath was observed in 41 students (46 %), and more often than other shortness of breath was 2 year students (9 people). It should be noted that the presence of febrile temperature reduced the risk of shortness of breath in the studied group of students ($\rho = -0,6614$; $r > -0,1409$; $R < -0,8954$; $p = 0,0192$). The presence of dry cough was noted by 47 students (52 %), while the appearance of dry cough does not increase the risk of shortness of breath ($\rho = -0,073$; $r > -0,621$; $R < 0,523$; $p = 0,82$).

Muscle pains and weakness took place in 34 people, of which more often than others, these symptoms were noted by 6th year students (7 people), and rarely among 3rd year students (4 people). A negative correlation is noted between an increase in body temperature above 38,5 °C and the appearance of muscle pain and weakness ($\rho = -0,576$; $r > -0,864$; $R < -0,00243$; $p = 0,05$).

The presence of cough was noted by 47 students (52 %), while the appearance of cough does not increase the risk of shortness of breath ($\rho = -0,073$; $r > -0,621$; $R < 0,523$; $p = 0,82$), while the most often dry cough was found in 5 year students (11 people), rarely in 6th year students (5 people). The difficulty of nasal breathing and runny nose took place among 34 students (38 %).

Loss of smell was noted by 44 students (49 %), the loss of taste – 38 students (42 %). Most often, 5th year students suffered from loss of smell, and the loss of taste was equally often noted by students of 2, 4 and 6 courses.

The most rarely COVID-19 infection in students of the medical university found dyspeptic syndrome. At the same time, 33 students (37 %) were worried about nausea and vomiting, 37 students found diarrhea (41 %). More often than other nausea and vomiting were observed among 6th year students (7 people), and diarrhea syndrome among 2nd year students (8 people). In case of loss of olfactory, students increased the risk of nausea and vomiting ($\rho = 0,771$; $r > 0,353$; $R < 0,932$; $p = 0,0034$), and the risk of developing diarrhea ($\rho = 0,773$; $r > 0,357$; $R < 0,933$; $p = 0,0032$).

It should be noted that all students with various clinical manifestations of coronavirus infection had contact with COVID-19 infection and a positive PCR test.

Conclusion

Most of the students had clinical manifestations of coronavirus infection. Among the most frequent symptoms can be distinguished: an increase in body temperature of febrile numbers, headache, muscle pain and weakness, cough, shortness of breath. Moreover, the reverse dependence between the increase in body temperature and the development of symptoms such as muscle pain, weakness and shortness of breath is noted. If there is a pronounced positive correlation between the loss of taste and the development of dyspeptic and diarrhea syndromes.

LITERATURE

1. Awareness of SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Among Adults With Recent COVID-19 Seropositivity / S. Y. Joung [et al.] // JAMA Netw Open. – 2022. – P. 53.
2. The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic: A Systematic Review / D. P. Oran [et al.] – Ann Intern Med, 2021. – 174 p.
3. Global Percentage of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among the Tested Population and Individuals With Confirmed COVID-19 Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis / Q. Ma // JAMA Netw Open. – 2021. – P. 79.
4. Japanese National Institute of Infectious Diseases. Field Briefing: Diamond Princess COVID-19 Cases, 20 Feb Update [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9417-covid-dp-fe-02.html> – Date of access: 01.03.2023.

Malarvannan Sudha sri

Scientific supervisor: Assistant I. V. Belomyttseva

*Educational establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

EPIDEMIOLOGICAL REVIEW OF WEST NILE FEVER AMONG CHILDREN IN INDIA

Introduction

West Nile Fever is caused by West Nile Virus belongs to the Japanese Encephalitis Virus antigenic complex under family Flaviviridae. West Nile Virus is maintained in nature in a cycle involving transmission between birds and mosquitoes. Humans, Horses and Mammals can be infected. Birds acts as both carriers and amplifying host for West Nile Virus. Some birds species especially the crow family (corvidae) are more susceptible to the virus than others. Migratory birds are important in West Nile Virus transmission. The West Nile Virus affected areas of the world were distinguished as old versus new in a depicted world map [1]. The present review showcase the historical and epidemiological perspectives of the virus, genetic diversity of prevailing lineages and clinical spectrum associated with its infection. Emergence of the virus has been discussed in special context to India because of co-circulation of different West Nile Virus lineages/strains along with other flaviviruses.

Goal

This is a review article which helps us to study about the Emergence of west Nile virus in different parts of India. The purpose of this article was to describe the epidemiological characteristics of WNF that spreads in different parts of India such as Bombay, Karnataka, Madhya Pradesh and Kerala.

Material and methods of research

We searched articles published in NSCID, PubMed, ASTMH using the keywords «WNF», «Japanese Encephalitis in India», «West Nile Fever in India». The incidence, aetiology, prevalence, patient demographics, level and severity of infection, complications and mortality were reviewed from the articles. This review only included papers on human beings and that were published in English.

The results of the research and their discussion

The first recognized epidemic of WNV was reported from Haifa, Israel, during 1951, where a total of 123 cases were recorded, with symptoms presenting with febrile illness, exanthema, lymphadenopathy and angina [2]. Concurrently, WNV was isolated from febrile children. In India, antibodies against WNV in humans were first detected from Bombay (now Mumbai) during 1952. Subsequently, serologically confirmed WNV cases were reported from

Vellore and Kolar districts of Karnataka during encephalitis epidemics in 1977, 1979 and 1981. In western countries, WNV infections were found to be higher among elderly patients.

However in India, children succumbing to WNV infection were frequently observed. WNV was isolated from brain tissue of three children who died of encephalitis in the southern region of India.

During the late 2009 and the early 2010, WNV cases were reported from patients presenting with ocular complications in Tamil Nadu. Acute flaccid paralysis (AFP) due to WNV infection has also been reported from Kerala during 2014. This was an unusual phenomenon because poliovirus has been the common cause of AFP in India. Characterization of WNV PCR-positive samples revealed circulation of lineage I Table 1.



Figure 1 – The outbreak of West Nile Fever

In 80 % of the infected people, the disease is asymptomatic. Severe infection may even cause neurological diseases like West Nile encephalitis or meningitis or West Nile poliomyelitis or acute flaccid paralysis. Also, there are reports of WNV-associated Guillain-Barré syndrome and radiculopathy. WNV during 2011 Kerala outbreak. In the eastern State of West Bengal, WNV was reported in 2017 [3].

Table 1 – Different lineages in India with its vector and strains

Lineages	Year	Vector	Representative Strains
1a	1968	Fruit Bat	AY944239
5(1e)	1957	Culex Vishnui Cx Vishnui Human Human Human Cx Triatenorhychust Cx Vishnui Human Anopheles Subpictus	AY944245
	1955		AY944243
	1982		AY944247
	2008		JQ037832
	2007		HQ246154
	1980		AY639639
	1980		AY639642
	1980		AY639642
	1980		AY639642
	1980		AY639642

Conclusion

WNV continues to pose an emerging threat to public health worldwide. The distinction of WNV epidemic into old and new provides a clear understanding on its epidemiology. This review highlights the importance of continuing need for careful monitoring of disease epidemiology, implement interdisciplinary approach to surveillance and research programmes in parallel to management of cases [5]. Severe illness can occur in people of any age; however, people over 60 years of age are at greater risk. People with certain medical conditions, such as cancer, diabetes, hypertension, kidney disease, and people who have received organ transplants, are also at greater risk. There are no vaccines to prevent or medications to treat WNV in people. Fortunately, most people infected with WNV do not feel sick. NIAID provided initial support to the biotech firm Acambis to develop a live attenuated recombinant vaccine for WNV called ChimeriVax [4].

LITERATURE

- Centers for Disease Control and Prevention. West Nile virus: Statistics and Maps [Electronic resource]. – Mode of access: Electronic form: <https://www.cdc.gov/westnile/statsmaps/index.html>. – Date of access: 17.03.2023.
- Handbook of zoonoses. / J. S. M. Peiris // Section B: Viral. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press. – 1994. – P. 139–48.

3. Hayes, C. G. West Nile fever. In: Monath TP. The arboviruses: epidemiology and ecology. / C. G. Hayes // Boca Raton (FL): CRC Press. – 1989. – V. 5. – P. 59–88.

4. Integrated Disease Surveillance Programme, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India [Electronic resource]. – Mode of access: <http://idsp.nic.in/index4.php?lang=1&level=0&linkid=406&lid=3689>. – Date of access: 17.03.2023.

5. National Programme for Prevention and Control of Japanese Encephalitis/Acute Encephalitis Syndrome, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India [Electronic resource]. – Mode of access: [https://nvbdcp.gov.in/Doc/JE-AES-Prevention-Control\(NPPCJA\).pdf](https://nvbdcp.gov.in/Doc/JE-AES-Prevention-Control(NPPCJA).pdf). – Date of access: 17.03.2023.

УДК 616-053.2:615.015.8

Mandara Hasangani Kande Vidanaralage

Scientific Supervisor: Senior lecturer of the Department of Pediatrics L. S. Sergeichik

*Educational establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

ANTIBIOTIC RESISTANCE IN CHILDREN

Introduction

Antibiotic is a medicinal preparation, that act against bacterial infections. The invention of antibiotics is a major revolution in modern medicine world. The mechanism of action of antibiotics is to kill bacteria, that prevent bacterial infection and further spread of the infection.

Antibiotics usage in children is different from the usage in adults. There are changes in dosage and frequency. Most of the infections cause in children tend resolve by its own without any treatment. Indication of antibiotics in child are to treat health conditions, that are unlike to resolve on its own such as acne, to speed up the recovery, such as kidney infections, to treat infections that are not serious but prompt to spread to other people, skin conditions such as impetigo and sexually transmitted disease such as chlamydia, to treat health problems that could develop serious or life threatening complications such as pneumonia and cellulitis.

Goal

To evaluate the development of antibiotic resistance of children over time due to different etiologies, to control the antibiotic resistance further development in children and the preventive measures that could taken to avoid the future health risks.

Material and Method of research

The analysis and generalization of modern medical scientific literature on antibiotic resistance in children.

The results of the research and their discussion

Antibiotic resistance is bacteria or fungi pathogens develop the ability to defeat the medicinal preparation that design to kill them and cause more severe infection that is difficult in treatment and prevention of spreading. Antibiotic resistance is an emerging threat in children worldwide. According to recent studies in WHO, infections caused by multidrug drug resistant (MDR) bacteria are 700 000 deaths in all ages, among them 200 000 deaths are newborns. In Europe, MDR infections in children are 30 % of total cases. Middle East, 90 % newborns with sepsis are drug resistant. In South East Asia 83 % of pediatric patients have E.coli resistant to first line antibiotic therapy were reported. In Sub Sharan Africa 66 % of neonatal sepsis and meningitis were found to be cause by bacteria resistant to antibiotics [1]. In USA study, 20 % of pediatric patients treated with colistin to infections that are caused by already MDR Gram negative bacteria developed resistance [2]. Up to 40 % of the bacterial infections in newborns are resistant to standard treatments, leading to an estimated 214 000 newborn deaths each year from drug resistant infections.

According to a study in Sri Lanka, 54 % of pediatric patients were administered with antibiotics prior to admission of hospital. Among them 53 % were infants. Amoxicillin 48 %, Erythromycin 20 %, Cephalexin 16 % were commonly used. 63 % of antibiotics were prescribed by doctor, while 16 % used antibiotics without a prescription. Hospital stay for children with prior antibiotic admission is longer than the patients without prior antibiotic use [5].

Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections were uncommon until 1990s. Trimethoprim with Sulfamethoxazole and Clindamycin used to treat MRSA infections. Among them, Clindamycin resistance has increased in past decade. To eradicate MRSA carriage and prevent its spread, application of Mupirocin ointment in anterior nostrils and Chlorhexidine baths has been practiced. Since the practice started, resistant to Mupirocin and Chlorhexidine have emerged. Carbapenem resistance in children have increased in past decade. 50 % of mortality rate were reported in hospitalized patients with bloodstream Carbapenem resistant Enterobacteriales (CRE) infection. Colistin is the last resort treatment for life threatening infections in pediatrics caused by CRE bacteria. According to a study of 150 patients with Enterobacteriae infection 62 (41 %) were Carbapenem resistant and 23 (15 %) were Colistin resistant. In hospital mortality of Carbapenem resistant were 45 % (28/62), Colistin resistant 39 % (9/23) [4].

The issue of antibiotic resistance is complex and multifactorial. Lack of knowledge in antibiotics usage in developing countries, is a major cause for antibiotic resistance. Misuse of dose and incorrect period of continuation of antibiotic course increase the risk of antibiotic resistance. Parents and guardians tend to share antibiotics with children without doctor's prescription and once the symptoms start disappearing in the child, parents discontinue the antimicrobial drug. This will cause incomplete destruction of the causative pathogen. Therefore the remaining pathogen will develop an advanced infection in the host, that is difficult to be treated and it will manifest more serious symptoms in the child. Over use of antibiotics too increase the risk of antibiotic resistance in children.

Shortage or lack of access to quality antibiotics too lead to MDR in pediatrics. Depending on the type of infection, the status of the immune system of the child, the mechanism of action of the drug and the possible side effects, the antibiotic drug choice differ. Therefore the drug selection, according to its specificity of action on the pathogen is important. In developing countries, the financial situation is a major problem in drug selection due to its unavailability.

3 million newborns suffer from sepsis every year. It's a leading cause of morbidity and mortality. It has a significant impact on both neonatal and under 5 years children mortality numbers worldwide. Lack of routine checkups such as screening test for mothers for Streptococcal infections and not giving intrapartum antimicrobial agents leads to early onset of neonatal sepsis. To treat neonatal sepsis, wide range of antibiotics were given, that lead to cause increase antimicrobial resistance. Malpractice and poor diagnostics are reasons to prescribe the pediatric patients with antibiotics blindly.

Not all the groups of antibiotics are qualified for children. There are specific contraindications of drugs with pediatric age. For example, fluoroquinolones are not commonly used in pediatrics, since it disrupt the cartilage development. Similarly, lack of options of antibiotics could lead to cause of antibiotic resistance. Long term treatment for chronic infections with antimicrobial drugs too increase antimicrobial resistance in children

Children are more susceptible to infections. The immune system of a child completely developed in 3 years of age. Therefore usage of antimicrobial drugs in newborns and toddlers tend to develop microbiota dysbiosis, which alter the natural and adaptive immune reactions to bacterial and viral pathogens. Vaccinations in young age could prevent causing wide range of infection. Hence, this reduces the requirement of antibiotic treatment for infections in childhood. Enforcement of legislations related to antibiotic usage to prevent overuse and malpractice.

Promote public awareness about antibiotics. Rapid diagnosis will be able to treat the infection on early stages and prevent further complications. In 2017, only 2 out of 37 new antibiotics being developed in adults were being studied in children. Therefore new antibiotics should be developed for children.

According to WHO, if misuse of antibiotics is not change, drug-resistant diseases could cause 10 million deaths each year by 2050 [1].

Conclusion

Antibiotic resistance is a serious problem in worldwide. Preventive measures for antimicrobial resistance has to be improved, if not children mortality rate will be increased due to simple infections, that were previously treatable. To treat already multiple drug resistant infections, new antibiotics study on children should be enhanced.

LITERATURE

1. 4th Global Conference of Women Deliver. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark: 2016 [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: <http://who.int/drugresistance/activities/Women-Deliver-AMR-side-event-Handout-May2016.pdf?ua=1>. – Date of access: 19.03.2021
2. The use of intravenous colistin among children in the United States: Results from a multicenter, case series. / P. D. Tamma [et al.] // *Pediatr Infect. Dis. J.* – 2013. – V. 32. – P. 17–22.
3. Mupirocin resistance in *Staphylococcus aureus* causing recurrent skin and soft tissue infections in children. / J. C. McNeil [et al.] // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 2011. – V. 55. – P. 431–433.
4. Carbapenem and colistin resistance in children with Enterobacteriaceae infections. / Z. Haytoğlu [et al.] // *Turk J Pediatr.* – 2020. – V. 62 (5). – P. 778–786.
5. Arulmoli, S. K. A., Prescribing patterns of antibiotics for children before admission to a paediatric ward in Jaffna Teaching Hospital / S. K. A. Arulmoli, S. Sivachandiran, B. J. C. Perera // *Sri Lanka Journal of Child Health.* – 2009. – V. 38 (4). – P. 121–123.

УДК 616.91:578]-036.22(540)

Rajkumar Nandhini

Scientific supervisor: Assistant I. V. Belomyttseva

Educational establishment

«Gomel State Medical University»

Gomel, Republic of Belarus

EPIDEMIOLOGICAL REVIEW OF CHIKUNGUNYA FEVER IN INDIA

Introduction

Chikungunya is a mosquito-borne viral disease caused by the chikungunya virus (CHIKV), an RNA virus in the alphavirus genus of the family *Togaviridae*. The name chikungunya derives from a word in the Kimakonde language, meaning «to become contorted». CHIKV was first identified in the United Republic of Tanzania in 1952 and subsequently in other countries Africa and Asia. Urban outbreaks were first recorded in Thailand in 1967 and in India in the 1970s. Since 2004, outbreaks of CHIKV have become more frequent and widespread, caused partly due to viral adaptations allowing the virus to be spread more easily by *Aedes albopictus* mosquitoes. CHIKV has now been identified in over 110 countries in Asia, Africa, Europe and the Americas. All regions with established populations of *Aedes aegypti* or *Aedes albopictus* mosquitoes have now experienced local mosquito-borne transmission. CHIKF was reported in India in 1963 for the first time. After a period of quiescence lasting up to 32 years, CHIKV re-emerged in India in 2005. Currently, every part of the country has become endemic for the disease with outbreaks resulting in huge economic and productivity losses. Several mutations have been identified in circulating strains of the virus resulting in better adaptations or increased fitness in the vector(s), effective transmission, and disease severity [1]. CHIKV evolution has

been a significant driver of epidemics in India, hence, the need to focus on proper surveillance, and implementation of prevention and control measure in the country. Presently, there are no licensed vaccines or antivirals available; however, India has initiated several efforts in this direction including traditional medicines. In this review, we present the current status of CHIKF in India.

Goal

The study was conducted to review CHIKV evolution (over time and space), outbreaks, the disease spread, prevention and surveillance systems in India over last decades.

Material and methods of research

The search of information was conducted through the research of scientific articles and systematic literature and the results were screened for the relevance review topic and also new articles were added based on the clinical knowledge of the author on the specific topic. Statistical information was also obtained from clinical trials conducted on India.

The results of the research and their discussion

Chikungunya virus is transmitted by mosquitoes, most commonly *Aedes (Stegomyia) aegypti* and *Aedes (Stegomyia) albopictus*, which can also transmit dengue and Zika viruses. These mosquitoes bite primarily during daylight hours. They lay eggs in containers with standing water. When an uninfected mosquito feeds on a person who has CHIKV circulating in their blood, the mosquito can ingest the virus. The virus then replicates in the mosquito over several days, gets to its salivary glands, and can be transmitted into a new human host when the mosquito bites them. The virus again begins to replicate in this newly infected person and reaches high concentrations in their blood, at which point they can further infect other mosquitoes and perpetuate the transmission cycle. The illness was initially diagnosed as a «dengue-like» disease until laboratory evaluation confirmed CHIKV as the source of illness. Since then, many CHIKV outbreaks have occurred that have helped to further characterize chikungunya fever. The incubation period for chikungunya fever is typically between 3–7 days (range, 2–12 days). Not all individuals infected with the virus develop symptoms. Serosurveys indicate that 3–25 % of persons with antibodies to CHIKV have asymptomatic infections. Symptoms of CHIKV infection start abruptly with fever (temperature, usually > 38,9 °C). The fevers typically last from several days up to 2 weeks and can be biphasic in nature. Shortly after the onset of fever, the majority of infected persons develop severe, often debilitating polyarthralgias. The lower extremity arthralgias can be severely disabling, resulting in a slow, broad-based, halting gait, which can persist for months [2]. Published reports suggest that rash is another common symptom [2]. However, the portion of individuals with rash is highly variable between studies, making it a less reliable sign of the disease. When it occurs, the rash appears after fever onset and is typically maculopapular involving the trunk and extremities but can also involve palms, soles, and the face [3]. Blood test abnormalities, such as leukopenia, thrombocytopenia, hypocalcemia, and a mild to moderate increase in liver function test results, are seen with acute infection but are not specific and do not occur frequently enough to be diagnostic [2]. Death caused by chikungunya infections appears to be rare. However, increases in crude death rates have been reported during the 2004–2008 epidemics. With CHIKV infections, older individuals with underlying medical conditions and individuals with coinfections appear to be more likely to suffer complications and to have a higher risk of death [2].

Chikungunya outbreaks have been reported from India during the period 1963–1973 and 2005–2019. The first CHIKF outbreak in India was reported from Kolkata (Calcutta), West Bengal, in 1963. However, retrospective serological studies have shown that chikungunya existed in India prior to 1963. In 1964, Chennai, Pondicherry, and Vellore reported outbreaks of chikungunya. In 1965, chikungunya outbreaks were reported from Visakhapatnam, Kakinada, Rajahmundry and Nagpur, in 1973 in Barsi in Maharashtra and some authors have opined that

lack of surveillance between 1973 and 2005 might have been the reason for lack of CHIKV reports. However, the re-emergence of the virus could be due to several other reasons. CHIKV is known to have three genotypes, namely, West African (WA), Asian and East Central South Africa (ECSA) genotypes and the circulating virus in India until the 1970s have been reported to be of the Asian genotype [1]. After the emergence of CHIKV in the Indian Ocean islands in 2005, CHIKV re-emerged in India after 32 years, affecting Hyderabad and Ananthapur district of Andhra Pradesh in South India and eventually affected 1.4 million people in 13 states with huge economic and productivity loss of 391 million rupees. Ahmedabad city of Gujarat and Kerala state were the worst affected places. The 2005–2006 outbreak in India was caused by the ECSA genotype. The E1-A226V mutation of the virus and their adaptation to the *A. albopictus* resulted in increased susceptibility among pediatric population, neurological complications, as well as mortality associated with this outbreak. Currently, CHIKV is endemic in 24 Indian states and 6 union territories indicating that this as an important health problem in our country [1]. Currently, there is no licensed therapeutics or vaccines for the treatment of CHIKV infections in the market. However, this section describes various efforts at different stages of development, both of therapeutics and vaccines against CHIKV. There are no approved antivirals against CHIKV diseases. Hence, the current therapies mostly involve in management of symptoms using non-salicylate analgesics and non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Apart from the conventional drug research, India is also focusing on the research on the traditional system of medicines in our country, like Ayurveda, Unani and Homeopathy which is showing promising results [1]. There were several preventive measures taken by the government of India to stop the spread of the disease, the study says that Control Measures were taken by District Health Authorities and regular monitoring of the situation was done by District Medical & Health Officer, Deputy Medical & Health Officers, Programme Officers and District Malaria officers. District level coordination meetings were held, Instructions were issued to all Department Heads to take measures for prevention and treatment of Chikungunya fever, Medical camps were conducted in the affected area, Information, Education and Communication activities: Pamphlets containing information about the disease printed in local languages and distributed to all the Hospitals and Primary Health Centres in the areas. Posters and advertisements in local languages were also issued, Measures for source reduction were taken, Pyrethrum space spray (2 %) was used in affected areas, Anti-larval measures with Temephos (1 PPM) were carried out.

Conclusion

Chikungunya outbreak is a huge public health problem in India, therefore it is important to ensure its prevention and control measures. A number of new mutations of the virus, have been reported in Indian studies that shows the effect of adaptation of the virus, its severity and the disease spread. More research is required to say the significance of the mutations in India. And there is no licensed vaccine available for this disease even though some anti-viral drugs have some effectiveness on CHIKV, studies on clinical efficacy is still needed. Since there is no medicine for Chikungunya in allopathy, people in India increasingly turning to Ayurveda (traditional Indian medicines). Also more research is needed to prove the efficacy of Ayurveda medicine. Avoiding mosquito bites by the simple measures like use of mosquito repellents, expulsion of standing water where mosquitos can lay eggs and minimization of skin surface exposed to mosquito bites are the only ways of prevention of this disease. Considering all these recent data, CHIKV is an arboviral disease that all physicians should be prepared to encounter.

LITERATURE

1. Tatsuo Shioda, Osaka University, Japan; etc., Current Status of Chikungunya in India [Electronic resouurse] – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8274422/>. – Date of access: 16.03.2023.
2. Chikungunya Fever: An Epidemiological Review of a Re-Emerging Infectious Disease / J. Erin Staples [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2009. – V. 49. – P. 942–948.

3. Cutaneous manifestations of chikungunya fever: observations made during a recent outbreak in south India / A. C. Inamadar [et al.] // Int J Dermatol. – 2008. – V. 47 – P. 154–159.

4. Kiwanuka, N. O'nyong-nyong fever in south-central Uganda, 1996–1997: clinical features and validation of a clinical case definition for surveillance purposes / N. Kiwanuka, E. J. Sanders, E. B. Rwaguma // Clin Infect Dis. – 1999. – V. 29. – P. 243–250.

УДК 616-002.5-053.2(548.7)

P. G. B. Rathnaweera

Scientific supervisor: Senior lecturer of the Department of Pediatrics L. S. Sergeichik

*Educational establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

CHILDHOOD TUBERCULOSIS IN SRI LANKA

Introduction

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by the bacillus – *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Tuberculosis commonly affects the lungs (pulmonary TB) but can affect any other organ in the body (Extrapulmonary TB). It is an airborne infection. Poverty, overcrowding and poor living conditions are contributing to the increased transmission of TB. Due to the immaturity of the immune system, children are at higher risk of progressing to active disease than adults and developing complicated forms such as TB meningitis and miliary TB. A total of 1.6 million people died from TB in 2021. Worldwide, TB is the 13th leading cause of death and the second leading infectious killer after COVID-19. In 2021, an estimated 10.6 million people fell ill with TB worldwide. Six million men, 3.4 million women and 1.2 million children [1]. Sri Lanka is considered as a middle burden country for Tuberculosis. There are around 8500 to 9500 cases of TB detected each year. Out of this, childhood TB cases ranged from 250 to 350 which were around 3 % of the total case burden of the country.

Goal

The overall medium-term goal for TB control is to reduce morbidity, mortality and transmission of TB until it is no longer a public health problem in the country. Therefore, the main goal of this article is focused on provide an overall outlook on Pediatric Tuberculosis and evaluate how Republic of Sri Lanka handles this challenge. In this article we discuss occurrence statistics of Tuberculosis in Sri Lanka as well as its diagnosis, management and preventive criteria.

Material and methods of research

The global level statistics and percentages were referred from the World Health Organization (WHO) official website. The statistical data related to Sri Lanka were taken from the Sri Lankan College of Pediatricians official website (slcp.lk), Annual Epidemiological Report 2021 published by Ministry of Health and The National Programme for Tuberculosis Control and Chest Diseases (NPTCCD) database. The other related data were taken from PubMed publications and other resources (see References below).

The results of the research and their discussion

According to the recent estimates, there were 10.6 million peoples with active TB around the globe in 2021 [1]. Out of this, 1 million (10 %) were children below 15 years of age. Both girls and boys were almost equally affected. There were an estimated 1.3 million deaths among HIV negative TB patients in 2021. Out of the total deaths, 15 % were among children with TB. HIV has a great impact on the survival of children with TB. Children accounted for 10 % of the total deaths among HIV-TB co-infected patients. In countries with a high burden, children account for around 25–40 % of the new cases and in low burden countries, it is around 4–7 %. But the actual caseload may be much higher than this.

In Sri Lanka in 2021, 250 child TB cases were reported to the central unit of National Program for Tuberculosis Control and Chest Diseases (NPTCCD) out of which 101 patients were below 5 years of age and 149 cases belong to the 5–15 age group. There was an almost similar number of girls and boys in the below 5 years age group. But female TB patients were more in the age group of 5–15 years in 2021. There is a district variation of childhood TB cases. It varies from 0–5 % in 2021. Not a single case of TB below 15 years was detected in Polonnaruwa & Kilinochchi Districts. The detection of child TB cases was very low in districts such as Colombo (3,5 %), Gampaha (1,5 %), Kalutara (2,3 %), Ratnapura (2,5 %) and Galle (0,7 %) even though overall TB burden is high. Only Kandy and Matale districts had shown adequate detection of paediatric cases with over 5% case burden. When considering the site of TB, the majority of cases were with extrapulmonary TB (EPTB). The commonest form of EPTB among children was TB lymphadenitis. Among pulmonary TB cases, the majority were clinically diagnosed cases of TB. Severe forms of TB such as TB meningitis among children were very low.

Diagnosis of TB in children is often difficult as many small children cannot produce sputum for examination. A detailed history, examination and contact with a known or likely case of tuberculosis are preceded for diagnostic tests. In infants, the presentation may be more acute or persistent and they can have non-resolving symptoms when compared to older children. Adolescents usually present with symptoms similar to those in adults. The diagnosis is based on:

- A detailed history (including a contact history of TB and symptoms consistent with TB).
- Clinical examination (including growth assessment).
- Investigations:
 - Tuberculin skin testing.
 - Chest X-ray and other relevant radiological investigations.
 - Bacteriological confirmation including Xpert MTB/RIF (whenever possible).
 - Investigations for extra-pulmonary TB.
 - HIV testing.

All child-contacts are screened clinically (history and examination) [2]. Children aged 0–4 years (regardless of symptoms) and children aged 5 years and above who are symptomatic, are further evaluated for TB. Children of all ages living with HIV, who have been in close contact with a TB case are evaluated for TB. When a child is diagnosed with TB, efforts are made to detect the source case (if not already identified) and any other undiagnosed cases in the household. Source cases include, the household members, neighbors in crowded areas, frequent visitors, servants, school bus drivers, staff in day-care centers, nurseries etc. If a child presents with TB, other child contacts are sought and screened, as for the source case. Children are regarded as infectious if they have sputum smear-positive pulmonary TB or cavitary TB on chest X-ray (not uncommon in older children and adolescents). Sputum smear microscopy is among the least expensive methods of diagnosing infectious cases of pulmonary tuberculosis in Sri Lanka. Whenever tuberculosis is suspected, three sputum samples are collected and examined microscopically for acid fast bacilli (AFB). Among younger children, sputum smears can be negative due to the paucibacillary nature of the disease and difficulty in obtaining the sputum sample [3].

The modern treatment strategy is based on standardized short course chemotherapy regimens and proper case management to ensure completion of treatment and cure. Treatment outcomes in children are generally good even in the face of coinfection with HIV, provided the treatment is started promptly. Children generally tolerate anti-TB drugs better than adults. Children, their parents, family members and other caregivers are intensively educated about TB and the importance of completing the full course of treatment. Their support is vital to ensure

a satisfactory treatment outcome. The treatment regime has two phases, an Intensive Phase (IP) and a Continuation Phase (CP). The first line drugs used are: Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E).

Severe malnutrition is associated with increased mortality in TB patients in Sri Lanka. Child's nutritional status should be assessed and supported regularly during treatment of TB. Breastfeeding should be continued and adequate intake of food should be ensured. Additional energy is particularly important during the intensive phase of treatment and is best given through additional household foods, based on locally available and affordable foods as part of a balanced varied diet. 'Thripasha' (A dietary supplement provided free of charge by Sri Lankan government) is usually given as a supplementation. Infants under 6 months of age with growth failure require referral to a therapeutic feeding program. If this is not available or feasible, breastfeeding mothers should be given support to optimize breastfeeding. Nutritional supplementation cannot be given directly to an infant under 6 months of age but can be provided for the lactating mother.

In Sri Lanka, the BCG (Bacille Calmette-Guérin) vaccine is given to all babies including low-birthweight babies at birth or before discharge from hospital and the vaccination coverage is around 99 %. It is a live attenuated vaccine made from *Mycobacterium bovis*. It protects young children against developing complications of 'Primary infection', such as TB meningitis and miliary TB [4]. However, it has no impact on the transmission of TB in the community as it does not confer protection against the development of 'post-primary disease'.

Conclusion

Even though South east Asia region of the world considered to be the high burden region for TB, Sri Lanka can reasonably consider as a middle burdened country based on the statistical data. The reason for that is Sri Lanka's successful criteria of diagnosis, management and prevention of TB. Based on the statistic and data discussed above and previously published scholarly articles, we can see that as a developing country, Sri Lanka's efforts against TB is remarkable.

LITERATURE

1. Global Tuberculosis Report – 2022 WHO, Geneva National guidelines for management of Tuberculosis in children, 2021. [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: <https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-report-2022>. – Date of access: 01.03.2023.
2. Jaganath, D. Tuberculosis in Children / D. Jaganath, J. Beaudry, N. Salazar-Austin // *Infect Dis Clin North Am.* – 2022. – № 36(1). – P. 49–71.
3. Andronikou, S. Modern imaging of tuberculosis in children: thoracic, central nervous system and abdominal tuberculosis. / S. Andronikou, N. Wieselthaler // *Pediatr Radiol.* 2004. – № 34(11). – P. 61–75.
4. Tuberculosis in children. *Eur J Radiol* [Electronic resource] – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15950420>. – Date of access: 01.03.2023.

СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА. АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»

УДК 616.155.194-053.2-071/-078(476.2)

О. Л. Громыко

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. П. Ромашевская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Анемия является одним из самых распространенных заболеваний. При анемии наблюдается уменьшением содержания гемоглобина и часто количества эритроцитов в крови. Факт наличия анемии и степень ее тяжести принято определять по уровню гемоглобина в сочетании с клиническими данными.

В зависимости от патогенеза выделяют 3 основные группы анемий:

1. Постгеморрагические (острые и хронические).

2. Анемии вследствие нарушения кроветворения:

– анемии, связанные с нарушением синтеза гемоглобина, и другие дефицитные анемии (железо-, В12-, фолиево-дефицитные анемии);

– анемии, обусловленные нарушениями костномозгового кроветворения (апластическая анемия), опухолевая метаплазия кроветворения (анемия при лейкозах) и дисплазия кроветворения (анемия при миелодиспластическом синдроме);

– анемия, обусловленная нарушением выработки эндогенного эритропоэтина.

3. Анемии, вследствие повышенного кроверазрушения или гемолиза:

– наследственные гемолитические анемии вследствие гемолиза, обусловленного внутренними дефектами эритроцитов и гемоглобина;

– приобретенные гемолитические анемии вследствие гемолиза из-за действия внешних повреждающих факторов на неизмененные эритроциты.

Цель

Изучить клинико-диагностические особенности анемий у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 84 ребенка с анемией, получающих лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» г. Гомеля в 2022 году. Пациенты находились на стационарном лечении в онкологическом гематологическом отделении для детей. Возраст пациентов варьировал от 0 до 17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

С железodefицитной анемией было пролечено 31 пациент, с наследственной гемолитической анемией – 40, с приобретенной гемолитической анемией – 4, апластической

анемией – 4, с другими анемиями – 5 детей. Наиболее часто встречались железодефицитная анемия (37 %) и наследственная гемолитическая анемия (47 %).

Структура анемий представлена на рисунке 1.

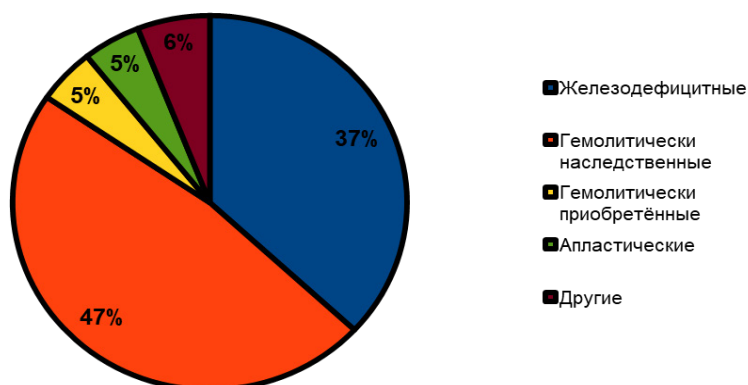


Рисунок 1 – Структура анемий у детей

При поступлении в стационар у детей с железодефицитной анемией отмечались следующие жалобы: бледность кожи у всех детей, слабость и утомляемость у 33 %, субфебрильная температура у 13 %, потеря сознания у одного ребенка. В общем анализе крови отмечалось снижение гемоглобина у всех пациентов, снижение эритроцитов – у 24 %. В биохимическом анализе у всех детей был снижен уровень сывороточного железа, повышена общая железосвязывающая способность сыворотки, у 65 % детей снижено содержание ферритина.

Гемолитическая анемия встречалась одинаково часто у девочек и мальчиков. У 80 % детей анемия носила наследственный характер. Чаще отмечалась отягощенная наследственность по отцовской линии – у 80 % детей. Причиной госпитализации у 30 % детей явился гемолитический криз. 50 % детей поступали в стационар в течение года повторно. У 60 % детей была анемия легкой степени.

Апластическая анемия наблюдалась у 4 детей. Анемия чаще диагностировалась у мальчиков (1 девочка и 3 мальчиков), двое детей госпитализировались повторно. Тяжелая анемия встречалась в 70–80 % случаев. У детей преобладали жалобы на слабость, синяки на коже (экхимозы разной степени давности), частые ОРВИ. У 90 % детей отмечались наряду с тяжелой и среднетяжелой анемией тяжелая тромбоцитопения, что требовало проведения заместительной гемотранфузионной терапии (трижды отмытые эритроциты, концентрат тромбоцитов). Наследственная форма апластической анемии – анемия Фанкони – сопровождалась задержкой роста, дефектами формирования скелета: полидактилия, аплазия правой почки, черепно-лицевой диморфизм. Генетиком установлен аутосомно-рецессивный тип наследования. Для уточнения диагноза и оценки функции костного мозга выполнялись костно-мозговая пункция и трепанобиопсия подвздошной кости. В миелограмме было выявлено аплазия костного мозга, замещение костно-мозгового кроветворения жировой тканью, скудное количество клеток красного и гранулоцитарного ростков, резкое снижение количества мегакариоцитов, усиление ретикулинового фиброза.

Все дети были обследованы на вирусы простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра, маркеры вирусных гепатита, COVID-19. Были проведены инструментальные исследования: УЗИ внутренних органов и лимфоузлов, УЗИ сердца (при анемии Фанкони был диагностирован врожденный порок сердца). Пациенты осмотрены врачами-специалистами: ЛОР, эндокринолог, генетик. У большинства детей было повышено СОЭ за счет сопутствующей ОРИ, часто были диагностированы синуситы.

Выводы

Полученные нами результаты позволили сделать следующие выводы. Преимущественными жалобами при анемии были общая слабость, головокружение, обмороки, бледность кожных покровов. При гемолитических анемиях пациенты отмечали жалобы на желтушность кожи и слизистых, а при апластических анемиях наряду с бледностью в 90 % случаев отмечался геморрагический синдром (экхимозы, петехии, геморрагии на слизистых оболочках, носовые кровотечения). В общем анализе крови у всех пациентов был снижен уровень гемоглобина, а при гемолитической и апластической анемии – содержание эритроцитов. Число ретикулоцитов было повышено при гемолитической анемии, а при апластической – снижено. В биохимическом анализе крови при железодефицитной анемии отмечалось снижение уровней сывороточного железа и ферритина. При апластической анемии отмечалась аплазия костного мозга.

Большинство детей после стационарного лечения были выписаны с улучшением и продолжают наблюдаться гематологом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анемии у детей : руководство для врачей / В. И. Калиничева [и др.]; Под ред. В. И. Калиничевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ленинград : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1983. – 359 с.
2. Фиясь, А. Т. Основы клинической гематологии: учеб. пособие / А. Т. Фиясь, И. Р. Ерш. – Минск : Выш. шк., 2013. – 271 с.
3. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск : Выш. шк., 2013. – 446 с.
4. Кравченко, Д. В. Гематология : учебник / Д. В. Кравченко, И. А. Исков, И. О. Стома. – М. : ООО Издательство «КноРус», 2022. – 396 с.
5. Анемии детского возраста [Текст] / Акад. мед. наук СССР. – Москва : Медицина, 1969. – 300 с.
6. Бисярина В.П., Казакова Л.М. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста.– М.; 1979. – 175 с.
7. Исследование системы крови в клинической практике / Г. И. Козинец [и др.]; под ред. Г. И. Козинца, В. А. Макарова. – М.: Триада-Х, 1997. – 480 с.

УДК 616.98-036-07-08:578.834.11

Л. С. Китель¹, Т. С. Петренко², Н. В. Гусакова²

Научный руководитель: старший преподаватель Ж. В. Зубкова

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОФАЗНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Введение

COVID-19 (от англ. Coronavirus disease 2019) (Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) от 12.02.2020) – опасное, эпидемическое инфекционное заболевание, вызванное инфицированием клеток организма одноцепочечным РНКсодержащим вирусом SARS-CoV-2 (severe acrespiratory syndrome coronavirus 2) [1; 2], обладающее высокой степенью контагиозности, вероятностью развития нарушений функции систем органов (острой дыхательной недостаточности, системного васкулита, острого респираторного дистресс-синдрома, полиорганных поражений и других тяжелых осложнений). В январе 2020 г. ВОЗ объявила вспышку коронавирусной инфекции, проявившуюся в Китае чрезвычайной ситуацией, имеющую международное значение – пандемией [3, 4].

Врачи-клиницисты, обследуя пациента с симптомами респираторной инфекцией, должны определить, является инфекция самоограничивающейся (большинство респираторных вирусных инфекций) или же потенциально опасной, требующей назначения антибактериальной терапии. Для врачей первичного звена по ведению пациентов с внебольничной пневмонией ранее предлагали определять уровень СРБ при симптомах инфекции нижних дыхательных путей, если после клинического исследования диагноз пневмонии не был установлен и было неясно, назначать пациенту антибиотик или нет. Не следовало назначать антибиотик, если уровень СРБ был менее 20 мг/л, при уровне СРБ 20–100 мг/л рекомендовалось отсроченное назначение антибиотика, и при уровне СРБ выше 100 мг/л назначался антибиотик. Во время пандемии COVID-19 это руководство было отозвано и в настоящее время пересматривается [5, 6].

Повышение уровня СРБ коррелирует с объемом поражения легочной ткани и является основанием для начала противовоспалительной терапии. Определение концентрации острофазных белков (СРБ, ферритин и т.д.) играет роль в диагностике и ведении пациентов с COVID-19 и позволяет оценивать тяжесть течения, распространенность воспалительной инфильтрации и прогноз исхода пневмонии при COVID-19. Кроме того, уровень СРБ был включен в перечень критериев, определяющих показания для назначения патогенетической терапии COVID-19 [5, 6].

При попадании патологического агента в организм (бактериального, вирусного, грибкового и т. д.) он отвечает развитием иммунного ответа. Качество ответа зависит как от характеристик самого патологического агента, так и от состояния макроорганизма. Основными лабораторными показателями развития иммунного ответа в макроорганизме являются: изменения числа лейкоцитов/лимфоцитов, скорости оседания эритроцитов, концентрации белков острой фазы, в частности СРБ, ферритина.

Цель

Оценить параметры острофазного ответа у пациентов с инфекцией COVID-19.

Материал и методы исследования

Было обследовано 234 пациента (120 женщин и 114 мужчин) с коронавирусной инфекцией COVID-19 (Вирус идентифицирован, U07.1) и коронавирусной инфекцией COVID-19 (Вирус не идентифицирован, U07.2), проходивших стационарное лечение на базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с ноября 2021 по май 2022 года. Возраст обследованных составил от 18 до 84 лет. Всем пациентам было проведено лабораторное обследование, включающее в себя общий анализ крови, определение уровня СРБ, ферритина в сыворотке крови. Данные представлены в виде среднего значения и 5–95 квартильного размаха.

Результаты исследования и их обсуждение

Так, в обследованной группе пациентов с инфекцией COVID-19, были выявлены изменения в общем анализе крови и в содержании СРБ и ферритина (данные представлены в таблице).

Таблица 1 – Параметры острофазного ответа у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19

Лабораторный показатель	Количество
Общий анализ крови:	
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	18,4 (16,8; 22,3)
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,1 (3,9; 5,2)
Гемоглобин, г/л	133,2 (118,0; 136,0)
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	225,3 (174,0; 280,0)

Окончание таблицы 1

Лабораторный показатель	Количество
Палочкоядерные нейтрофилы, %	12,0 (4,0; 18,0)
Сегментоядерные нейтрофилы, %	32,0 (28,0; 37,0)
Эозинофильный нейтрофил, %	2,0 (0,5; 4,0)
Базофильный нейтрофил, %	0,2 (0,1; 0,4)
Моноциты, %	6,0 (5,0; 10,0)
Лимфоциты, %	52,0 (49,0; 71,0)
СОЭ, мм/ч	29 (12; 42)
Белки острой фазы воспаления:	
С-реактивный белок (СРБ), мг/л	76,5 (40,1; 109,4)
Ферритин, мкг/л	380,0 (198,0; 463,0)

Как видно из таблицы, у пациентов с инфекцией COVID-19 наблюдались изменения, характерные для острой фазы инфекционного процесса: лейкоцитоз за счет увеличения лимфоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренная скорость оседания эритроцитов, а также повышенный уровень белков острой фазы (СРБ, ферритин). Так, количество лейкоцитов периферической крови обследованных превышало в 2 раза уровень здоровых лиц. При этом количество лимфоцитов у пациентов с коронавирусной инфекцией в 1,5 раза превышало верхнюю границу нормы, что является признаком инфекции вирусной этиологии. В мазках периферической крови наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением в 2,3 раза количества палочкоядерных нейтрофилов в сравнении с популяционной нормой. Скорость оседания эритроцитов в обследованной группе пациентов была выше, чем у здоровых лиц в популяции.

Уровень СРБ и ферритина у пациентов с коронавирусной инфекцией в 12 и 2 раза соответственно превышал верхнюю границу нормы.

Выводы

У обследованных нами пациентов с инфекцией COVID-19, были выявлены изменения лабораторных показателей (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ, повышенный уровень СРБ и ферритина), которые подтверждают развитие острого ответа на проникновение инфекционного агента в организм человека.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic (2020). URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>.
2. World Health Organization. COVID-19. Situation Report (12 February 2020). URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200212-sitrep-23-ncov.pdf?sfvrsn=41e9fb78_4.
3. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report (21 January 2020). URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-cov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4.
4. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update (12 January 2021). URL: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update--12-january-2021>.
5. Андреева, Е. А. С-реактивный белок в оценке пациентов с респираторными симптомами до и в период пандемии COVID-19 / Е. А. Андреева // РМЖ. – 2021. – № 6. – С. 14–17.
6. COVID-19. Этиология, патогенез, диагностика и лечение / В. П. Баклаушев [и др.] // Клиническая практика. – 2020. – № 11(1). – С. 7–20. – doi:10.17816/clinpract26339.

В. Н. Кохан¹, А. В. Борисова²

Научный руководитель: старший преподаватель К. С. Макеева

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Государственное учреждение здравоохранения*

«Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АМЕНОРЕЕЙ

Введение

Частота нарушений становления функции репродуктивной системы детей и подростков значительно возросла в последние десятилетия. Особенно распространены нарушения менструального цикла. Подростковый возраст является периодом активации гормональных процессов, который завершается половой зрелостью и способностью воспроизводить потомство. В первые годы менструации у девочек нередко наблюдается нерегулярный менструальный цикл. Согласно общепринятым рекомендациям, если менструация не начинается в возрасте 15–16 лет, это повод обратиться за медицинской помощью. Полное отсутствие или прекращение менструаций, определяют, как аменорея. Это состояние требует тщательной оценки и лечения. Выделяют степени тяжести аменореи: 1 степень – когда аменорея длится не более 12 месяцев. 2 степень – длительность аменореи составляет 12–36 месяцев [1]. Нарушения менструального цикла у подростков в первые годы после менархе часто объясняются незрелостью гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, нормализация происходит по мере повышения стабильности секреции гормонов. На менструальный цикл также влияет уровень глюкокортикоидов. Избыточный уровень кортизола подавляет деятельность репродуктивной системы и может стать причиной половой дисфункции, вплоть до бесплодия [2].

Аменорея не угрожает жизни девушек, однако может стать причиной бесплодия и патологических необратимых изменений в органах малого таза, олиго- и аменорея может быть ранним признаком поликистозных яичников. Список причин аменореи достаточно длинный и включает многофакторные нарушения, анатомические или функциональные аномалии половых органов, потерю веса, физические и умственные нагрузки, а также гормональные нарушения [3]. Однако информации о причинах нарушений менструального цикла у подростков недостаточно, лишь немногие исследования посвящены изучению эндокринных механизмов, лежащих в основе менструальных нарушений у молодых девушек [4].

Цель

Изучить уровень половых гормонов у девочек старше 15 лет с аменореей, проживающих в городе Гомель.

Материал и методы исследования

Было обследовано 28 девочек-подростков 15–18 лет, которые наблюдались у детского гинеколога ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника» с июня 2022 года по февраль 2023 года. Основной жалобой пациенток было нарушение менструального цикла по типу аменореи. В зависимости от степени аменореи мы разделили обследованных пациенток на две группы. В первую группу вошли 12 девочек с аменореей 1 степени (43 %). Во вторую вошли 16 девочек с аменореей 2 степени (57 %).

Анализ проводили в сыворотке венозной крови, определяли иммунохимическим методом с электрохемилюминесцентной детекцией гормоны: эстрадиол, прогестерон, тестостерон, свободный тестостерон, пролактин, кортизол, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и 17-ОН-прогестерон. При оценке показателей, пользовались референтными значениями производителя набора реагентов – эстрадиол 20–226 пг/мл; прогестерон 0,2–1,4 нг/мл; пролактин 102–496 мкМЕ/л; тестостерон 0–1,588 нг/мл, свободный тестостерон 0–4,899 пг/мл. Кортизола составляют 57,2–194,2 нг/мл, ЛГ– 1,1–15 пг/мл, ФСГ– 2,6–11,6 МЕ/мл, ДГЭА – 29,8–374 мкг/дл и 17-ОН-прогестерон составляет 0,1–3,1 нг/мл.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась при помощи пакета программ Microsoft Excel. Был проведен частотный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка уровня гормонов у девочек с аменореей 15–18 лет показала изменения в секреции половых гормонов у 17 человек (60,7 % от общего количества обследованных с данной патологией), у 11 пациенток концентрация половых гормонов находилась в пределах возрастной нормы.

Среди пациенток с аменореей первой степени нарушения в секреции гормонов обнаружено у 50 % (6 девочек из 12). Наиболее частое у девочек 1 группы регистрировалось увеличение концентрации пролактина (67 %, 4 пациентки). Снижение уровня гормонов в нашем исследовании было выявлено только у 1 пациентки – снижение уровня ЛГ и ФСГ.

У девочек с аменореей 2 степени увеличение концентрации гормонов наблюдалось у 67 % (11 девочек из 16). Часто встречалось увеличение уровня ЛГ и прогестерона (36 %, 4 девочки), а также концентрации кортизола (36 %, 4 пациентки).

Гормональный дисбаланс, увеличение концентрации гормонов кортизола, ЛГ, прогестерона и пролактина выявлено у 2 пациенток с аменореей 1 и 2 степени.

У обследованных нами пациенток избыток андрогенов выявлен у 5, среди девочек с аменореей 2 степени у 2 выявлено увеличение свободного тестостерона, у 2 девочек увеличение ДГЭА; среди девочек с аменореей 1 степени – только у одной увеличение концентрации ДГЭА.

Выводы

Результаты проведенного исследования показывают, что при аменорее у девочек-подростков наблюдаются различные паттерны нарушения гормональной секреции. Изменения в секреции гормонов у пациенток с аменореей выявлено у 60,7 % обследованных (17 человек). Среди девочек с аменореей первой степени часто регистрировалось увеличение концентрации пролактина (50 %). У девочек с аменореей второй степени чаще регистрировались повышенные уровни ЛГ (36 % обследованных девочек 2 группы), прогестерона (36 %) и кортизола (36 %). Избыток андрогенов выявлен у 5 девочек (17,8 % всех обследованных пациенток).

Нарушение менструального цикла в первые годы после менархе может быть симптомом патологии, требующей своевременной диагностики, обучение девочек осведомленности о своем менструальном цикле важно для раннего выявления нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка гормонального статуса при аменорее, нарушении менструального цикла и гирсутизме у девочек пубертатного периода / Л. М. Исаева [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2022. – № 7. – С. 22–26.
2. Klein, D. A. Amenorrhea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management / D. A. Klein, S. L. Paradise, R. M. Reeder // American Family Physician. – 2019. – Т. 100. – № 1.
3. Ткаченко, Г. И. Особенности гормонально-метаболических показателей у девочек-подростков с вторичной аменореей / Г. И. Ткаченко, Т. А. Начетова. – 2015. – № 9–2. – С. 249–252.
4. Lania A, Gianotti L, Gagliardi I et al. Functional hypothalamic and drug-induced amenorrhea: an overview // J Endocrinol Invest. – 2019. – № 42. – P. 1001–10. – DOI: 10.1007/s40618-019-01013-w

А. М. Линкевич

Научный руководитель: старший преподаватель Ж. В. Зубкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕЙТРОФИЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ

Введение

Рожа занимает важное место в структуре инфекционной патологии. Большинство случаев рожи обусловлено стрептококковой моноинфекцией. Основными факторами, провоцирующими возникновение заболевания, являются нарушения целостности кожи, грибковые инфекции, стресс, а также переохлаждение или перегрев организма. Патогенез рожи характеризуется угнетением местного иммунитета (в том числе клеточного и гуморального), повышенной чувствительностью организма к антигенам бета-гемолитического стрептококка серогруппы А (по Ленсфильду), развитию хронического течения заболевания (вследствие сохранения L-форм стрептококка в дерме), в виде очагов эндогенной инфекции, а также избыточной выработкой Т-лимфоцитами и мононуклеарами цитокинов, обладающих биоповреждающим действием. Заболевание отличается увеличением случаев с первичной и тяжелыми геморрагическими формами (более 60 %), подверженностью к развитию рецидивирующего течения (30–40 %), медленным восстановлением в очаге воспаления, сложностью проведения дифференциальной диагностики [1].

Нейтрофильные гранулоциты (НГ) являются важнейшим компонентом в развитии и поддержании воспаления при инфекционных заболеваниях. Как известно, они реализуют свой потенциал через основные стратегии уничтожения и удаления любых чужеродных веществ, а именно фагоцитоз, дегрануляцию и продукцию активных форм кислорода (АФК) [2]. Активация этих процессов происходит в разные временные интервалы и оказывает различное воздействие на окружающие ткани. Так, поглощение инородного тела при фагоцитозе может вызвать минимальное повреждение клеток, в тоже время дегрануляция и образование АФК могут привести к их массивной деструкции. Данные о том, что НГ является важным компонентом в возникновении, течении и прогрессировании различных заболеваний, обусловили интерес к оценке характера изменений параметров функциональной активности НГ при различной инфекционной патологии.

Цель

Оценить параметры функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов при роже.

Материал и методы исследования

В исследование включены 43 пациента с рожей и рожистым воспалением в возрасте от 18 до 92 лет.

В качестве материала для исследования использовали взвесь лейкоцитов (5×10^6 клеток/мл), полученную из периферической гепаринизированной крови (10 ЕД /мл).

Продукцию нейтрофилами АФК определяли в реакции восстановления нитросинего тетразолия в спонтанном и стимулированном *S. aureus* вариантах (НСТСП и НСТСТ соответственно) с микроскопической оценкой результатов реакции.

Фагоцитарную активность оценивали по способности нейтрофилов поглощать инaktivированные нагреванием бактерии *S. aureus* (10^8 КОЕ/ мл, контроль по стандарту мут-

ности шкалы McFarland). Результат оценивали микроскопически в мазках, окрашенных по Романовскому – Гимзе. Определяли фагоцитарный индекс (ФИ) – доля нейтрофилов, поглотивших *S. aureus*; фагоцитарное число (ФЧ) – среднее количество микробных частиц в одном нейтрофиле.

Образование NET оценивали по методу И. И. Долгушина и соавт. (2010) в модификации [3] при краткосрочном (30 мин) и длительном (150 мин) культивировании лейкоцитов в среде без стимулятора (спонтанный тест – NET_{СП30} и NET_{СП150} соответственно) и с *S. aureus* в качестве индуктора (стимулированный тест – NET_{СТ30} и NET_{СТ150}). Производили подсчет четко визуализируемых NET_s, подсчитывая не менее 200 нейтрофилов. Результат выражали в процентах.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимые по полу и возрасту. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета прикладных программ Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., США). Результат выражали в виде медианы и интерквартильного интервала (Me (25 %; 75 %)). Для оценки двух независимых групп по одному признаку применяли U-критерий Манна – Уитни.

Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Данные по параметрам функциональной активности оцениваемых нейтрофилов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Параметры функционального статуса нейтрофильных гранулоцитов периферической крови пациентов с рожей

Параметр, единицы измерения	Доноры (n = 43)	Пациенты с рожей (n = 43)	Уровень статистической значимости (p)
NET _{СП30} , %	2,0 (2,0; 3,0)	4,0 (3,0; 7,0)*	0,0001
NET _{СТ30} , %	5,0 (4,0; 6,0)	7,0 (5,0; 10,0)*	0,0002
NET _{СП150} , %	6,0 (5,0; 7,0)	7,0 (5,0; 10,0)*	0,01
NET _{СТ150} , %	9,0 (7,0; 10,0)	12,0 (9,0; 14,0)*	0,00002
НСТ _{СП} , %	8,0 (6,0; 11,0)	10,0 (5,0; 13,0)	> 0,05
НСТ _{СТ} , %	49,0 (43,0; 55,0)	49,0 (45,0; 55,0)	> 0,005
ФИ, %	69,0 (65,0; 72,0)	64,0 (62,0; 69,0)*	0,001
ФЧ, ед.	7,0 (6,0; 8,0)	6,0 (5,0; 7,0)*	0,00003

Примечание: данные представлены в виде Me (25 %; 75 %); * – различия значимы в сравнении с группой доноров ($p < 0,050$; U-критерий Манна – Уитни)

Как видно из таблицы 1, у пациентов с рожей наблюдались изменения NET-продуцирующей способности нейтрофилов. Отмечалось увеличение уровня NETs по NADPH-независимому пути в спонтанном и стимулированном варианте ($p = 0,0001$ и $p = 0,0002$ соответственно). Также наблюдалась активация NADPH-зависимого пути формирования нейтрофильных сетей (NETСП: $p = 0,01$; NETСТ: $p = 0,00002$).

В настоящее время известны два основных механизма экстрезии внеклеточных ловушек нейтрофилами: «витальный» и «суицидальный». Первый занимает от 5 до 60 минут, реализуется через упаковку фрагментов ДНК в везикулы, с последующей их транспортировкой через цитоплазму и выбросом хроматина в межклеточное пространство. Реализация второго механизма экстрезии NETS занимает от 2-х до 4-х часов и сводится к активации NADPH-оксидазы, деконденсации хроматина, растворении цитоплазматических гранул с последующим распадом ядерной оболочки и специфическим лизисом нейтрофилов [4].

При изучении параметров фагоцитоза нейтрофилов у пациентов с рожей установлено снижение уровня их фагоцитарной активности в сравнении со здоровыми лицами

(ФИ: $p = 0,001$; ФЧ: $p = 0,00003$). Следует отметить, что способность нейтрофильных гранулоцитов к продукции АФК значимо не изменялась.

Таким образом, у обследуемых с рожей и рожистым воспалением наблюдаются изменения в функциональной активности нейтрофилов, которые носят разнонаправленный характер.

Выводы

1. У пациентов рожей способность нейтрофильных экстрацеллюлярных сетей кислород-зависимым и кислород-независимыми путями превышает аналогичные показатели здоровых лиц ($p < 0,005$).

2. Фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов у пациентов с рожей и рожистым воспалением снижена в сравнении с контрольной группой (ФИ: $p = 0,001$; ФЧ: $p = 0,00003$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности клиники и дифференциальной диагностики рожи. Обзор / В. А. Кадышев [и др.] // Архивь вунтрянней медуцины. – 2017. – № 7. – С. 327–339.
2. Хаитов, Р. М. Иммунология: структура и функции иммунной системы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 328 с.
3. Инструкция по применению метода диагностики нарушений фагоцитарного звена иммунитета по оценке потенциальной бактерицидной активности нейтрофилов: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 18. 06. 2015. – Гомель: ГГМУ, 2015 – 9 с.
4. Yipp, B. G. NETosis: how vital is it? / B. G. Yipp, P. Kubes // Blood. – 2013. – Vol. 12, № 16. – P. 2784–2794.

УДК [616.98:579.852.13]:616.34-008.314.4-07

А. С. Мартинчик

Научные руководители: к.б.н., доцент Н. И. Шевченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ТЕСТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ CLOSTRIDIODES DIFFICILE

Введение

Известно, что *Clostridioides difficile* – это один из возбудителей внутрибольничной диареи у пациентов, получавших антимикробную терапию. Сама распространенность инфицирования *C. difficile* становится все более актуальной для экономически развитых стран, где больницы широко используют антибиотики широкого спектра действия при лечении пациентов [1, 2]. По литературным данным, в США ежегодно возникает свыше 250 000 случаев *C. difficile*-ассоциированной диареи, экономический ущерб от которых ежегодно составляет около 1 млрд долл. США [3, 4]. Антибиотико-ассоциированная диарея, вызванная *C. difficile*, характеризуется быстрым развитием клинической симптоматики, тяжестью клинического течения, угрожающими жизни пациента осложнениями. В совокупности это не только затрудняет ее лечение, но и ведет к огромным затратам организаций здравоохранения, связанных с диагностикой и профилактикой данной патологии [3, 4, 5]. Отдельно стоит отметить еще и сложности в диагностике, так как не все лаборатории способны в полном объеме провести необходимые диагностические мероприятия. Все это вынуждает врачей искать новые методы диагностики клостридиальной инфекции, а также методы лечения, что обуславливает актуальность проблемы.

C. difficile – грамположительный облигатный анаэроб семейства *Peptostreptococcaceae*, который является представителем нормальной микрофлоры кишечника у детей до

15 лет и у пожилых людей в возрасте старше 65 лет [6, 7]. Микроорганизм имеет свою специфику метаболизма, что обуславливает полирезистентность к основным группам antimicrobных препаратов. Кроме того, в процессе жизнедеятельности штаммы микроорганизмов продуцируют токсины А и В (А/В), бинарный токсин (*Clostridioides difficile transferase*), которые являются родоспецифическими и обладают выраженным цитопатическим действием. Токсины секретируются при активном размножении возбудителя. Все вырабатываемые *C. difficile* токсины обладают синергичным действием, разрушают плотные межклеточные контакты и *lamina propria* слизистой оболочки, способствуют дезорганизации цитоскелета клетки, выработке провоспалительных медиаторов колоноцитами, макрофагами, дендритными и тучными клетками с последующей инфильтрацией слизистой оболочки нейтрофилами и их проникновением в просвет толстой кишки. Кроме того, *C. difficile* выделяет особые факторы, одним из которых является глутаматдегидрогеназа (ГДГ) – родоспецифический фермент, который катализирует превращение глуманина в α -кетоглутарат. Он имеется у многих эукариот и прокариот, включая ряд видов рода *Clostridium*, в том числе *C. difficile*. ГДГ кодируется геном *Glud* и присутствует у всех штаммов *C. difficile* вне зависимости от выработки токсинов. ГДГ начинает выделяться микроорганизмом в процессе размножения, а во всех случаях образование вегетативных форм происходит при нарушении микробиоты кишечника, характеризующимся снижением количества представителей типа Firmicutes и Bacteroides и снижением колонизационной резистентности против *C. difficile*. Фермент глутаматдегидрогеназа обладает высокой чувствительностью для диагностики клостридиальной инфекции и имеет прогностическую ценность. Вместе с токсинами А и В является наиболее значимыми маркерами клостридиальной инфекции [8, 9].

Для диагностики клостридиальной инфекции разработаны и используются различные методы: культуральный метод, анализ нейтрализации цитотоксичности культуры клеток, ИФА/ИХА для определения токсинов А и В, определение антигена глутаматдегидрогеназы (ГДГ), тесты амплификации нуклеиновых кислот NAAT (ПЦР), каждый из которых обладает рядом преимуществ и недостатков [4, 6]. Актуальна диагностика с использованием иммунохроматографического теста для определения токсинов А/В непосредственно «у постели больного» (point of care)

Выделение чистой культуры *C. difficile* – хоть и признано золотым стандартом диагностики, занимает не менее 48 часов и требует больших материальных затрат, связанных с созданием строгих анаэробных условий для культивирования. Кроме того, дополнительно после получения роста микроорганизмов необходимо определить продукцию ими токсинов, что значительно снижает эффективность культурального метода. Молекулярно-генетический метод также имеет ряд недостатков – метод не позволяет установить токсин-продуцирующие штаммы микроорганизмов, определяет ДНК не только жизнеспособных, но и погибших бактерий [11].

На сегодняшний день наибольшее практическое использование имеют тесты, выполняемые в автоматическом режиме с использованием различных анализаторов по определению токсинов А/В, а также антигена ГДГ, причем, последний недостаточно активно используется в качестве диагностического теста.

Цель

Установить частоту встречаемости антигена глутаматдегидрогеназы и токсина А/В *C. difficile* у пациентов с синдромом диареи, получающих антибактериальную терапию.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты исследований клинического материала (фекалии) от 80 пациентов с синдромом диареи, получавших антибактериальную терапию. Средний

возраст пациентов составил 47 лет \pm 11, среди них женщин – 37, мужчин – 44. Определение антигена глутаматдегидрогеназы и токсинов А и В одновременно выполняли в группе бактериологических исследований лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» с использованием иммунофлюоресцентного анализатора «Vidas». Оценка результатов исследований выполнялась качественно по величине флюоресценции, которая прямо пропорциональна определяемому показателю: токсины А / В *C. difficile* в стуле – отрицательный $< 0,13$, сомнительный $\geq 0,13 - < 0,37$, положительный $\geq 0,37$; антиген глутаматдегидрогеназа – отрицательный $< 0,10$, положительный $\geq 0,10$.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены полученные результаты исследования.

Таблица 1 – Результаты тестирования комбинации тестов для идентификации антигена глутаматдегидрогеназы *C. difficile* и его токсинов

Всего образцов	Определяемые параметры		
	ГДГ+ А/В-	ГДГ+ А/В+	ГДГ- А/В-
80	13	18	49

Как видно из таблицы, из 80 исследованных образцов 49 оказались отрицательными (61,3 %), что указывает на неклостридиальную этиологию диареи у таких пациентов. Положительные результаты тестов распределились следующим образом: в клиническом материале 18 пациентов обнаружены и токсины, и антиген глутаматдегидрогеназа (22,5 %). Активное размножение *C. difficile* с детекцией ГДГ без продукции токсинов А/В отмечено для 13 пациентов (16,3 %).

Токсины А/В отдельно, без ГДГ не определялись, так как, согласно данным исследований, цитотоксическое воздействие токсина проявляется себя в течение 24 часов с момента поступления токсина в клетку. Это обусловлено сложностью механизма действия токсинов. Соответственно, активация механизма апоптоза в клетке происходит постепенно, после запуска токсином ряда реакций, сопряженных с активацией каспаз. Поэтому, появление токсина в исследуемом материале наблюдается уже после фазы активного размножения микроорганизма [12, 13]. Результаты, где обнаруживаются только токсины А/В, признаются сомнительными, а биологический материал от пациентов забирается повторно, на новое исследование. Точно такой же порядок действий рекомендуют производители оборудования, на котором и проводились исследования

Колонизация *Clostridioides difficile* характеризуется идентификацией патогена (положительные результаты GDH) при отсутствии симптомов инфекции и отсутствии выделения токсинов (отрицательных результатах ИФА на токсины А и В). Исходя из этого, фермент ГДГ определяется доступными методами раньше, когда результаты исследований на токсины еще дают сомнительные результаты.

Выводы

Дискордантные результаты анализов на наличие *Clostridioides difficile* и её токсинов у пациента с диарейным синдромом требуют тщательной клинической оценки и принятия решения об эмпирической антиклостридиальной терапии в случае высокой вероятности клостридиальной инфекции даже при отрицательных результатах ИФА на токсины А и В, а также исключения других причин диарейного синдрома. Поэтому, последние алгоритмы диагностики клостридиальной инфекции, включающие определение антигена глутаматдегидрогеназы, позволяют повысить прогностическую ценность положительного результата для диагностики синдрома диареи, связанного с приемом антимикробных препаратов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections / S. S. Magill [et al.] // N Engl J Med. – 2014. – Vol. 370. – P. 1198–208.
2. Rupnik M., Wilcox M. H., Gerding D. N. Clostridium difficile infection: new developments in epidemiology and pathogenesis // Nat Rev. – 2009. – № 7. – P. 526–36.
3. Kyne L., Hamel M.B., Polavaram R., Kelly C.P. health care costs and mortality associated with nosocomial diarrhea due to clostridium difficile. clin. Infect. dis. – 2002. – № 34. – P. 346–53.
4. Wilkins, T. D. Clostridium difficile testing: after 20 years, still challenging / T. D. Wilkins, D. M. Lysterly // J. clin. Microbiol. – 2003. – № 41. – P. 531–4.
5. Desai, K., Gupta, S.B., Dubberke, E.R., Prabhu, V.S., Browne, C., Mast, T.C. Epidemiological and economic burden of Clostridium difficile in the United States: estimates from a modeling approach. BMC Infect. Dis. – 2016. – № 16. – P. 303.
6. Rivera EV, Woods S. Prevalence of asymptomatic Clostridium difficile colonization in a nursing home population: a cross-sectional study // J Gend Specif Med. – 2003. – № 6(2). – P. 27–30.
7. Zakharova NV, Fil TS. Microbiological and clinical features of the infection of Clostridium difficile [Микробиологические и клинические особенности инфекции Clostridium difficile] // Инфекционные болезни. – 2015. – № 13 (3). – P. 81–86.
8. Benedek, O. Laboratory experience with the liaison analyzer in the diagnosis of Clostridium difficile – associated diarrhea / O. Benedek, A. Podbielski, P. Warnke // European Journal of Microbiology and Immunology. – 2016. – № 6. – P. 215–218.
9. Gerding DN, Johnson S, Rupnik M, Aktories K. (2014). Clostridium difficile binary toxin CDT: Mechanism, epidemiology, and potential clinical importance. Gut Microbes, 5, 1-13.
10. Cohen s.h., gerding d.n., Johnson s., Kelly c.p., loo v.g., mcdonald l.c. et al. clinical practice guidelines for clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of america (shea) and the infectious diseases society of america (idsa).
11. Bartlett J.G., Gerding D.N. Clinical recognition and diagnosis of clostridium difficile infection. clin. Infect. dis. – 2008; 46 (Suppl. 1). – S12-8.
12. Giesemann T., Egerer M., Jank T., Aktories K. Processing of clostridium difficile toxins // J. Med. Microbiol. – 2008. – № 57. – P. 690–6.
13. Jank T., Giesemann T., Aktories K. Rho-glucosylating clostridium difficile toxins a and b: new insights into structure and function. glycobiology. – 2007. – № 17 (4). – P. 15S–22.

УДК 577.175.328:612.6-092-053.2

Т. А. Плотникова¹, В. В. Сыругина²

Научный руководитель: старший преподаватель К. С. Макеева

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Введение

В настоящее время репродуктивное здоровье молодых людей вызывает серьезную озабоченность у медицинского сообщества. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 60 % подростков страдают от проблем с репродуктивной системой [1]. В подростковом возрасте дети особенно восприимчивы к воздействию целого ряда негативных факторов медико-социального, психологического и экологического характера. В результате отсутствия должного внимания к здоровью в подростковом возрасте каждая третья женщина имеет проблемы в активном репродуктивном периоде жизни. В последние годы интерес привлекают заболевания и синдромы, связанные с нарушением секреции пролактина [1]. Избыточная секреция пролактина, которому ранее отводилась лишь скромная роль в регуляции лактации, довольно часто служит причиной нарушений менструальной и генеративной функций. Частота гиперпролактинемии в популяции со-

ставляет 0,1–5,4 % [2], а при аменорее или гипоменструальном синдроме определяется у 15–25 % девушек. Секреция гормона зависит от возрастных особенностей. В первый месяц жизни ребенка уровень пролактина наиболее высок, он может достигать 2000 мЕд/мл, затем постепенно снижается, в дошкольном возрасте уровень пролактина достигает 275 мЕд/мл. Усиление секреции наблюдается в пубертатный период у девушек-подростков под действием эстрогенов. Гормональное расстройство проявляется нарушениями менструального цикла, задержкой полового созревания, метаболическими расстройствами с набором веса, галактореей и гирсутизмом, нейропсихическими реакциями [3]. Гиперпролактинемия может иметь и бессимптомное течение [4]. В то время как существует большое количество исследований, посвященных гиперпролактинемии у женщин, сравнительно мало информации об избыточном уровне пролактина у детей и подростков. Отчасти это объясняется нечеткостью и отсутствием специфических симптомов, связанных с этим состоянием в данной возрастной группе, что часто приводит к запоздалой диагностике.

Цель

Оценить уровень пролактина у девочек в разных возрастных группах с патологией репродуктивной системы, проживающих в городе Гомель.

Материал и методы исследования

С июня 2022 по февраль 2023 года было обследовано 124 девочки в возрасте от 1 года до 18 лет, которые наблюдались у детского гинеколога ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника» с заболеваниями репродуктивной системы (преждевременное половое развитие, дисфункция яичников, аменорея, ювенильное маточное кровотечение, диффузно-кистозная мастопатия, гирсутизм и ожирение). В сыворотке, полученной путем центрифугирования (1500 об, 10 мин) венозной крови локтевой вены, определяли концентрацию пролактина иммунохемилюминесцентным методом. Для оценки полученных результатов мы пользовались референтными значениями уровня пролактина в соответствующем возрасте: 1–4 года 21,2–362,5 мкМЕ/мл, 4–7 лет 33,9–277,7 мкМЕ/мл, 7–10 лет 6,4–273,5 мкМЕ/мл, 10–13 лет 40,3–203,5 мкМЕ/мл, 13–16 лет 63,6–305,3 мкМЕ/мл.

В зависимости от возраста пациенты были разделены на 3 группы: девочки до 11 лет (24 человека, 19,4 %), с 12–16 лет (51 человек, 41,1 %) и старше 16 лет (49 человек, 39,5 %). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась при помощи пакета программ Microsoft Excel. Был проведен частотный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

В общей группе обследованных девочек от года до 18 лет с различной патологией репродуктивной системы нами был выявлен повышенный уровень пролактина у 37 пациенток (29,8 %). Это были девочки с аменореей (10 человек, 27 %), дисфункцией яичников (7 человек, 18,9 %), диффузно-кистозной мастопатией (4 человека, 10,8 %), преждевременным половым развитием (4 человека, 10,8 %), ювенильным маточным кровотечением (4 человека, 10,8 %) и другие заболевания репродуктивной системы (7 человек с разными диагнозами, 18,9 %).

В 1 возрастной группе до 11 лет гиперпролактинемия установлена у 4 человек (16,7 % девочек группы 1), это были девочки с преждевременным половым развитием – ранним становлением телархе.

У девочек-подростков 12–16 лет избыток пролактина выявлен у 17 пациенток (33,3 % девочек группы 2). Преобладающая патология в этой возрастной группе: аменорея (6 человек, 11,8 %), диффузно-кистозная мастопатия и ювенильное маточное кровотечение (по 3 человека, 5,9 %), дисфункция яичников (2 человека, 3,9 %).

Повышенный уровень пролактина у девушек старше 16 лет обнаружен у 16 человек (32,7 % группы 3), пациентки, наблюдались с заболеваниями: дисфункция яичников (5 человек, 10,2 %), аменорея (4 человека, 8,2 %) и другие заболевания репродуктивной системы по 1 человеку.

Значения пролактина более 1000 мкМЕ/мл были выявлены у 2 человек (1,6 % всех обследованных девочек). Это были девушки старше 16 лет с заболеваниями – дисфункция яичников и гирсутизм.

Выводы

Результаты проведенного исследования выявили гиперпролактинемия у достаточно большого количества девочек от года до 18 лет с патологией репродуктивной системы – 29,8 %. В возрасте до 11 лет это были девочки с преждевременным половым развитием (16,7 %), подростки с повышенным уровнем пролактина выявлены в 33,3 % случаев возрастной группы 2, у 32,7 % пациенток в группе старше 16 лет. Важно внимательно относиться к данному состоянию у подростков, избыток пролактина оказывает значительное влияние на репродуктивную функцию и нормальный процесс полового развития девочек.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов, В. В. Синдром гиперпролактинемии у детей и подростков: причины, диагностика, лечение / В. В. Смирнов, А. И. Морозкина, М. Д. Утев // Лечащий врач. – 2015. – Выпуск №01/15.
2. Структура и распространенность гинекологических заболеваний среди детей и подростков / Н. М. Магдиева [и др.] // Современные вопросы взаимодействия образования, науки и общества: материалы VIII научно-практической конференции. – Махачкала, 2022. – С. 140–145.
3. Адамян Л.В., Ярмолинская М.И., Сулова Е.В. Синдром гиперпролактинемии: от теории к практике // Проблемы репродукции. – 2020. – № 26(2). – С. 2733.
4. Гиперпролактинемия у девочек-подростков с синдромом гиперандрогении / А. В. Московкина [и др.] // Современные технологии в диагностики и лечении. Ростов-на-Дону, 2013. – С 34–39.

УДК 616.155.34:616.61-089.843-77

В. С. Ткачева

Научный руководитель: д.м.н., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА

Введение

Нейтрофилы являются одним из основных компонентов врожденного иммунитета, принимают участие в развитии и поддержании воспалительных и аутоиммунных реакций. Они обладают широким спектром функциональных свойств, таких как способность к миграции, фагоцитоз, выработка радикалов кислорода и азота, дегрануляция, нетоз. Эти свойства реализуются последовательно или одновременно в процессе реакций иммунной системы на экзогенные и эндогенные факторы. Наименее изученным свойством нейтрофилов является их способность к формированию внеклеточных сетей (neutrophil extracellular traps, NETs), которая изменяется при воспалительных реакциях различного генеза, метаболических, аутоиммунных нарушениях, иммунодефицитах. В настоящее время известны два основных способа экстружии NETs, «витальный» или ранний нетоз, который происходит в течение 5–60 мин и «суицидальный», поздний, нетоз осуществляющийся путем активации NADPH-оксидазы за промежуток 2–4 часа [1, 2]. Они могут изменяться разно- или однонаправленно в зависимости от конкретной клинической ситуации и в разной степени связаны с другими проявлениями реактивности нейтрофилов.

У реципиентов аллотрансплантата почки развиваются различные иммунные реакции, направленные на отторжение пересаженных тканей [3]. Значимость и роль врожденных факторов иммунитета в реакциях на пересаженную ткань изучены недостаточно.

Цель

Оценка функциональной активности нейтрофилов крови у реципиентов почечного аллотрансплантата в динамике послеоперационного периода.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 10 реципиентов (4 женщины и 6 мужчин; возраст $51,5 \pm 12,9$ лет) почечного аллотрансплантата, прооперированных в отделении трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (г. Гомель). Все пациенты имели стабильную функцию почечного трансплантата.

Оценивали способность нейтрофилов крови к экстружии сетей и продукции супероксид-аниона. Исследование нетоза проводили после инкубации лейкоконцентрата в течение 30 минут (ранний нетоз) и 150 минут (поздний нетоз) при 37 °С. Микроскопическому учету подлежали четко определяемые в окрашенных азур-эозином мазках нейтрофильные сети.

Супероксид-продуцирующую активность нейтрофилов крови оценивали в спонтанном (НСТсп) варианте теста с микроскопической оценкой результатов.

Поглотительную активность определяли в реакции фагоцитоза *S. aureus* (10^8 КОЕ/мл) с расчетом фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ).

Оценка функциональных свойств нейтрофилов проводилась накануне трансплантации, а также на 1-е, 10-е и 30-е сутки после операции.

В качестве контроля использованы показатели 30 практически здоровых лиц.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью программного обеспечения Statistica 10. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов, результаты выражали в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (25; 75 %). Для оценки несвязанных выборок использовали критерий Манна – Уитни, различия считали значимыми при $P_U \leq 0,05$. Связанные выборки оценивались с использованием непараметрического критерия Уилкоксона, различия считали значимыми при $P_W \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Значения показателей функциональной активности нейтрофилов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели функциональной активности нейтрофилов крови

Показатель, единицы измерения	Доноры (n = 30)	Пациенты (n = 10)			
		До операции	1-е сутки	10-е сутки	30-е сутки
NET ₃₀ , %	4,5 [2,5; 5,5]	6,5[5; 8]*	5 [4; 8]	8 [4; 9,5]*	6 [6; 8]*
NET ₁₅₀ , %	6,5 [4; 8]	9 [7; 12]*	5 [4; 7] [#]	8 [4; 9,8]*	6,5 [5; 10]
НСТсп, %	8 [5,5; 9]	12 [11; 14]*	14 [11; 16] ^{#**}	10 [7; 12]	12,5 [10; 14]*
ФИ	69 [64; 71]	70 [62; 75]	70 [57; 76]	70 [64; 78]	73 [62; 83]
ФЧ	7 [5; 8]	8 [6; 9]	6 [5; 9]	7 [5; 9]	7 [5; 8]

Примечание. Данные представлены в виде Me (25 %; 75 %); * – различия значимы относительно группы здоровых лиц ($P_U \leq 0,05$; U-критерий Манна – Уитни). [#] – различия значимы относительно дооперационных показателей пациентов ($P_W \leq 0,05$; W-критерий Уилкоксона)

Как видно из таблицы, в дооперационный период у пациентов наблюдались признаки активации функциональных свойств нейтрофилов, что выражалось в повышенных, относительно контрольной группы, значениях раннего и позднего нетоза ($P_U = 0,021$ и $P_U = 0,022$ соответственно), а также увеличенной супероксид-продуцирующей способности ($P_U = 0,013$). Фагоцитарная активность оставалась неизменной.

На первые сутки происходило разнонаправленное изменение нетотической и базальной супероксид-продуцирующей активности, относительно исходных показателей. Значение позднего нетоза значительно снизилось ($P_w = 0,021$), при этом способность к супероксид-продукции дополнительно увеличивалась ($P_w = 0,045$).

К десятым суткам вышеуказанные показатели начали возвращаться к дооперационным значениям. Наблюдалось снижение супероксид-продуцирующей активности, относительно значений, полученных в первые сутки после операции ($P_w = 0,004$) и тенденция к увеличению параметров нетоза.

На тридцатые сутки, значения NET30 и НСТ-теста значительно не отличались от дооперационных, оставаясь повышенным относительно здоровых лиц ($P_U = 0,023$ и $P_U = 0,013$, соответственно), а показатель позднего нетоза (NET150) был сопоставим с донорским значением.

Значимых взаимосвязей между различными проявлениями реактивности нейтрофилов нами не выявлено.

Таким образом, несмотря на отсутствие признаков дисфункции аллотрансплантата, у реципиентов в течение всего срока наблюдения (30 суток) сохранялась повышенная базальная активность нейтрофилов крови.

Выводы

1. У реципиентов почечного аллотрансплантата до операции отмечены признаки активации нейтрофилов крови в виде повышения экстружии экстрацеллюлярных сетей и супероксид-продуцирующей способности ($P_U = 0,021$ и $P_U = 0,013$ соответственно).

2. На 30-е сутки послеоперационного периода у пациентов на фоне отсутствия признаков дисфункции почечного трансплантата показатели нетоза и супероксид-продуцирующей активности лейкоцитов не отличались от дооперационных значений, но оставались увеличенными относительно здоровых лиц.

3. Значимых взаимосвязей между различными проявлениями реактивности нейтрофилов не обнаружено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. НЕТоз: молекулярные механизмы, роль в физиологии и патологии / Н. В. Воробьева [и др.] // Журн. Росс. акад. наук. Биохимия. – 2020. – Т. 85, № 10. – С. 1383–1397.
2. Основные межклеточные взаимодействия при активации Т-клеток в отторжении почечного трансплантата / А. В. Ватазин [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 31.
3. Добронравов, В. А. Иммуно-морфологические фенотипы повреждения аллотрансплантата почки / В. А. Добронравов, М. С. Храброва // Нефрология. (Санкт-Петербург) – 2017 – № 21-6. – С. 9–19.

УДК 616.36-08-073/-078

Е. С. Шилкина

Научный руководитель: старший преподаватель Ж. В. Зубкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫМИ РЕТИНОИДАМИ

Введение

Угревая болезнь – полиморфное мультифакторное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез. Заболевание сопровождается появлением папулезно-пустулезной сыпи, возможно разрешение элементов сыпи с образованием рубцов. В основе патогенеза заболевания лежат увеличение продукции секрета сальных желез, гиперкератоз,

размножение *Propionibacterium acnes*. Пик заболеваемости приходится на 15–18 лет. Однако в последнее время все чаще обращаются за помощью пациенты в возрасте 30–40 лет с «поздними акне», что может быть связано с особенностями питания пациентов, экологической обстановкой, наследственной предрасположенностью. Высыпания на коже приводят к снижению самооценки, вызывают тревогу, депрессию, затрудняют общение с другими людьми [1].

Для лечения тяжелых форм угревой болезни широко применяются системные ретиноиды. Препараты этой группы влияют на процессы дифференцировки и кератинизации клеток эпидермиса, в том числе и сальных желез, подавляют выработку кожного сала, участвует в обновлении клеток кожи. Несмотря на их высокий терапевтический эффект, применение системных ретиноидов в нашей стране ограничено. Причинами тому служат абсолютная тератогенность системных ретиноидов, воздействие на функции печени и других органов ЖКТ, высокая стоимость курсового лечения [2].

Перед приемом системных ретиноидов необходимо проконсультироваться с врачом, обязательными являются лабораторные исследования функции печени, почек, определение показателей липидного и углеводного обмена, а также определение уровня ХГЧ в крови для подтверждения отсутствия беременности у женщин. В процессе терапии системными ретиноидами так же следует контролировать лабораторные параметры – главным образом, показатели функции печени [3].

Цель

Оценить динамику изменения биохимических показателей печени в период лечения Акнекутаном (препарат из группы системных ретиноидов).

Материал и методы исследования

Исследование проводилось по материалам медицинских карт амбулаторного пациента на базе учреждения здравоохранения «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Было проанализировано 30 медицинских карт амбулаторных пациентов в возрасте от 18 до 34 лет, мужского и женского пола, со средне-тяжелой и тяжелой формами акне.

Все пациенты получали монотерапию с использованием препарата Акнекутан по следующей схеме: первые 3 месяца терапии – 16 мг/сут, через 3 месяца – 32 мг/сут.

Контрольную группу составили 30 клинически здоровых доноров, сопоставимых с пациентами по полу и возрасту.

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладных программ Statistica 7.0 (Stat Soft Inc., США). Результат выражали в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала (25 %; 75 %). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены результаты исследования активности трансаминаз у пациентов, получавших терапию Акнекутаном.

Таблица 1 – Показатели активности трансаминаз у пациентов, получавших терапию Акнекутаном

Группа обследуемых \ Изучаемый параметр	АЛТ	АСТ
До лечения	18,15 (15,1 ; 22,0)*	24,05 (18,9 ; 26,4)
Через 3 месяца терапии	25,45 (20,2 ; 30,8)	28,4 (23,3 ; 31,1)*
Через 6 месяцев терапии	21,95 (17,0 ; 35,1)	26,0 (23,0 ; 36,0)*
Контрольная группа	24,25 (20,5 ; 27,1)	23,5 (20,7 ; 27,6)

Примечание. Данные представлены в виде Me (25 %; 75 %); * – различия значимы ($p < 0,05$) относительно группы доноров.

Установлено, что у пациентов с акне, получавших лечение Акнекутаном, показатели активности АСТ были выше в сравнении со значениями контрольной группы через 3 и 6 месяцев терапии ($p = 0,03$; $p = 0,048$ соответственно).

Кроме того, по истечению трех и шести месяцев терапии активность АСТ отклонялась от исходных значений, зафиксированных до начала лечения Акнекутаном ($p_w = 0,03$; $p_w = 0,048$ соответственно).

Активность АЛТ пациентов не имела значительных различий с группой доноров, однако наблюдалось изменение уровня данного показателя в ходе лечения как через 3, так и через 6 месяцев ($p_w = 0,00005$; $p_w = 0,02$ соответственно).

Таким образом, повышение уровня печеночных трансаминаз в ходе терапии Акнекутаном как в сравнении с контрольной группой доноров, так и в сравнении с показателями самих пациентов до начала терапии, свидетельствует о повышенной нагрузке на печень, повреждении гепатоцитов с выходом АЛТ и АСТ в кровь.

Выводы

1. Активность АСТ через 3 и 6 месяцев терапии отличалась от активности данного фермента у здоровых лиц ($p_{3 \text{ мес}} = 0,03$; $p_{6 \text{ мес}} = 0,048$). Отличия были отмечены также между показателями активности данного фермента во время лечения и до начала терапии ($p_{w 3 \text{ мес}} = 0,03$; $p_{w 6 \text{ мес}} = 0,048$).

2. Статистически значимые изменения уровня активности АЛТ наблюдались между показателями во время лечения и до начала терапии ($p_{w3 \text{ мес}} = 0,00005$; $p_{w3 \text{ мес}} = 0,02$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанов, А. А. Акне : учеб. пособие / А. А. Кубанов, Д. В. Прошутинская, Т. А. Сысоева. – М. : Российская медицинская академия последипломного образования, 2015. – 40 с.
2. Сафонова, Т. Г. Системные ретиноиды в терапии тяжелых и резистентных форм акне / Т. Г. Сафонова, В. В. Владимиров, Н. С. Сирмайс // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т. 11, № 3. – С. 60–62.
3. Акнекутан: инструкция по применению. [Электронный ресурс] // apteka.103.by/88857-aknekutan-instruksiya/. – Дата доступа: 02.02.2023.

УДК 616.89-008.441.42:378-057.8759

А. М. Акулич

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА
КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ**

Введение

Понятие «образ тела» было введено в 1935 году австро-американским психоаналитиком П. Шильдером [2]. Он утверждал, что образ тела – это визуальное представление собственного тела, которое мы формируем в своем сознании.

В восприятие человеком своего тела входят психические, эмоциональные и социальные аспекты: мысли и чувства по поводу своей внешности, предыдущий жизненный опыт, отношение социального окружения, физические ощущения, проекции и ожидания [1].

Негативный образ тела довольно широко распространен в популяции. Считается, что пик неудовлетворенности внешностью приходится на подростковый возраст. Рост неудовлетворенности телом к подростковому возрасту характерен и для мальчиков, и для девочек, однако в целом лицам мужского пола свойственна меньшая неудовлетворенность телом по сравнению с женским полом [3].

В средствах массовой информации активно распространяются идеи о том, что худоба является залогом успеха в жизни. Такие идеи, а также сложившиеся в общественном мнении представления о красоте как мужской, так и, в особенности, женской, оказывают влияние на представления подростков о себе и своем теле, определяют образ тела, и, в конечном счете, пищевое поведение подростка [4].

Исследование Т. Дэвидсона и М. МакКабе, направленное на изучение взаимосвязи между различными аспектами образа тела и психосоциальным функционированием подростков показало, что для самооценки девушек важнее была внешняя оценка их тела, в то время как у мальчиков на самооценку больше влияло их собственное восприятие своего тела [2].

Неудовлетворенность телом ассоциирована с эмоциональным дистрессом и депрессией, повышенным риском самоповреждающего поведения, а также является одним из факторов риска развития расстройств пищевого поведения [3].

Формирование искаженного образа тела и нарушений пищевого поведения может быть обусловлено влиянием социальных стереотипов о стандартах красоты, особенности стиля детско-родительских отношений и взаимодействии со сверстниками [1].

Цель

Выявить взаимосвязь или ее отсутствие между степенью удовлетворенности своим телом и индексом массы тела у лиц женского пола.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 студенток 1–2 курса УО «Гомельского государственного медицинского университета» в возрасте от 17 до 23 лет. В качестве метода исследования были использованы опросник О. А. Скугаревского и С. В. Сивухи, позволяющий определить образ собственного тела (ООСТ) и шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) профессора О.А. Скугаревского. Статистический анализ проводился с использованием Н-критерия Крускала – Уоллиса. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года. Результаты расчетов считали значимыми при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все девушки были разделены на три группы в зависимости от полученных результатов значения их индекса массы тела (таблица 1).

Таблица 1 – Индекс массы тела в группах сравнения

Показатель	ИМТ < 18,5	18,5 < ИМТ > 25	ИМТ > 25
n, %	16 (16 %)	78 (78 %)	6 (6 %)

Результаты исследования по опроснику О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи «Опросник образ собственного тела» (таблица 2).

Таблица 2 – Сравнительные данные по опроснику О. А. Скугаревского и С. В. Сивухи «Опросник образ собственного тела»

Показатель	ИМТ < 18,5	18,5 < ИМТ > 25	ИМТ > 25
Норма	15 (93,7 %)	61 (78,2 %)	0
Патология	1 (6,3 %)	17 (21,8 %)	6 (100 %)
Средний ранг	46,59	48,08	92,42

Из таблицы видно, что для группы с ИМТ > 25 неудовлетворенность образом своего тела более характерна, чем для групп с низким и нормальным значением ИМТ ($p = 0,0012$). Ниже представленная диаграмма размаха (рисунок 1).

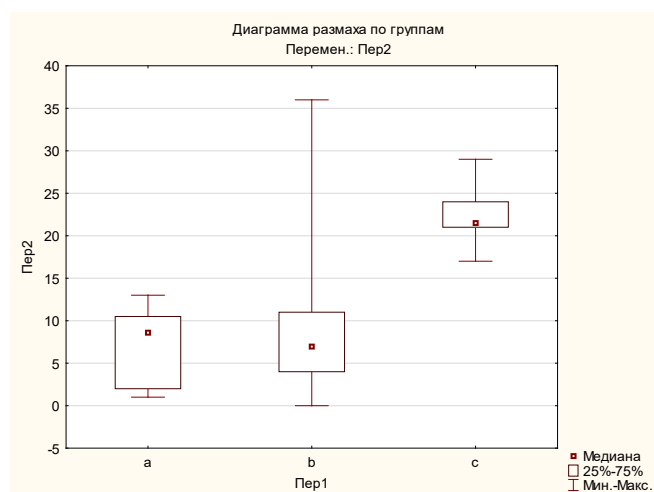


Рисунок 1 – Диаграмма размаха по ООСТ

Так же нами были получены результаты исследования по шкале удовлетворенности собственным телом, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом

Показатель	ИМТ < 18,5	18,5 < ИМТ > 25	ИМТ > 25
Очень высокий	9 (56,3 %)	43 (55,1 %)	2 (33,3 %)
Высокий	7 (43,7 %)	31 (39,7 %)	3 (50 %)
Средний	0	3 (3,9 %)	1 (16,7 %)
Низкий	0	1 (1,3 %)	0
Очень низкий	0	0	0
Средний ранг	52,7	51,4	32,8

Из данных таблицы видно, что статистически значимых различий среди трех групп нет ($p > 0,05$). Ниже представлена диаграмма размаха, в которой видно, что полученные результаты находятся примерно в одинаковом диапазоне (рисунок 2).

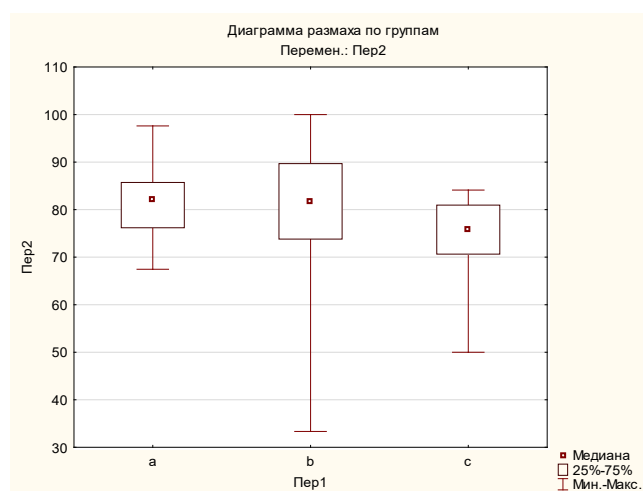


Рисунок 2 – Диаграмма размаха по ШУСТ

Выводы

По результатам исследования прослеживается тенденция неудовлетворенности своим целостным образом и отдельными частями тела. Можно предположить, что это связано с возрастными особенностями психики, ее незрелостью, а также огромным влиянием со стороны средств массовой информации, социальных сетей, критике со стороны окружающих. Группы ровесников выступают носителями критериев социальных норм и правил и часто самооценка во многом зависит от восприятия себя через призму ближайшего окружения.

В ходе исследования обнаружена взаимосвязь между ИМТ и неудовлетворенностью своим телом. Целостный образ тела оценивается неудовлетворительно чаще при ИМТ > 25, чем при нормальном ИМТ и ИМТ < 18,5 ($p = 0,0012$). Уровень удовлетворенности отдельными частями тела не имел статистической корреляции в зависимости от ИМТ, и оставался одинаково высоким во всех группах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Локтева, А. В. Психокоррекция негативного образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения: выпускная дипломная работа – клиническая психология / А. В. Локтева, Ю. Н. Гут. – НИУ БелГУ, Белгород, 2017. – 112 с.
2. Ерохина, Е. А. Образ тела и отношение к своему телу у подростков: семейные и социокультурные факторы влияния / Е. А. Ерохина, Е. В. Филиппова // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 57–68.
3. Кирюхина, Н. А. Эмоциональная дисрегуляция и неудовлетворенность телом в женской популяции / Н. А. Кирюхина, Н. А. Польская // Клиническая и специальная психология. – 2021. – Т. 10, № 3. – С. 126–147.
4. Иванов, Д. В. Образ тела у подростков с нарушениями пищевого поведения / Д. В. Иванов, А. А. Хохрина // Вестник университета. – 2019. – № 6. – С. 198–204.

А. О. Алисейко, В. И. Дымович

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Введение

В большинстве случаев, состояние отмены алкоголя сопровождается соматической патологией – артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, алиментарно-токсическим гепатитом и многими другими состояниями, которые утяжеляют состояния пациентов, и, в некоторых случаях, могут спровоцировать развитие делирия. [1]. Поэтому, всем пациентам в состоянии отмены алкоголя с делирием, для оценки соматического статуса и выявления декомпенсаций хронических соматических заболеваний, необходимо проводить измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений; измерение температуры тела; аускультацию, пальпацию; оценку неврологического статуса [2]. Электрокардиографическое исследование (с расшифровкой и интерпретацией данных) необходимо выполнить не позднее 24 часов от момента поступления пациентов в стационар, так как у большинства из них отмечается удлиненный интервал QT и аритмии, что обуславливает необходимость тщательного контроля за сердечной деятельностью [3].

Цель

Оценить частоту встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием

Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием, за период январь – декабрь 2022 год. Для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

Результаты исследования и их обсуждения

В ходе исследования были сформированы 3 группы пациентов. В первую группу вошли пациенты в возрасте от 19 до 44 лет – 103 пациента (52 % от общего числа пациентов), медиана возраста составила 35 лет [32; 39]. Вторую группу составили пациенты от 45 до 59 лет – 76 пациентов (38 % от общего числа пациентов), медиана возраста составила 50 лет [48; 54]. В третью группу вошли пациенты возрастом от 60 до 74 лет – 21 пациент (10 % от общего числа пациентов), медиана возраста составила 66 лет [63; 68].

При анализе сопутствующей патологии в первой группе пациентов чаще других заболеваний встречались алиментарно-токсический гепатит – 12 (11,6 %) пациентов, артериальная гипертензия – 11 (10,6 %) пациентов, бытовые травмы различного генеза – 10 (9,7 %) пациентов. Подробная характеристика сопутствующей патологии в первой группе пациентов представлена на рисунке 1.

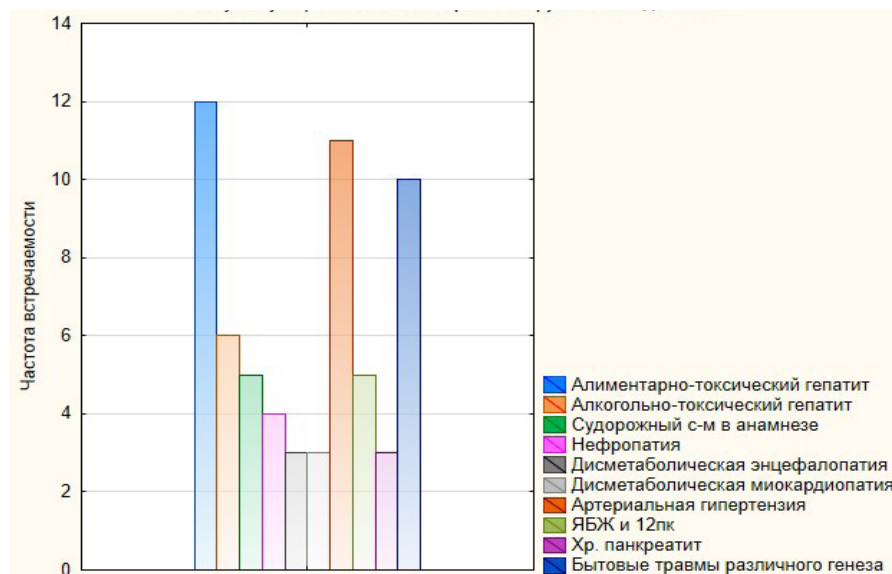


Рисунок 1 – Сопутствующая патология пациентов в возрасте от 19 до 44 лет

Анализ сопутствующей патологии во второй группе пациентов показал, что чаще других заболеваний встречается алиментарно-токсический гепатит – 16 (21 %) пациентов, артериальная гипертензия – 14 (18 %) пациентов, ишемическая болезнь сердца – 7 (9 %) пациентов, бытовые травмы различного генеза – 8 (10,5 %) пациентов, нарушения сердечного ритма – 6 (7,9 %). Подробная характеристика сопутствующей патологии второй группы пациентов представлена на рисунке 2.

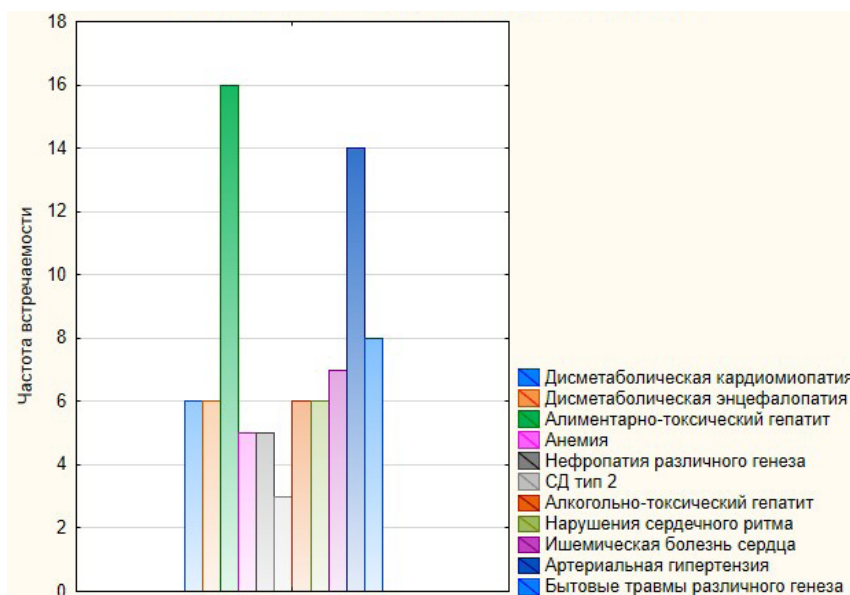


Рисунок 2 – Сопутствующая патология пациентов в возрасте от 45 до 59 лет

У пациентов третьей группы из сопутствующей патологии чаще других встречались ишемическая болезнь сердца – 13 (61,9 %) пациентов, артериальная гипертензия – 9 (42,8 %) пациентов, алиментарно-токсический гепатит – 8 (38 %) пациентов. Подробная характеристика сопутствующей патологии третьей группы пациентов представлена на рисунке 3.

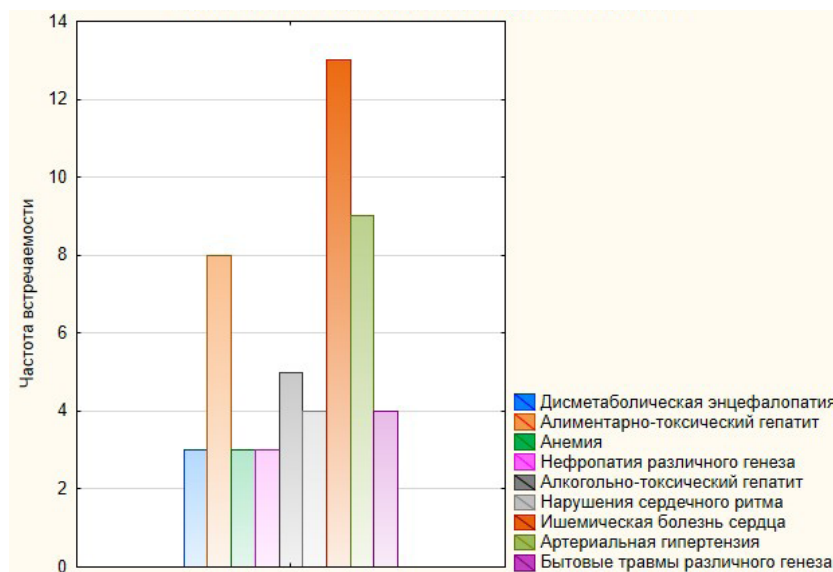


Рисунок 3 – Сопутствующая патология пациентов в возрасте от 60 до 74 лет

Выводы

Анализ частоты встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с диагнозом состояние отмены алкоголя с делирием показал, что преимущественно у всех возрастных групп чаще других заболеваний встречается алиментарно-токсический гепатит, артериальная гипертензия, а также бытовой травматизм. У пациентов в возрасте от 45 лет и старше чаще встречается ишемическая болезнь сердца и нарушения сердечного ритма, что в очередной раз подтверждает необходимость использования электрокардиографического исследования для тщательного контроля за сердечной деятельностью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием. Клинические рекомендации. Проект / Е. А. Брюн [и др.]. – 2018. – Т. 17, № 11. – С. 3–27.
2. Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой [и др.]. – М.:ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 856 с.
3. Delirium as a complication of the surgical intensive care / R. Horacek [et al.] / *Neuropsychiatr Dis Treat.* / Dove Medical Press Limited/ 2016 Sep 22.

УДК 616.891.6:378.6-057.875(476.2)

М. Е. Бобкова

*Научные руководители: старший преподаватель В. В. Концевая,
ассистент Я. В. Цвирко*

Учреждение образования

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

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение

Сегодня наша жизнь тесно связана со стрессом, давлением общества, недоброжелательностью, высоким уровнем нагрузки и способностью адаптироваться к данным

факторам. Однако все они не проходят бесследно, влияя на наше психоэмоциональное состояние. На сегодняшний день, распространение психических расстройств является одним из самых острых вопросов в медицине и психиатрии, по статистике ВОЗ в мире от психических расстройств страдает каждый 8-й человек [1].

Студенчество – своеобразный переход во взрослую жизнь, когда одновременно с резко увеличившейся нагрузкой, изменением ритма жизни, ложится и ответственность за собственные действия, а вместе с тем начинается сложный период адаптации в новом для себя коллективе [2]. Все это, в совокупности с нарушением режима питания и сна, уровня двигательной активности негативно влияет на состояние молодежи [3].

Нестабильность психоэмоционального состояния часто приводит к тревожности и депрессии. Депрессивные расстройства характеризуются депрессивным настроением, чувством печали и потерей ощущения удовольствия, что сопровождается другими когнитивными, поведенческими или нейровегетативными симптомами, которые в значительной мере нарушают возможность функционирования [4].

Тревожность чаще является частью личности человека и его характера, сформировавшегося за период жизни. Потому следует разделять личностную и реактивную тревожности [5]. На угрожающие ситуации человек может отвечать определенным восприятием личностной тревожности, опасным для самооценки и самоуважения. Реактивная тревожность же, наоборот, возникает при стрессовых ситуациях, и несет за собой переживания, беспокойство, напряжение, нервозность и озабоченность.

Таким образом, данный вопрос актуален в студенческой среде, ведь ощущение длительного воздействия тревоги вместе с наличием депрессивного состояния негативно сказывается на всех сферах жизни студента. Снижается академическая успеваемость, растет риск отчисления из ВУЗа, происходят конфликты с близкими друзьями и родными [6].

Цель

Изучить психоэмоционального состояния студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», с выявлением распространенности депрессии и тревожности.

Материал и методы исследования

Провели анализ и обобщение научно-методической литературы. В результате анкетирования было опрошено 134 студента медицинского университета, среди которых 87 девушек и 47 юношей. В оценке распространенности депрессивного эпизода и тревожности были использованы шкала депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой) и шкала тревожности А. Т. Бека (в адаптации Н. В. Тарабриной).

По интерпретации результатов шкалы тревоги А. Т. Бека по сумме каждой из подшкал, выделяют три категории:

1. Незначительный уровень тревоги (отсутствие клинических симптомов, от 0 до 21 балла. При значении выше 17 рекомендуется обращение к психологу в профилактических целях).

2. Средняя выраженность тревоги (рекомендовано обращение к психологу или к психотерапевту, от 22 до 35 баллов).

3. Очень высокий показатель тревоги (рекомендовано обращение к психотерапевту, свыше 36 баллов)

В шкале депрессии Цунга, при интерпретации результатов, выделяют четыре области количества баллов:

1. < 50 – настроение без признаков депрессии. Эмоциональное состояние укладывается в категорию «нормы».

2. 50–59 баллов – незначительное снижение эмоционального фона (минимальная, легкая депрессия или субдепрессия). Проявляется пониженная самооценка, недостаточ-

ная уверенность в себе при осуществлении межличностных контактов и в ситуациях принятия решений, неуверенность в будущем. Характерно ощущение некоторого физического недомогания, незначительные астенические проявления.

3. 60–69 баллов – отчетливое снижение фона настроения, квалифицируемое как умеренная степень депрессии. Определяется снижение эмоционального фона, уровня активности, наблюдается неспособность к адекватному эмоциональному ответу.

4. 70 и более баллов – значительное снижение фона настроения, квалифицируемое как выраженная депрессия. Рекомендована консультация психотерапевта [7, 8].

Статистический анализ данных был проведен с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке распространенности депрессии и тревожности среди студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» с использованием шкалы депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой) и шкалы тревоги Бэка (в адаптации Н. В. Тарабриной) были получены следующие результаты, представленные в таблице 1 и 2 соответственно.

Таблица 1 – Оценка депрессии в зависимости от пола

Баллы	Количество юношей-студентов	Количество девушек-студентов
< 50 баллов (настроение без признаков депрессии)	36 (76,6 %)	36 (41,4 %)
50–59 баллов (минимальная, легкая депрессия или субдепрессия)	7 (14,9 %)	32 (36,8 %)
60–69 баллов (умеренная степень депрессии)	2 (4,3 %)	19 (21,8 %)
> 70 баллов (выраженная депрессия)	0	0

По результатам исследования выявлено, что отсутствие депрессии у юношей и девушек наблюдается в 76,6 % и 41,4 % случаях. Наличие легкой и умеренной степени депрессии выявлено у 36,8 % и 21,8 % девушек, что значительно превосходит показатель юношей, составляющий 14,9 % и 4,3 % соответственно. Выраженной депрессии не выявлено.

Незначительная тревожность выявлена у 83 % респондентов мужского пола и у 63,2 % – женского. Количество опрошенных с выявленной средней тревогой среди девушек в 2 раза больше, чем среди юношей, 34,5 и 17 % соответственно. Высокая степень тревоги выявлена у 2,3 % респондентов женского пола, среди мужских полы случаев не обнаружено.

Таблица 2 – Оценка уровня тревожности в зависимости от пола

Уровень тревоги	Количество юношей-студентов	Количество девушек-студентов
Незначительный уровень тревоги (> 21 балла)	39 (83 %)	55 (63,2 %)
Средняя выраженность тревоги (22–35 баллов)	8 (17 %)	30 (34,5 %)
Высокая степень тревоги (> 36 баллов)	0	2 (2,3 %)

Выводы

1. По результатам исследования, количество студентов, психоэмоциональное состояние которых находится в пределах нормы, составило в среднем 61,9 % от общего числа респондентов. Юноши оказались более эмоционально устойчивы, чем девушки (79,8 и 52,3 % соответственно).

2. Девушки более склонны к наличию депрессивных состояний и тревожности, подобные состояния наблюдались у 58,6 и 36,8 % опрошенных соответственно, тогда как среди юношей данный показатель достигает 19,2 % и 17 %.

3. Случаи клинически выраженной депрессии не выявлены среди студентов, однако среди девушек выявлено 2 случая высокой степени тревожности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. – Дата доступа 22.03.2023.
2. Задорожнюк, Т. О. Изучение факторов, влияющих на процесс адаптации первокурсников к вузовской среде / Т. О. Задорожнюк, С. А. Задорожнюк // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы III междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 21 окт. 2010. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол.: А. Н. Лызикив [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2010. – Вып. 3. – С. 41–43.
3. Максимов, С. В. Факторы эффективной жизнедеятельности студента и их влияние на здоровье / С. В. Максимов, Т. Л. Лепихина // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2017. – № 1. – С. 43–48.
4. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. – Дата доступа 22.03.2023.
5. Александров, А. Г. Изменение уровней тревожности студентов в условиях учебной деятельности / А. Г. Александров, П. И. Лукьяненко // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016, № 6. – С. 5–14.
6. Рощупкина Д. В. Депрессия, тревога и стресс – бич студентов 21 века / С. И. Руснак // Наука в современном мире: вопросы теории и практики: Материалы междунар. научн.-практ. конф., заочно, 15 июня 2018 г. / Научн.-издат. центр «Мир науки»; ред.: А. И. Вострецов. – Р. Башкортостан, 2018. – С. 419–425.
7. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. “An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties” // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1998. – Vol. 56, № 6. – P. 893–897.
8. Leyfer, O. T.; Ruberg, J. L.; Woodruff-Borden, J. “Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders” // Journal of Anxiety Disorders. – 2006. – Vol. 20, № 4. – P. 444–458.

УДК 616.89-008.444.9:37.018.11+316.622:316.362.1

А. В. Будник

Научный руководитель: д.м.н, доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ВОСПИТАНИЯ НА АГРЕССИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА. УРОВЕНЬ КОПИРОВАНИЯ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ В СЕМЬЕ

Введение

Агрессия – действия, посредством которых агрессор намеренно причиняет ущерб своей жертве [1].

Также агрессия, это любая форму поведения (действие, поступок), с намерением нанести ущерб жертве. Достигается помощью вербальных или физических действий каждому живому существу, в том числе действия, обращенные против самого себя.

Семья – это главный социальный институт воспитания детей. В каждой семье функционируют свои нормы поведения, действует своя иерархия ценностей и приоритетов. В семье дети обретают свои первые образцы для имитирования, испытывают первые реакции людей на свои деяния и поступки [2].

Неблагополучная семья – это не синоним асоциальной семьи (исключая случаи крайне девиантного поведения). М. И. Буянов выделил основной, но не единственный критерий асоциальной семьи — дефекты воспитания. Он констатирует факт, что неблагополучие в семье ведет к неблагополучию психического здоровья ребенка [3].

Было выявлено, что жестокое воспитание ребенка приводит к высокому уровню агрессивности, а недостаточный присмотр – к асоциальности и сопровождается агрессивным поведением [4].

Семья может демонстрировать агрессивное поведение и обеспечивать его подкрепление. Модели семейного воспитания, реакция родителей на поведение ребенка, характер отношений между родителями и детьми, уровень семейной гармонии или дисгармонии – это те факторы, которые могут преддрешить агрессивное поведение в семье и вне ее.

Цель

Оценить уровень влияния воспитания родителей на агрессивность их детей. Выявить связь между моделями поведения детей и их родителей.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ результатов социологического опроса, направленный на выявление принципов воспитания опрошенных и тестирование на их агрессивность. В исследование включено 180 человек возрастом от 18 до 60 лет. Средний возраст респондентов составил 39 лет. Анкетирование проводилось на онлайн-платформе Servio и Yandex Forms. При проведении исследования использовался статистический и аналитический методы. Статистическая обработка полученных результатов (корреляционный анализ, коэффициент сопряженности Пирсона производилась с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2010» и онлайн-платформе Medstatistic.ru).

Уровень статистически значимых отличий при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 180 (100 %) респондентов 90 (50 %) были мужчины, 90 (50 %) женщины. По возрасту все 180 испытуемых распределились так: 120 (66,7 %) находились в возрасте до 30 лет. Из них 60 (33,3 %) мужчины, 60 (33,3 %) женщины. После 30 лет – 60 (33,3 %) респондентов. Из них 30 (16,7 %) мужчины, 30 (16,7 %) женщины.

По уровню агрессивности все респонденты разделились на три группы. Не агрессивными считали себя 50 (27,7 %), агрессивными при обстоятельствах – 112 (62,2 %), агрессивными – 18 (10 %). Агрессивность среди респондентов представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Агрессивность среди оппонентов

У 108 (60 %) респондентов было преимущественно жестокое воспитание. Мягкое воспитание – 72 (40 %).

Статистически значимой связи между агрессивностью и жестоким воспитанием не выявлено, $p = 0,158$.

73 (40,6 %) респондента видят сходство своего поведения с поведением родителей, 80 (44,4 %) – редко, 27 (15 %) не видят сходств ($p = 0,032$).

Выводы

В результате проведенного исследования было выявлено, что 18 (10 %) респондентов считают себя агрессивными.

Статистически значимой связи между агрессивностью и жестоким воспитанием не было выявлено, ($p > 0,05$). Это говорит о том, что, либо испытуемые не осознают своей агрессивности и считают ее проявлением нормального поведения, либо научились бороться и контролировать свою агрессию.

Испытуемым свойственно копирование модели поведения их родителей ($p < 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бэрн, Р. О. Агрессия: монография / Р. О. Бэрн, Д. К. Ричардсон. – СПб: Питер, 2001. – 352 с.
2. Амбалова, С. А. Факторы и условия, порождающие агрессивное поведение подростков / С. А. Амбалова, М. Р. Калябекова. – М., 2017. – Т. 1. – 141 с.
3. Буянов, М. И. Ребенок из неблагополучной семьи / М. И. Буянов. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.
4. Сатир, В. Р. Вы и ваша семья: руководство по личностному росту ; пер. с англ. яз. Р. Р. Курчакова – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2000 – 320 с.

УДК 616.89-053.2-055.1/.2

С. В. Васюченко, Ю. С. Зыгман

Научный руководитель: ассистент В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Введение

Роль родителей в становлении личности человека неоспорима. Именно с дома ребенок начинает познавать внешний мир, наблюдая за окружающими его людьми. Образы родителей доминируют в сознании ребенка, во многом определяя характер его взаимоотношений с людьми и социальное функционирование в течение всей жизни, оказывая влияние на психическую стабильность и телесное здоровье [1].

В разные этапы взросления человека, образы родителей претерпевают изменения. Так в раннем возрасте, когда самосознание ребенка не развито, родители воспринимаются идеализированно – архетипически. «Мама всегда рядом, ассоциируется с теплом и спокойствием, она меня кормит, самая лучшая. Папа самый сильный, защищает и помогает маме». С возрастом архетипические образы сталкиваются с индивидуальными образами родителей. И чем больше отличий между идеальными и реальными образами, тем противоречивее воспитательные установки для ребенка [2–4]. Образы родителей формируются в сознании ребенка через органы чувств, поэтому не так важно, что они говорят, а важно, что они делают [5]. А в последующей жизни архетипические образы Отца и Матери и вовсе уступают индивидуальным образам конкретных родителей, но в бессознательном они остаются могущественными первообразами, которые обнаруживают свое влияние в течение всей жизни [2–4].

Однако если реальный образ формируется под влиянием отрицательных эмоций, тогда родители воспринимаются только как негативные ассоциации [4]. Отношения с родителями в таких случаях осложняются из-за проекции на них отрицательных чувств, возможны побеги из дома, бродяжничество, проявление агрессии. Социализация такого ребенка крайне затруднена. В других случаях ребенок может замкнуться на себе, создать свой собственный мир [6].

Образы родителей сохраняются на протяжении всей жизни. Они обнаруживаются при выборе пары, когда решающим было сходство или наоборот различия с образом родителя. При выборе модели поведения в ситуациях, где он видел модель поведения своих родителей [7].

Особое место среди отрицательных эмоций, которые несут за собой психологические нарушения, занимают психологические травмы ребёнка, полученные в ходе развития [8].

«Психологической травмы» – жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Полученные в результате стресс-реакции, ребенок дошкольного возраста не в состоянии преодолеть это самостоятельно, потому как в большинстве случаев это приводит к тяжелым психологическим разрушениям [9].

У подвергшихся в детстве насилию или недостатком родительской заботы могут возникнуть проблемы такие как: заниженная самооценка, тревожность, чрезмерная агрессивность и враждебность [10].

Известно, что мужчины и женщины по-разному реагируют в стрессовых ситуациях. У женщин более частая выявляемость депрессивных расстройств [11]. Это связано с тем, что женщины чаще обращаются к специалистам. Мужчины чаще не делятся с врачами и окружающими своими проблемами, считая их слабостью. Мужчины увлекаются алкоголем, работой, экстремальными видами спорта [12].

Так же на психику влияют нейрогормональные изменения в организме. У женщин такие изменения как менструальный цикл, беременность [13–15].

Цель

Оценить влияние неблагоприятного детского опыта на индивидуально-психологические характеристики мужчин и женщин.

Материал и методы исследования

В ходе работы были проанализированы анкеты 96 респондентов возрастом от 17 до 23 лет, анкетирование проводилось на онлайн-платформе Survio. Для оценки влияния неблагоприятного детского опыта на индивидуально-психологические характеристики использовались стандартизированные тесты: опросник «Негативный детский опыт» (Adverse Childhood Experiences, ACE), тест на комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР), шкала привязанности к членам своей семьи.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 12.0 (разработчик – Stat Soft.Inc). Различия показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Анкетирование прошли 38 (40 %) мужчин и 58 (60 %) женщин. Средний возраст респондентов составил 21 год.

Согласно опроснику ACE, респонденты, набравшие 3 и более баллов, находятся в зоне риска по влиянию негативного детского опыта (НДО) на психическое и физическое здоровье. Среди анкетированных выявили 32 (36 %) человека с результатом 3 и более баллов, из них 24 (75 %) женщины, 8 (25 %) мужчин. Была выявлена статистически значимая ($p = 0,007$) связь с полом: у женщин выше риск влияния НДО на психическое и физическое здоровье.

Результаты теста на КПТСР (наличие 12 и более баллов свидетельствует о возможном КПТСР): выявлен риск развития КПТСР у 18 респондентов, из них 16 (89 %) женщин и 2 (11 %) мужчин. Имеется достоверно значимая связь ($p = 0,000007$) между НДО и наличием риска развития КПТСР во взрослом возрасте (94 % из них имеют НДО).

Нами были проанализированы результаты шкалы привязанности к членам своей семьи у респондентов с риском НДО. В большинстве случаев (60 % респондентов), объектом привязанности являлась мама. Гипотеза, что при НДО появятся привязанность к другим членам, семьи не подтвердилась, так как причиной НДО может являться другой член семьи.

Выводы

По результатам исследования был выявлен более высокий риск КПТСР в группе пациентов имеющих НДО. Положительные показатели неблагоприятного детского опыта достоверно более характерны для лиц женского пола. Однако корреляция между привязанностью к членам семьи и наличием НДО, не подтвердилась.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. К. Г. Юнг «Проблемы души нашего времени»: Изд. «Питер», Санкт-Петербург Москва – Харьков – Минск 2002. – С. 105.
2. Обухова, Л. Ф. Детская возрастная психология: учебное пособие для вузов / Л. Ф. Обухова. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 443 с.
3. Божович, Л. И. Личность и ее развитие в детском возрасте / Л. И. Божович. – М., 1968. – С. 421.
4. Данилина Т.А., Степина Н.М. «Социальное партнерство педагогов, детей и родителей», 2004.
5. Немов, Р. С. Психология. В 3-х т. Кн. 2. – М., 2001, 686 с.
6. Мухина, В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В. С. Мухина. – М., 2000. – С. 223.
7. Спицин, Н. П. «Семья: тысячи проблем воспитания».
8. Екатеринина, А. А. Влияние детской психической травмы на взрослую жизнь / А. А. Екатеринина. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 10 (300). – С. 213-215. – URL: <https://moluch.ru/archive/300/67810/> (дата обращения: 08.09.2022).
9. Менделевич, В. Д. Клиническая (медицинская) психология: учебник / В. Д. Менделевич. – М.: Медицина, 1995.
10. Linda F. Palmer. Секреты поведения homo sapiens. – 1998.
11. Тювина, Н. А. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин / Н. А. Тювина, В. В. Балабанова, Е. О. Воронина // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. – 2015. – № 7(2). – Р. 75–78. 0 <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-2-75-79> (дата обращения: 08.09.2022).
12. Marcus S, [et al.] Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*. – 2008. – № 49. – Р. 238–246. – <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.06.012> (дата обращения: 10.09.2022).
13. Жилыева, Т. В. Предменструальные расстройства настроения: этиология, патогенез, диагностика и лечение (обзор литературы) / Т. В. Жилыева // Проблемы репродукции. – 2015. – № 21(4). – Р. 76–85. – <https://doi.org/10.17116/repro201521476-85> (дата обращения: 13.09.2022).
14. Epperson C, Steiner M, Hartlage S, et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012;169:465-475. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11081302> (дата обращения: 18.09.2022).
15. Ross, L. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder / L. Ross, M. Steiner // *Psychiatr Clin North Am*. – 2003. – № 26. – Р. 529–246. – [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(03\)00035-2](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(03)00035-2) (дата обращения: 18.09.2022).

УДК 616.89-008.447:[316:378.6-057.875]

Е. П. Головнева, А. В. Забиркова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Введение

В настоящее время наблюдается повышенный интерес к проблеме девиантного поведения. Не обращать внимания на отклоняющееся поведение невозможно, поскольку оно может быть опасным, нарушать стабильность взаимоотношений в обществе [1].

Важность изучения психических расстройств среди студентов достаточно актуальна в связи с распространенностью этого феномена у данной категории лиц. Юноши и де-

вушки часто страдают от недостатка самореализации, проблем адаптации в коллективе, они подвержены влиянию извне. У молодого поколения растет чувство апатии, неуверенности в будущем, подавленность. Тревога, негативные эмоции усиливают дистресс, нередко приводя к агрессии, алкоголизму, наркомании и самоубийствам [2].

Цель

Провести специальное исследование, направленное на выявление клинико-социального патоморфоза отклоняющегося поведения у студентов медицинских вузов Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели был выбран социологический метод. Было проведено анкетирование 100 респондентов в возрасте от 17 до 23 лет, которые являются студентами медицинских университетов Республики Беларусь (БГМУ, ГомГМУ, ГрГМУ и ВГМУ), с использованием диагностического опросника для выявления склонности к различным формам девиантного поведения «ДАП-П» (СПб., ВМедА, кафедра психиатрии, НИЛ-7, 1999).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием электронных таблиц MS Office Excel 2016 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате социологического метода исследования, было опрошено 100 человек, которые являются студентами медицинских университетов Республики Беларусь, из них по 25 респондентов из ГомГМУ, ВГМУ, БГМУ, ГрГМУ соответственно.

Проведенный опрос показал, что высокая склонность к аддиктивному поведению наблюдается у студентов из ГомГМУ – 1 (4 %) и ГрГМУ – 1 (4 %); у респондентов из ВГМУ и БГМУ таковой не наблюдается. Наибольший процент значительной предрасположенности отмечается у опрошенных из ГрГМУ – 23 (92 %); у остальных (ГомГМУ, ВГМУ, БГМУ) – по 17 респондентов (68 %) в каждом вузе. Результаты по отношению к низкой склонности аддиктивного поведения распределились следующим образом: из ВГМУ и БГМУ – по 8 студентов (32 %) соответственно; 7 опрошенных (28 %) из ГомГМУ; 1 (4 %) – из ГрГМУ (таблица 1).

Таблица 1 – Склонность к аддиктивному поведению среди студентов медицинских вузов Республики Беларусь

Наименование учреждения образования	СТЕНЫ		
	высокая склонность	значительная предрасположенность	низкая склонность
ГомГМУ	1 (4 %)	17 (68 %)	7 (28 %)
ВГМУ	0	17 (68 %)	8 (32 %)
ГрГМУ	1 (4 %)	23 (92 %)	1 (4 %)
БГМУ	0	17 (68 %)	8 (32 %)

Из всех опрошенных студентов медицинских университетов не выявлено высокой склонности в отношении делинквентного поведения. Результаты по отношению к значительной предрасположенности респондентов следующие: 18 (72 %) – из ГрГМУ; 17 (68 %) – из БГМУ; 16 (64 %) – из ГомГМУ; 15 (60 %) – из ВГМУ. Касательно низкой склонности делинквентного поведения: опрошенных из ВГМУ – 10 (40 %); 9 (36 %) – ГомГМУ; 8 (32 %) – БГМУ; 7 (28 %) – ГрГМУ (таблица 2).

Таблица 2 – Склонность к делинквентному поведению среди студентов медицинских вузов Республики Беларусь

Наименование учреждения образования	СТЕНЫ		
	высокая склонность	значительная предрасположенность	низкая склонность
ГомГМУ	3 (12 %)	19 (76 %)	3 (12 %)
ВГМУ	0	17 (68 %)	8 (32 %)
ГрГМУ	8 (32 %)	16 (60 %)	1 (4 %)
БГМУ	8 (32 %)	11 (44 %)	6 (24 %)

На приведенной ниже таблице 3 представлены данные, относящиеся к вопросам суицидального риска. Результаты следующие: высокая склонность отмечается у студентов из ГрГМУ и БГМУ – по 8 человек (32 %) соответственно; 3 (12 %) – из ВГМУ; в ГомГМУ высокий суицидальный риск не наблюдается; значительная предрасположенность: ВГМУ – 19 (76 %); ГомГМУ – 17 (68 %); ГрГМУ – 16 (60 %); БГМУ – 11 (44 %); низкая предрасположенность: ГомГМУ – 8 (32 %); БГМУ – 6 (25 %); ВГМУ – 3 (12 %); ГрГМУ – 1 (4 %).

Таблица 3 – Склонность к суицидальному риску среди студентов медицинских вузов Республики Беларусь

Наименование учреждения образования	СТЕНЫ		
	высокая склонность	значительная предрасположенность	низкая склонность
ГомГМУ	0	16 (64 %)	9 (36 %)
ВГМУ	0	15 (60 %)	10 (40 %)
ГрГМУ	0	18 (72 %)	7 (28 %)
БГМУ	0	17 (68 %)	8 (32 %)

В представленной таблице 4 приведены данные, полученные путем опроса студентов медицинских университетов касательно интегральной шкалы «Девиантное поведение».

Таблица 4 – Склонность к девиантному поведению среди студентов медицинских вузов Республики Беларусь

Наименование учреждения образования	СТЕНЫ		
	высокая склонность	значительная предрасположенность	низкая склонность
ГомГМУ	0	15 (60 %)	9 (36 %)
ВГМУ	0	8 (32 %)	10 (40 %)
ГрГМУ	0	19 (72 %)	7 (28 %)
БГМУ	0	17 (68 %)	8 (32 %)

Выводы

Проанализировав статистические данные, направленные на выявление клиничко-социального патоморфоза отклоняющегося поведения у студентов медицинских вузов Республики Беларусь по интегральной шкале «Девиантное поведение», можно сделать выводы:

1. Высокой склонности не выявлено ни в одном из медицинских университетов.
2. Со значительной предрасположенностью: преобладающее большинство респондентов относятся к ГрГМУ– 19 (76 %); наименьшая доля – 8 (32 %) – к ГомГМУ; опрошенные из ВГМУ и БГМУ практически в равной степени – 15 (60 %) и 14 (56 %) соответственно.

3. Значительная часть студентов с низкой склонностью относится к ГомГМУ – 17 (68 %); наименьший процент – 6 человек (24 %) – у студентов ГрГМУ; одновременно 10 (40 %) респондентов принадлежит ВГМУ и 11 (44 %) – БГМУ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дементий, Л. И. Социально-психологические и личностные факторы риска девиантного поведения / Л. И. Дементий, В. Е. Купченко, М. В. Криворучко // Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского. – Омск, 2018. – 206 с.
2. Узеиров, А. А. Девиантные формы поведения личности: учеб.- метод. пособие / А. А. Узеиров. – Ростов: ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 2017. – 30 с.

УДК 613.86:378-057.875(476.2-25)

И. А. Грудько, А. Г. Героимова, А. Н. Налетько

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. ГОМЕЛЯ

Введение

Эмоциональное выгорание – состояние физического и психического истощения, возникшее в ответ на эмоциональное перенапряжение. Синдром эмоционального выгорания был описан американским психиатром Фрейденом в 1974 году. Данный термин ввели для характеристики психологического состояния людей, чья деятельность связана с постоянным эмоциональным напряжением. В настоящий момент выгорание включено в международную классификацию болезней 10 пересмотра под кодом Z73 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни» [1].

Цель

Оценить наличие синдрома эмоционального выгорания у студентов высших учебных заведений г. Гомеля.

Материал и методы исследования

Было проведено онлайн исследование с использованием составленного нами опросника (за эталон был взят тест «Диагностика эмоционального выгорания» В. Бойко) [2], для выявления синдрома эмоционального выгорания и степени его выраженности. В опросе приняли участие 257 студентов различных курсов четырех ВУЗов г. Гомеля: Гомельского государственного медицинского университета, Гомельского государственного технического университета имени П. О. Сухого, Гомельского государственного университета имени Франциска Скорины, а также Белорусского государственного университета транспорта.

Респондентам были даны следующие варианты ответов «часто», «почти всегда», «редко», «почти никогда». Каждый ответ обозначался цифрой: «почти никогда» – 0; «редко» – 1; «часто» – 2; «почти всегда» – 3.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программного обеспечения триал версия Statistica 13.4 en. В связи с тем, что нулевая гипотеза была отклонена, использовались непараметрические методы статистического анализа. Сравнение между группами проводили с использованием теста Манна – Уитни. Статистически значимыми результаты считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Было опрошено 257 человек, из них мужчин – 117 человек (45,5 %), женщин – 140 человек (54,5 %). Респонденты были разделены на три группы в зависимости от возраста: 17–20 лет ($n = 187$; 72,8 %); 21–30 лет ($n = 68$; 26,5 %); 30 лет и старше ($n = 2$; 0,7 %).

Ответы «часто», «почти всегда» выбирался преимущественно женщинами, мужчины чаще отвечали «редко», «почти никогда».

138 студентов (53,7 %) часто и 44 студента (17,1 %) почти всегда чувствуют себя эмоционально опустошенными к концу рабочего дня. При изучении ответов по половому признаку среднее значение ответов у мужчин было 2,68, у женщин – 2,96 (при сравнении двух групп $p = 0,003$). Это указывает, что женщины чаще чувствуют себя эмоционально опустошенными, нежели мужчины.

Также мы выявляли влияет ли стресс на сон студентов. Распределение ответов на вопрос «Вы плохо засыпаете из-за переживаний, связанных с учебой?» следующее: 28 % студентов (73 человека) часто плохо засыпают из-за переживаний, однако 46 % (117 человек) испытывают это достаточно редко. При анализе результатов по гендерному признаку получились следующие результаты: среднее значение ответов мужчин – 2,1, женщин – 2,35 ($p = 0,019$). Проблемы со сном встречаются чаще у женского пола. Хотя процент студентов, у которых учеба влияет на сон, невысокий, негативное влияние на засыпание имеется. Плохой сон приводит к хроническому недосыпу, снижению когнитивных функций и состоянию «разбитости», что напрямую сказывается на успеваемости студента. Низкая успеваемость у тревожных студентов влияет на их сон. Таким образом, создается порочный круг.

Статистически значимые результаты не были получены при изучении ответов на вопрос «Вы чувствуете, что Ваши нервы натянуты до предела?» (среднее значение ответов мужчин – 2,42, женщин – 2,55, $p = 0,2275$). Однако при сравнении ответов мужчин и женщин на вопросы «Вам сложно снять эмоциональное напряжение, возникающее после рабочего дня?» (мужчины – 2,12, женщины – 2,41) и «Ваша работа/учеба плохо влияет на Ваше здоровье?» (мужчины – 2,18, женщины – 2,54) полученные результаты достоверны ($p = 0,0129$ и $p = 0,00145$ соответственно).

Общеизвестен факт влияния стресса на здоровье человека. Эмоциональное перенапряжение, как правило, сказывается на соматическом состоянии организма. Головные боли, головокружения, отсутствие или повышенный аппетит, колебание массы тела, ухудшение состояния кожи, волос, ногтей, зубов – симптомы переутомления и срочной необходимости в отдыхе.

Эмоциональная нагрузка на учебе, по данным нашего опроса, слишком велика для 121 студента (47,1 %), однако для 87 человек (33,8 %) она не является высокой. Анализ ответов показал, что мужчины и женщины отвечали на вопрос с примерно одинаковым соотношением (2,5 и 2,67 соответственно, данные результаты не являлись статистически значимыми, $p = 0,0914$). Это может быть связано как с высоким порогом чувствительности к нагрузкам, так и с адаптацией студентов к учебной деятельности. Следует сказать, что в результате анализа данных мы выявили, что старшекурсники лучше переносят эмоциональное напряжение и не так реагируют на него, как студенты младших курсов. Это подтверждает процесс адаптации к учебе. Однако не может утверждать того факта, что этим студентам не грозит синдром эмоционального выгорания.

Также на вопрос «После рабочего дня у вас не остаются силы на другие увлечения?». У 120 студентов (46,7 %) часто и у 44 студентов (17,1 %) почти всегда не остаются силы на другие увлечения. При анализе ответов было выявлено, что мужчины чаще отвечали «редко» и «часто» (2,52), а девушки – «часто» и «почти всегда» (2,91; $p = 0,0002$).

Данные ответы указывают на высокую загруженность и переживания студентов, которые истощают их и препятствуют личным увлечениям и хобби. Это может привести к хроническому стрессу и апатии обучающихся.

Также мы получили следующие результаты, узнав у студентов, как часто они срываются на близких из-за стресса: лишь 48 человек (18,7 %) делают это часто, 124 студента (48,2 %) делают это редко или почти никогда (79 студентов, 30,7 %). Причем мужчины делают это реже (1,76), чем женщины (2,06; $p = 0,0014$).

В процессе изучения мы сделали вывод, что синдром эмоционального выгорания интенсивнее выражен в возрастной группе «21–30 лет».

Выводы

Синдром эмоционального выгорания – довольно распространённый феномен, который характерен для лиц любого возраста и пола. Эмоциональное истощение влияет на учебную деятельность, что сказывается на успеваемости студентов, а также на их психологическом благополучии. Изучив данные анкетирования, мы можем предположить, что повышенная тревожность, нарушения сна, эмоциональное истощение, что характеризует синдром эмоционального выгорания, чаще встречается у женщин, чем у мужчин ($p = 0,003$). Причем интенсивнее они выражены в возрастной группе «21–30 лет». Полученные данные могут быть использованы при проведении психообразовательной работы в учреждениях образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Засеева, И. В. Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации в условиях региона / И. В. Засеева, А. С. Татров // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 6. – С. 184–188.
2. Шустова, М. А. Организационные и психотерапевтические подходы к профилактике эмоционального выгорания медицинского работника / М. А. Шустова // *Психическое здоровье человека XXI века*. – 2019. – С. 238–244.

УДК 616.8-008.64-07-057.875

А. Ю. Дедова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ

Введение

В последние годы отмечается увеличение умственных нагрузок в процессе обучения, которые отражаются в изменениях психоэмоциональной сферы некоторых студентов [1]. Важность выявления депрессивных и тревожных состояний у студентов обусловлена темпом и напряженностью учебной деятельности, что предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к социальным и психологическим изменениям и к стрессу. Так, особенность вузовского обучения, совпадает с возрастом наиболее высокого риска манифестации психической патологии, что, возможно, обусловлено не только биологической природой психических заболеваний, но также значительными стрессовыми нагрузками. Следовательно, актуальным направлением медицины являются психогигиенические исследования студентов и профилактические мероприятия, направленные на предотвращение негативных последствий информационного стресса [2].

Цель

Изучение степени распространенности риска депрессивных состояний среди студентов медицинского, гуманитарного и математического профилей вузов.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы анкеты 60 студентов трех вузов: «Гомельский государственный медицинский университет» (ГГМУ), «Белорусский государственный университет» (БГУ), «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» (БГУИР). Использовалась методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга в адаптации Т.И. Балашовой. Уровень депрессии (УД) по данной методике рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = [(\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{обр}})/80] \times 100,$$

где $\Sigma_{\text{пр}}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям анкеты,

$\Sigma_{\text{обр}}$ – сумма цифр к «обратным» высказываниям.

Согласно шкале Зунге в адаптации Т. И. Балашовой:

УД не более 50 баллов – состояние без депрессии; лица, не имеющие в момент опыта сниженного настроения.

УД более 50 баллов и менее 59 – легкая депрессия ситуативного или невротического генеза; незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения.

УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия; значительное снижение настроения.

УД более 70 баллов – истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой группы отсутствие депрессивной симптоматики отмечалось у 10 (50 %) студентов, обучающихся в «Гомельский государственный медицинский университет», у 6 (30 %) студентов, обучающихся в «Белорусский государственный университет» и у 8 (40 %) студентов, проходящие обучение в «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники».

Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза была выявлена у 4 (20 %) студентов из ГГМУ, у 7 (35 %) студентов из БГУ, и у 4 (20 %) из БГУИР.

Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия отмечалась у 5 (25 %) студентов обучающихся в ГГМУ, у 5 (25 %) студентов обучающихся в БГУ, и у 4 (20 %) студентов обучающихся в БГУИР.

Истинное депрессивное состояние, глубокое снижение настроения было выявлено у 1 (5 %) студента из ГГМУ, у 2 (10 %) студентов обучающихся в БГУ, и у 4 (20 %) студентов из БГУИР.

Среднее значение по исследуемой методике Зунга в адаптации Т. И. Балашовой:

1. Для студентов обучающихся в «Гомельский государственный медицинский университет» – $51,375 \pm 2,39$ балл.

2. Для студентов обучающихся в «Белорусский государственный университет» – $55,437 \pm 2,93$ баллов.

3. Для студентов обучающихся в «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» – $58,875 \pm 4,1$ баллов.

Выводы

Исходя из проведенного анализа, можно сделать вывод о том, что студенты из «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» (математический профиль) имели средний балл по исследуемой шкале больше, чем студенты из «Белорусский

государственный университет» (гуманитарный профиль) и «Гомельский государственный медицинский университет» (медицинский профиль) ($p < 0,05$). А наименьший средний балл по исследуемой шкале отмечался у студентов медицинского профиля. Следовательно, студенты математического профиля более склонны к депрессивным состояниям, чем студенты гуманитарного и медицинского профиля. Также об этом свидетельствует выявление истинного депрессивного состояния – 4 (20 %) студента, обучающихся в БГУИР.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов, Д. Е. Влияние учебной нагрузки на уровни депрессии и тревоги у студентов вуза / Д. Е. Иванов, Г. Р. Колоколов // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – №59. – С. 634–635.
2. Филиппова, И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде / И. Д. Филиппова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 4. – С. 211–214.

УДК 615.2:616.89-008.441.13-052.6

В. И. Дымович, А. О. Алисейко

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Введение

Синдром отмены алкоголя проявляется такими симптомами как: тревога, возбуждение, непереносимость света и шума, адренергическая гиперактивность (тошнота, дрожь, артериальная гипертензия, тахикардия), развитием делирия. До сегодняшнего дня патогенез делирия остается предметом научного поиска. Считается, что одним из его звеньев является дисбаланс между холинергической и дофаминергической системами, в частности, снижение уровня ацетилхолина и увеличение уровня дофамина [1]. Важным доказательством правильности этой гипотезы является достаточно высокая клиническая эффективность галоперидола – мощного блокатора дофаминергической системы мозга [2].

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» № 99 от 23 августа 2021 года, начальная доза галоперидола, для лечения состояния отмены алкоголя с делирием, составляет от 0,5 мг в легких случаях, до 10 мг в более тяжелых, с последующим добавлением препарата до достижения клинического эффекта [3]. Максимальную суточную дозу галоперидола назвать чрезвычайно сложно: период его полувыведения составляет от 12 до 35 часов, что и является причинами сложности подбора адекватной дозы. Сама по себе интенсивная терапия делирия является независимым предиктором более длительного пребывания пациентов в отделении реанимации и более высокой стоимости его лечения [4, 5]. Ввиду вышеизложенного, анализ медикаментозной терапии пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием, позволит оптимизировать и, в конечном итоге, улучшить результаты их лечения, а также сократить длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Цель

Проанализировать длительность и особенности медикаментозной терапии у пациентов с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая пси-

хиатрическая больница» с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием, за 2022 год. Ввиду распределения данных близких к нормальному, для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

В анализируемую группу вошли 45 (22,5 %) женщин и 155 (77,5 %) мужчин. Возраст пациентов по Me составил 43 [35; 52] лет.

Результаты исследования и их обсуждения

На момент первичного осмотра дежурным врачом приемного отделения у 100 % пациентов было диагностировано нарушение сознания, восприятия и мышления. У 198 (99 %) пациентов диагностировано психомоторное возбуждение, у 178 (89 %) – нарушение внимания, у 122 (61 %) – нарушение памяти. Ввиду осложнения абстинентного состояния делирием, все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В качестве медикаментозной терапии делирия 199 (99,5 %) пациентам был назначен галоперидол, стартовая доза которого в 100 % случаев составила 5 мг, 1 (0,5 %) пациенту был назначен хлорпротиксен, стартовая доза которого составила 15 мг. Максимальная суточная доза галоперидола по Me составила 10 мг [5; 15], хлорпотиксена – 15 мг. Общая продолжительность лечения пациентов нейролептиками по Me составила 4 дня [3; 6].

В совокупности с нейролептиками, для купирования синдрома отмены алкоголя и седации, в 100 % случаях использовались бензодиазепины (диазепам), максимальная суточная дозы которых по Me составила 60 мг [40; 80]. Длительность терапии диазепамом по Me составила 5 дней [4; 7].

У 16 (8 %) пациентов, ввиду недостаточной эффективности бензодиазепинов и нейролептиков, была применена глубокая седация с использованием препарата для ингаляционного наркоза тиопентала натрия.

Подробный перечень используемой вспомогательной медикаментозной терапии для профилактики и лечения состояния отмены алкоголя с делирием представлен в таблице 1. Таблица 1 – Перечень используемой вспомогательной медикаментозной терапии у пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием

Наименование лекарственного препарата (ЛП)	Количество пациентов нуждавшихся в ЛП
Тиамин (В ₁)	200 (100 %)
Пиридоксин (В ₆)	178 (89 %)
Цианокобаламин (В ₁₂)	175 (87,5 %)
Магния сульфат	174 (87 %)
Калия хлорид	97 (48,5 %)
Метопролол	76 (38 %)
Карбамазепин	41 (20,5 %)
Лизиноприл	39 (19,5 %)
Фуросемид	23 (11,5 %)
Эналаприл	16 (8 %)
Эмоксипин	8 (4 %)
Эноксапарин	7 (3,5 %)
Бисопролол	6 (3 %)
Амлодипин	4 (2 %)
Маннит	4 (2 %)
Аторвастатин	3 (1,5 %)
Пентоксифиллин	3 (1,5 %)
Моксонидин	3 (1,5 %)

На момент перевода пациентов для дальнейшего лечения из отделения реанимации и интенсивной терапии в общее психиатрическое отделение у 3 (1,5 %) пациентов установлено нарушение сознания, у 8 (4 %) пациентов – нарушение внимания, у 9 (4,5 %) пациентов – нарушение восприятия, у 40 (20 %) пациентов – нарушение мышления, у 32 (16 %) пациентов – нарушение памяти, у 5 (2,5 %) пациентов – психомоторное возбуждение, что свидетельствует о высокой эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Выводы

В результате анализа медикаментозной терапии пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием установлено, что 99,5 % случаях требуется длительная терапия высокими дозами галоперидола, а также в 100 % случаях требуется терапия высокими дозами бензодиазепинов, что указывает на тяжелое течение данной патологии. В 8 % случаях требуется дополнительная глубокая седация препаратами неингаляционного наркоза, ввиду отсутствия положительной динамики на проводимое лечение, что указывает на трудности подбора медикаментозного лечения и необходимость пребывания пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии. Значительный удельный вес пациентов нуждается в использовании вспомогательной медикаментозной терапии для профилактики и лечения состояния отмены алкоголя. Общая продолжительность лечения пациентов нейролептиками и бензодиазепинами в отделение реанимации и интенсивной терапии составила 4–5 дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Valerie J. Page and E. Wesley Ely: Delirium in Critical Care / Valerie J. Page and E. Wesley Ely – Second edition; Cambridge: Cambridge University Press, 2015. – 256 p.
2. Trzepacz PT. The neuropathogenesis of delirium. A need to focus our research // Psychosomatics. – 1994. – Jul-Aug; № 35(4). – P. 374-91. doi: 10.1016/S0033-3182(94)71759-X. PMID: 7916159.
3. Об утверждении клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 23.08.2021 № 99/ Законодательство Республики Беларусь / Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Минск, 2021.
4. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. – 2007. – Jan; № 33(1). – P. 66–73. doi: 10.1007/s00134-006-0399-8. Epub 2006 Nov 11. PMID: 17102966.
5. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, Truman B, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients // Crit Care Med. – 2004. – Apr № 32(4). – P. 955.

УДК 616.89-052:616.89-008.441.13]-074/-076

В. И. Дымович, А. О. Алисейко

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Введение

В настоящее время в наркологии приобретает особое значение поиск новых специфических маркеров тяжести состояния отмены алкоголя с делирием, позволяющих прогнозировать течение заболевания, а также своевременно проводить коррекцию терапии. Существуют относительные клинические критерии течения алкогольного делирия, в то же время значительно менее изучены прогнозирующие лабораторные показатели, которые позволили бы избежать субъективности в оценке клинического состояния у данной категории пациентов [1, 2].

По результатам исследования ряда зарубежных авторов, установлена прогностическая значимость уровня кортизола и серотонина на тяжесть течения абстинентного синдрома с делирием [3]. Однако ввиду сложности выполнения данных лабораторных исследований, а также их высокую стоимость, имеется необходимость для практического здравоохранения определить набор доступных лабораторных маркеров для более точной диагностики степени тяжести течения данного состояния. Также требует особого внимания гепатотоксическое действие этанола, проявляющееся синдромом цитолиза гепатоцитов, что может приводить к отдаленным последствиям в виде метаболической энцефалопатии [4].

Цель

Оценить лабораторные показатели у пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием, а также выявить независимые предикторы тяжести данного состояния.

Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием, за период январь – декабрь 2022 год. Ввиду распределения данных близких к нормальному, для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. При оценке лабораторных показателей использовалась Me, 5-й и 95-й перцентили [P5; P95]. Для выявления предикторов тяжести состояния использовался метод ранговых корреляций Спирмена, статистически значимыми считались результаты при р-уровне значимости < 0,05. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

Результаты исследования и их обсуждения

В исследуемую группу вошли 45 (22,5 %) женщин и 155 (77,5 %) мужчин. Возраст пациентов по Me составил 43 [35; 52] лет. 198 (99 %) были доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи, 2 (1 %) пациента были доставлены родственниками. На момент первичного осмотра дежурным врачом приемного отделения у 176 (88 %) пациентов установлено состояние средней степени тяжести, у 24 (12 %) – тяжелое. Ввиду тяжести состояния все пациенты были госпитализированы в реанимационное отделение.

Среднее количество койко-дней проведенное пациентами в стационаре составило 11,5 дня, в отделении реанимации и интенсивной терапии – 2,5 дня.

Результаты анализа основных гематологических лабораторных показателей у пациентов на момент госпитализации в реанимационное отделение представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные гематологические лабораторные показатели на момент госпитализации

Показатель	Результаты статистического анализа, Me [P5;P95]	
	женщины	мужчины
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,13 [3,4; 5,06]	4,23 [3,16; 5,17]
Гемоглобин, г/л	134 [106; 153]	139,5 [109; 164]
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	169 [105; 278]	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	8 [4,6; 15,1]	
СОЭ, мм/ч	15 [5; 40]	9 [3; 45]
АлАТ, ЕД	46,3 [19,4; 208,1]	49,9 [20,2; 172]
АсАТ, ЕД	72,1 [26,1; 240,9]	81,6 [27,4; 273,3]

Окончание таблицы 1

Показатель	Результаты статистического анализа, Ме [P5;P95]	
	женщины	мужчины
Мочевина, моль/л	4,6 [2,2; 14,2]	
Креатинин, мкмоль/л	76,9 [63; 128,25]	
Билирубин, мкмоль/л	15,7 [8,7; 75,6]	
Глюкоза, ммоль/л	6,2 [4,25; 9,62]	
Na, ммоль/л	139,3 [129,5; 148,2]	
K, ммоль/л	4,06 [3,12; 5,15]	
Cl, ммоль/л	106 [91,2; 113,5]	

При анализе прогностических лабораторных показателей, сопряженных с тяжестью состояния на момент госпитализации методом ранговых корреляций, были получены статистически значимые результаты, указывающие на прямую зависимость тяжести течения делирия от уровня активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты рангового корреляционного анализа связи между тяжестью состояния пациентов и активностью АсАТ

Переменные	Число наблюдений	Спирмена - R	t (N-2)	p-уровень
Тяжесть состояния & активность АсАТ	194	0,163575	2,297513	0,022668

Лечение пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии проводилось согласно действующему клиническому протоколу «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» МЗ РБ № 99 от 23 августа 2021 года.

Результаты анализа основных гематологических лабораторных показателей у пациентов на момент окончания интенсивной терапии и перевода для дальнейшего лечения в общее психиатрическое отделение представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Основные гематологические лабораторные показатели пациентов на момент окончания интенсивной терапии

Показатель	Результаты статистического анализа, Ме [P ₅ ;P ₉₅]	
	женщины	мужчины
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,01 [2,8; 4,9]	4,06 [3,1; 5]
Гемоглобин, г/л	125,5 [94; 152]	136,5 [105; 157]
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	167 [105,5; 348]	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,3 [4,05; 17,1]	
СОЭ, мм/ч	15 [5; 34]	15 [4; 50]
АлАТ, ЕД	48,7 [24,5; 149,5]	58,5 [24,8; 206,1]
АсАТ, ЕД	67,6 [24,5; 239,5]	94 [27,6; 358,5]
Мочевина, моль/л	4,5 [2,3; 9,7]	
Креатинин, мкмоль/л	71,9 [61,7; 117,7]	
Билирубин, мкмоль/л	15,7 [9,1; 72,6]	
Глюкоза, ммоль/л	5,49 [4,4; 7,85]	
Na, ммоль/л	140,2 [134; 146,3]	
K, ммоль/л	4,07 [3,04; 4,96]	
Cl, ммоль/л	107,2 [97,6; 114,9]	

Выводы

В ходе настоящего исследования установлено, что биохимическая активность трансаминаз как у пациентов мужского пола, так и у женского, на момент госпитализации превышает нормальные показатели в 2–3 раза, в отдельных случаях – до 10 раз, а также остается несколько завышенной после проведения дезинтоксикационной терапии. Также установлено, что тяжесть течения абстинентного синдрома с делирием напрямую зависит от уровня активности АсАТ, что указывает на необходимость более длительной дезинтоксикационной терапии у данной категории пациентов, во избежание таких отдаленных последствий, как снижение когнитивных функций вследствие метаболической энцефалопатии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2014. – № 38.10. – P. 2664–2677.
2. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, Zilker T. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal – predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal // *Alcohol and Alcoholism*. 2011. – № 46:4. – P. 4270433.
3. Vinogradov DB, Sinitskiy AI. Laboratory predictors of delirium tremens severity. *ZhurnalNevrologiiiPsikhiatriiimeni S.S. Korsakova*. 2015;115(42):913. doi: 10.17116/jnevro2015115429-13.
4. Nikonov EL, Aksenov VA. Hepatic encephalopathy // *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. – 2017. – № 6(4). – P. 2531. – doi.org/10.17116/dokgastro20176425-31.

УДК 616.895:378.6-057.875

А. А. Ефимова, А. В. Харкович

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Переменчивая современная жизнедеятельность человека, непрерывное влияние на него неблагоприятных факторов, а также повышение требований к проявлению определенных качеств содействуют развитию различных аффективных расстройств. Одним из ключевых признаков аффективных расстройств считается нарушение настроения [1].

К сожалению, в настоящее время наблюдается прирост признаков аффективных расстройств среди студентов медицинского университета, что требует раннего выявления, так как именно будущие врачи должны быть живым примером здоровой, красивой и разумной жизни.

Депрессивный синдром в большинстве случаев характеризуется основной триадой признаков снижения психической деятельности: печальным, подавленным настроением, замедленным мышлением, моторной заторможенностью. Проявления данной триады могут быть разнообразными, отражая обширный диапазон депрессий – от простой печали вплоть до глубочайшей подавленности [2].

Гипомания является мягкой формой мании, которая проявляется гипертимическим аффектом, в некоторых случаях с явлениями эйфории, ускорением умственных процессов с повышенной раздражительностью, разговорчивостью, физической активностью, уменьшением продолжительности ночного сна. Гипомания ощущается субъектом как состояние естественного подъема. Критика, как правило, затруднена [3].

Тревожность предполагает высокую склонность индивида испытывать состояние тревоги, при которой обширная область объективно безопасных факторов воспринимается как потенциально угрожающие, побуждая реагировать на них состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности [4].

Данные расстройства зачастую встречаются у студенческой молодежи. Так как в этот период времени происходит чрезмерное количество конфликтов, связанных с проблемой сепарации от родителей, поиском и сменой половых партнеров, внушительными учебными и эмоциональными нагрузками, первым опытом работы [5].

Цель

Изучение частоты встречаемости признаков аффективных расстройств у студентов 5 курса «Гомельского государственного медицинского университета».

Материал и методы исследования

В процессе исследования приняли участие 60 человек, из которых 49 (81,7 %) девушек и 11 (18,3 %) парней 5-го курса лечебного факультета учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» (ГомГМУ). Средний возраст составил 21,52 года.

Анкетирование проводилось с помощью опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), опросника шкалы тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) и опросника гипомании (HCL-32). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

Разделение участников опроса по результатам госпитальной шкалы тревоги представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение результатов по госпитальной шкале тревоги

Выраженность	Баллы	Количество респондентов (%)
Норма	0–7 баллов	35 (58,3 %)
Субклинически выраженная тревога	8–10 баллов	12 (20,0 %)
Клинически выраженная тревога	Более 11 баллов	13 (21,7 %)

При анализе результатов анкетирования обнаружено, что признаки субклинически выраженной тревоги наблюдаются у 12 (20,0 %) студентов, из них 3 (25,0 %) парня и 9 (75,0 %) девушек, а признаки клинически выраженной тревоги выявляется у 13 (21,7 %) человек, среди которых 4 (30,8 %) парня и 9 (69,2 %) девушек.

Разделение участников опроса по результатам госпитальной шкалы депрессии представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение результатов по госпитальной шкале депрессии

Выраженность	Баллы	Количество респондентов (%)
Норма	0–7 баллов	48 (80,0 %)
Субклинически выраженная депрессия	8–10 баллов	8 (13,3 %)
Клинически выраженная депрессия	Более 11 баллов	4 (6,7 %)

При анализе результатов анкетирования обнаружено, что признаки субклинически выраженной депрессии наблюдались у 8 (13,3 %) студентов, из них 2 (25,0 %) парня и 6 (75,0 %) девушек, а признаки клинически выраженной депрессии были выявлены у 4 (6,7 %) человек (все девушки).

Разделение участников опроса по результатам опросника гипомании представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение результатов по опроснику гипомании

Выраженность	Баллы	Количество респондентов (%)
Норма	До 14 баллов	37 (61,7%)
Гипомания	Более 14 баллов	23 (38,3%)

При анализе результатов анкетирования обнаружено, что признаки гипомании отмечались у 23 (38,3 %) опрошенных, среди которых 6 (26,1 %) парней и 17 (73,9 %) девушек.

Разделение участников опроса по результатам уровня реактивной тревожности опросника шкалы тревоги Спилбергера – Ханина представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение результатов уровня реактивной тревожности опросника шкалы тревоги Спилбергера – Ханина

Уровень	Баллы	Количество респондентов (%)
Низкий	До 30 баллов	6 (10,0 %)
Умеренный	31–44 баллов	13 (21,7 %)
Высокий	Более 45 баллов	41 (68,3 %)

При анализе результатов анкетирования обнаружено, что признаки низкой реактивной тревожности отмечаются у 6 (10,0 %) человек, из которых 1 (16,7 %) парень и 5 (83,3 %) девушек, умеренный уровень у 13 (21,7%) студентов, из которых 4 (30,8%) парня и 9 (69,2%) девушек и высокий уровень реактивной тревожности у 41 (68,3 %) опрошенного, среди которых 6 (14,6 %) парней и 35 (85,4 %) девушек.

Разделение участников опроса по результатам уровня личностной тревожности опросника шкалы тревоги Спилбергера – Ханина представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение признаков уровня личностной тревожности опросника шкалы тревоги Спилбергера – Ханина

Уровень	Баллы	Количество респондентов (%)
Низкий	До 30 баллов	0 (0,0 %)
Умеренный	31–44 баллов	5 (8,3 %)
Высокий	Более 45 баллов	55 (91,7 %)

При анализе результатов анкетирования обнаружено, что признаки низкой личностной тревожности отмечались у 0 (0,0 %) человек, умеренный уровень у 5 (8,3 %) студентов, из которых 1 (20,0 %) парень и 4 (80,0 %) девушки и высокий уровень реактивной тревожности у 55 (91,7 %) опрошенного, среди которых 10 (18,2 %) парней и 45 (81,8 %) девушек.

Выводы

По итогам исследования, выявлены признаки тревоги у 25 (41,7 %) человек, из которых 7 (28,0 %) парней и 18 (72,0 %) девушек; депрессии у 12 (20,0 %) человек, из которых 2 (16,7 %) парней и 10 (83,3 %) девушек; гипомании у 23 (38,3 %) человек, из которых 6 (26,1 %) парней и 17 (73,9 %) девушек; реактивной тревожности у 54 (90,0 %) человек, из которых 10 (18,5 %) парней и 44 (81,5 %) девушек; личностной тревожности у 60 (100,0 %) человек, из которых 11 (18,3 %) парней и 49 (81,7 %) девушек, что говорит о высокой распространенности признаков данных аффективных расстройств среди студентов 5 курса Гомельского государственного медицинского университета. При изучении зависимости

гипомании и уровнем тревоги, реактивной тревожности и личностной тревожности не было выявлено сильной корреляционной связи. Однако из-за недостаточно большой выборки, мы не можем говорить о клинической незначимости уровня зависимости гипомании от уровня тревоги, личностной и реактивной тревожности. По результатам исследования, мы отмечаем достаточно высокий уровень признаков как личностной, так и реактивной тревожности среди студентов медицинского университета, что в дальнейшем может быть причиной снижения ментального здоровья практикующих врачей, что в свою очередь, может привести к снижению качества оказания медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психиатрия и наркология: учебник / А. А. Кирпиченко [и др.]. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 574 с.
2. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – 2-е изд. перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с.
3. Руководство по психиатрии: в 2 томах / А. С. Тиганов [и др.]; под ред. А. С. Тиганова. – Т. 1. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
4. Хабилова, Е. Р. Тревожность и ее последствия / Е. Р. Хабилова // Ананьевские чтения. – СПб., 2003. – С. 301–302.
5. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 431 с.

УДК 616.89-008.434.52:613.86]:629.3.072-051

Д. Е. Зайцева

Научный руководитель: ассистент В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ БОЛЬШЕГРУЗНЫХ АВТОМОБИЛЕЙ. СВЯЗЬ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ С АЛЕКСИТИМИЕЙ

Введение

Синдром профессионального выгорания (СПВ) является актуальным вопросом в настоящее время, поскольку в потоке рутинных дней почти не остается времени на качественный отдых, что приводит к эмоциональному и физическому истощению [1].

Синдром профессионального выгорания является защитной реакцией организма на постоянный стресс, который влечет за собой ряд последствий: раздражительность, неадекватная реакция на происходящее, сонливость, хроническая усталость, отреченность от окружающего мира, пониженное настроение и многое другое [2].

Работники всех профессий подвержены возникновению профессиональных заболеваний, в том числе и выгорания. Не являются исключением и водители большегрузных автомобилей, перевозящих грузы на дальнее расстояние. Данная работа включает в себя такие неблагоприятные факторы как продолжительное воздействие стрессов, постоянная концентрация, недосып, плохое питание, отсутствие адекватного режима, сидячий образ жизни. Как правильно, симптомы профессионального выгорания замечают не сразу, поскольку нарушения чаще имеют накопительный эффект, долгое время могут игнорироваться. В конечном итоге постоянное переутомление, воздействие стресса, и как следствие, выгорание может обернуться рядом негативных последствий: нежелание работать, хроническая усталость, бессонница, снижение концентрации на дороге, злоупотребление алкоголем, агрессивное отношение к коллегам и к семье, нарушение структуры личности [3, 4].

Алекситимия – психологическая проблема, характеризующаяся нарушением понимания собственных чувств и их словесному описанию, а также трудностями в выражении собственных эмоций с помощью жестов, позы и мимики. В последние годы

алекситимию связывают с особым психическим складом человека, с органическими патологиями ЦНС, с вторичными психосоматическими расстройствами, депрессией, в том числе и с синдромом профессионального выгорания [5].

Цель

Определить уровень профессионального выгорания и наличие алекситимии у водителей большегрузных автомобилей. Определить наличие связи алекситимии и профессионального выгорания.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был проведен анализ результатов стандартизированных тестов Маслач, МВИ/ПВ и Торонской алекситимической шкалы, TAS-26. Тестировались водители большегрузных автомобилей всех возрастов с различным стажем работы. Объем исследования составил 60 человек. Статистическая обработка полученных результатов (корреляционный анализ, коэффициент корреляции Пирсона r) производилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты теста Маслач, МВИ/ПВ: у 23 (38,3 %) человек наблюдается профессиональное выгорание, из них со стажем работы: менее 1 года – 2 (8,7 %) человека, 1–5 лет – 3 (13 %), 5–10 лет – 4 (17,4 %), более 10 лет – 14 (60,9 %). По результатам теста 15 (25 %) человек имеют пограничное состояние, из них со стажем работы: менее 1 года – 6 (40 %) человек, 5–10 лет – 6 (40 %), более 10 лет – 3 (20 %). Количество человек, не имеющих профессионального выгорания – 22, из них со стажем работы менее 1 года – 4 (18,2 %) человека, 1–5 лет – 15 (68,2 %) человек, 5–10 лет – 1 (4,5 %), более 10 лет – 2 (9,1 %). Связь профессионального выгорания со стажем работы представлены на рисунке 1.

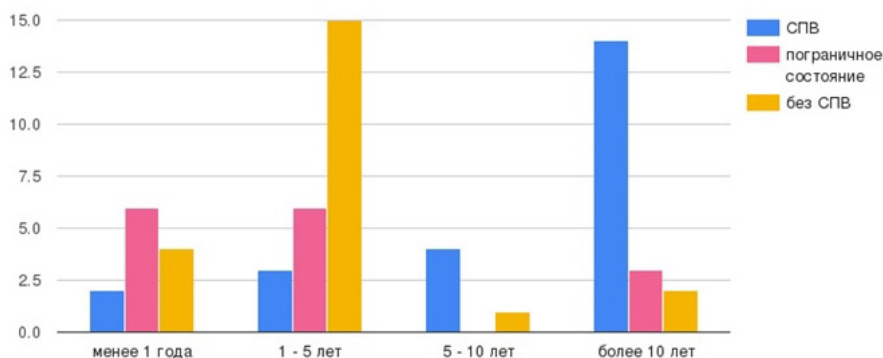


Рисунок 1 – Связь профессионального выгорания со стажем работы

По результатам Торонской алекситимической шкалы, TAS-26 среди опрошенных имеющих профессиональное выгорание: положительный результат – 15 (65,2 %), отрицательный результат – 8 (34,8 %). Статистически значимой связи между профессиональным выгоранием и алекситимией выявлено не было ($p = 0,298$). Среди опрошенных, которые имеют пограничное состояние: наличие алекситимии – 5 (33,3 %) человек, отрицательный результат – 10 (66,7 %) человек. Статистически значимой связи между пограничным состоянием и алекситимией выявлено не было ($p = 0,149$). Среди респондентов, не имеющих профессиональное выгорание: наличие алекситимии – 16 (72,7 %), отсутствие алекситимии – 6 (27,3 %). Выявлена статистически значимая связь между алекситимией и отсутствием профессионального выгорания ($p = 0,006$).

Выводы

По результатам теста Маслач, МВИ/ПВ профессиональное выгорание прямо пропорционально стажу работы и чаще встречается у лиц со стажем работы более 10 лет.

Установлена взаимосвязь между наличием алекситимии при отсутствии профессионального выгорания. Алекситимики не предъявляют жалобы в психологической сфере, игнорируют сигналы о психическом неблагополучии. С психоаналитической точки зрения алекситимия рассматривается как группа защитных механизмов, препятствующих осознанному контакту человека со своей эмоциональной сферой, и может возникать как реакция организма на воздействие профессиональных факторов [6].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психология управления персоналом. Психическое выгорание: учеб. пособие для академического бакалавриата / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 299 с. – (Серия: Бакалавр. Академический курс. Модуль).
2. Терентьева, Т. А. Профессиональное выгорание сотрудников в современных организациях / Т. А. Терентьева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 18 (308). – С. 147–150.
3. Акентьев, П. В. Влияние экстремальных ситуаций профессиональной деятельности на работоспособность и заболеваемость водителей оперативного транспорта: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2005. – 18 с.
4. Евлампиев, С. Ю. Профессиональные и профессионально обусловленные заболевания у работников современного автомобильного транспорта / С. Ю. Евлампиев, М. Н. Махонько, Н. В. Шкробова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013. – ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра профпатологии и гематологии: 2013. – С. 1166–1167.
5. Брель, Е. Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Вестник КемГУ. – 2012. – № 3 (51). – С. 173–176.
6. Трухан, Е.А. Взаимосвязь алекситимии с профессиональным выгоранием у социальных работников / Е. А. Трухан. Текст: непосредственный // Психология здоровья. – 2020. – № 18 (308). – С. 59–53.

УДК 616.891.6-037-057.875(476.2-25)

Е. В. Зубрицкая, В. Я. Голик, В. В. Крилович

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ГомГМУ

Введение

Актуальность проблемы тревожных расстройств у студентов медицинского вуза определяется их разнообразием, затяжным течением и формированием психосоматических заболеваний на протяжении шести лет обучения.

Обучение в медицинском вузе больше, чем в любом другом, требует высокой степени физического, умственного и психоэмоционального напряжения. Связано это с необходимостью воспринимать и перерабатывать большое количество информации, высокой интенсификацией труда, внедрением в учебный процесс новых технических средств. Компенсаторные механизмы психики студентов не всегда справляются с новыми условиями жизни, требованиями высшей школы, что приводит к возникновению стресса, психологическим и социальным конфликтам.

Кроме того, студенты медицинского вуза и врачи реже, чем другие, обращаются за медицинской помощью, в том числе по поводу психологических проблем со здоровьем. Именно поэтому весьма актуально еще на этапе обучения выявить распространенность тревожных расстройств в студенческой среде.

Цель

Оценить распространенность, а также риски развития тревожных расстройств у студентов Гомельского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 109 студентов 1–6 курсов ГомГМУ: 32 (29,36 %) юношей и 77 (70,64 %) девушек.

Оценку уровня тревоги и депрессии проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Опросник позволяет оценить уровень тревоги с помощью 7 пунктов по 4 утверждения в каждом, для оценки уровня депрессии также необходимо ответить на 7 вопросов с 4 утверждениями в каждом.

Значения от 0 до 7 баллов свидетельствуют об отсутствии достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии. Значения от 8 до 10 балла свидетельствуют о субклинической выраженной тревоги/депрессии. Значения от 11 баллов и выше соответствуют клинически выраженной тревоги/депрессии.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Office 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди опрошенных студентов чувство напряжения отмечают у себя 43 человека (39,45 %). Ощущение предстоящей неприятности испытывают 46 студентов (42,20 %). Число студентов, которые не могут расслабиться в свободное время, составило 30 (27,52 %). Студенты, которые отметили у себя неуверенность и желание постоянно находиться в движении – 47 (43,12 %). Довольно часто испытывают внезапное чувство паники 21 студент (19,27 %). Количество студентов, которые отмечают, что привычные им радости не приносят удовольствие – 31 (28,44 %). Практически не испытывают бодрость 28 человек (25,69 %).

Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии наблюдалось у 47 студентов (42,80 %), которые набрали менее 7 баллов по результатам опроса с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Значения от 8 до 10 баллов были зафиксированы у 24 студентов (22,02 %), что свидетельствует о субклинически выраженной тревоги/депрессии.

Клинически выраженная тревога/депрессия (более 11 баллов) отмечалась у 38 студентов (35,18 %).

В результате опроса исследуемых студентов 1 курса оказалось 14 человек (12,84 %), со 2 курса – 17 студентов (15,60 %), студентов 3 курса – 16 человек (14,68 %), 4 курса – 27 (24,77 %), 5 курса – 18 (16,50 %), с 6 курса – 17 студентов (15,61 %).

С целью проведения сравнительного исследования были сформированы 4 группы в зависимости от возраста: студенты в возрасте 17–19 лет составляют 1 группу, от 20–22 лет – 2 группу, от 23–24 лет – 3 группу, от 25 и старше – 5 группу.

К первой группе относятся 35 (32,11 %) студентов, из которых 14 студентов были подвержены тревоге/депрессии. Вторую группу составили 50 студентов (45,87 %), в числе которых 12 студентов отмечают у себя симптомы тревоги/депрессии. В третьей группе – 13 человек (11,93 %), 9 человек из которой предполагают у себя наличие тревоги/депрессии. 3 человека из 4 группы, общее количество которой составило 11 человек, склонны к тревоге/депрессии.

Выводы

По результатам исследований были сделаны следующие выводы:

1. Среди всех студентов клинически выраженная тревога/депрессия отмечалась у 38 (35,18 % от общего количества), у 24 студентов (22,02 %) были выявлены симптомы тревоги/депрессии, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии наблюдалось у 47 студентов (42,80 %).

2. Риски развития тревоги/депрессии преобладали в 3 группе с возрастным диапазоном в 23–24 года.

3. Таким образом, клинически тревога/депрессия чаще всего проявлялась следующими симптомами: ощущением предстоящей неприятности, отсутствием удовольствия от привычных радостей, неусидчивостью, чувством напряжения и невозможностью расслабиться в свободное время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Менделевич, В. Д. Психиатрия и наркология: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 367 с.
2. Ковалев Ю. В., Золотухина О. Н. Депрессия: клинический аспект. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 144 с. – (Библиотека практического врача. Психиатрия). – Библиогр.: с. 136–139.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Учебное пособие. В 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 2002. – 672 с. – (Допущено Министерством образования Респ. Беларусь).
4. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 894 с.
5. Ющенко, А. И. Лекции по психиатрии / А. И. Ющенко. – М.: Прибой, 1992. – 118 с.

УДК 616.89-008.441-07-057.875

А. Н. Карabanов, Е. Д. Романенко

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СКРИНИНГ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАСТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ

Введение

На сегодняшний день, актуальным остаётся вопрос сохранения здоровья студенческой молодежи, как одной из самых уязвимых категорий любого общества в связи со стрессами, часто возникающими в этот период жизни. Психические заболевания в юношеском возрасте, в частности невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ-10, блок F40-F48), оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, что требует тщательного подхода медико-социальных и психологических служб к их выявлению, лечению и профилактике [1].

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюсти для достижения чувства «завершённости действия» [2].

На современном этапе существует множество шкал для оценки риска и тяжести ОКР, одной из которых является пересмотренная шкала OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised), с упрощенными формулировками вопросов [4]. «Золотым стандартом» для психометрической оценки тяжести ОКР является Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна. Шкала состоит из контрольного списка навязчивых идей и компульсий, а также шкалы, которая оценивает их тяжесть. Предполагается проведение базовой оценки до начала терапии и последующей для объективной оценки динамики симптомов [3].

Цель

Оценить распространенность и тяжесть обсессивных и компульсивных феноменов среди студенческой молодежи медицинского университета (ГомГМУ) с использованием шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна и пересмотренной шкалы OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised). Сравнительная оценка показателей двух шкал.

Материал и методы исследования

Проведено психодиагностическое, рандомизированное исследование в форме анонимного добровольного анкетирования среди студентов учреждений образования: «Гомельский государственный медицинский университет». В исследовании использовались шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна (10 вопросов) и OCI-R шкала (18 вопросов). Выборку составили 85 студентов УО «ГомГМУ», из них 45 (53 %) парней и 40 (47 %) девушек, различных национальностей и возрастных групп. Использовались следующие статистические методы: анализ непараметрических критериев, методы описательной статистики. Статистическая обработка проведена при помощи пакета прикладных программ MS Excel-2010. Уровень критической значимости соответствует $p = 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1– Оценка степени тяжести ОКР по шкале Йела – Брауна

Степень тяжести ОКР	шкала Йела – Брауна
Субклиническое течение (0–7 баллов)	34,12 % (n = 29)
Легкое ОКР (8–15 баллов)	21,18 % (n = 18)
ОКР средней тяжести (16–23 баллов)	29,41 % (n = 25)
Тяжелое ОКР (24–31 баллов)	15,29 % (n = 13)
Крайне тяжелое ОКР (32–40 баллов)	–

Согласно шкале OCI-R, на симптомы обсессивно-компульсивного расстройства указывают результаты выше 21 балла (за каждый ответ дается от 0 до 4 баллов). На основании пересмотренной шкалы OCI-R, симптомы ОКР были выявлены у 53 респондентов (62,35 %).

Расхождение в данных между двумя шкалами составило 5,88 % (n = 5). По шкале Йела-Брауна у данных респондентов отмечается субклиническое течение ОКР, когда по OCI-R шкале у них регистрируется выраженная симптоматика ОКР (от 26 баллов).

Выводы

Установлено, что у 34,12 % респондентов отмечается субклиническое течение ОКР, что требует своевременной диагностики и проведения профилактики прогрессирования расстройства. У 65,88 % отмечается течение от легкой до тяжелой степени, что является неутешительный результатом (ОКР крайней степени тяжести не выявлено). Согласно OCI-R шкале, клинические симптомы выявлены у 62,53 %. Погрешность между 2 шкалами составила 5,88 %, что может быть связано с несерьезной оценкой респондентов значимости проводимых тестов.

Результаты, которые были получены в ходе исследования, могут использоваться с целью разработки научно обоснованных профилактических программ, направленных на предупреждение развития невротических расстройств среди учащейся молодежи, а также в учреждениях здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Международная классификация болезней (10-го пересмотра). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – ВОЗ. – СПб: АДИС, 1994. – С. 71–79.

2. Abramowitz, J. S. Obsessive-compulsive disorder / J. S. Abramowitz, S. Taylor, D. McKay // Lancet. – 2009. – Vol. – 374. – № 9688. – P. 491–499.

3. Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation / G. Brander [et al.] // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2016. – Vol. 65. – P. 36–62.

4. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample / J. D. Huppert [et al.] // J Anxiety Disord. – 2007. – № 21(3). – P. 394–406. Epub 2006 Jun 30. PubMed PMID: 16814981.

УДК 616.891.6–06: 616.8–009.836.1]–053.81

Ю. А. Ключинская, М. И. Богомазова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И НАРУШЕНИЙ СНА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Введение

Тревожность – эмоциональное переживание, отвечающее за мобилизацию ресурсов организма, обеспечивающих поведение в экстремальных состояниях. Она не связана с каким-либо определенным обстоятельством и проявляется постоянно, в отличие от тревоги. Также тревожность трактуется как устойчивая черта, свойство личности, предполагающее повышенную склонность человека испытывать состояние тревоги, или как реакция человека на стрессовую ситуацию [1]. Так как «тревожность» может обозначать как свойство личности, так и реакцию на стрессовую ситуацию, выделяют «личностную тревожность, или Т-свойство» и «реактивную (ситуативную) тревожность, или Т-состояние». Самым известным тестом для оценки тревожности является опросник Ч. Спилбергера (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) [2].

Сон – сложное психофизиологическое состояние, непосредственно определяющее психическую и биологическую активность человека. В Международной классификации расстройств сна 2005 г. выделяют 6 категорий нарушений сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства циркадного ритма сна, парасомнии и расстройства движений во сне. Наиболее распространенными в популяции и клинически значимыми из них являются инсомнии и расстройства дыхания во сне [3, 4].

С другой стороны, для большинства людей механизмы и вероятные причины развития нарушений сна остаются неизвестными, но при этом резко нарушают нормальное функционирование, в том числе и молодых, здоровых людей. Поэтому выявление зависимости нарушений сна от тревоги – актуальная проблема общества и отечественной медицины в целом [5]. Среди множества факторов, способных вызвать нарушения сна, в данном исследовании рассматривается тревожность.

Цель

Выявить наличие зависимости нарушений сна от легких, средних и высоких показателей личностной и ситуативной тревожности среди молодежи.

Материал и методы исследования

В опросе приняло участие 174 жителей г. Гомеля (56,3 % женщин и 43,7 % мужчин), возраст 18 до 35 лет (средний возраст составил 23,4 года). Опрашиваемым был предложен опросник «Тест Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)», с помощью которого производили расчет личностной и ситуативной тревожности, и «Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI)» для отбора людей с нарушениями

ми сна. В нем участвовали респонденты, получившие по шкале ситуативной и личностной тревожности от 20 до 30 баллов (легкая тревожность), от 31 до 44 баллов (средняя тревожность) и от 45 до 80 баллов (высокая тревожность) данный показатель. В качестве статистических методов использовались критерий хи-квадрат Пирсона и метод логарифмического линейного анализа (ЛЛА), который позволяет проверить статистическую значимость факторов и их совместных эффектов, присутствующих в таблице сопряженности. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате опроса по тесту Ч. Спилбергера людей с легкой личностной и легкой ситуативной 16 чел. (9,2 %), легкой личностной и средней ситуативной – 51 чел. (29,3 %), легкой личностной и высокой ситуативной – 1 чел. (0,6 %). Количество респондентов со средней личностной и легкой ситуативной – 27 чел. (15,5 %), средней личностной и средней ситуативной – 52 чел. (29,9 %), средней личностной и высокой ситуативной – 4 чел. (2,3 %). Число же людей с высокой личностной и легкой ситуативной – 2 чел. (1,2 %), высокой личностной и средней ситуативной – 3 чел. (1,7 %), высокой личностной и высокой ситуативной – 18 чел. (10,3 %). Интересно отметить, что показатели личностной и ситуативной тревожности взаимосвязаны между собой, особенно выражаясь в критических ситуациях [6]. Соответственно, можно наблюдать увеличение этой связи с возрастающим уровнем тревожности.

Затем мы оценили наличие нарушений сна у данных респондентов, используя «Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI)» (таблицы 1–3).

Таблица 1 – Оценка взаимосвязи нарушений сна и разных показателей легкой личностной/ ситуативной тревожности

Легкая личностная тревожность	Нарушения сна		Легкая ситуативная тревожность	Нарушения сна	
	Есть	Нет		Есть	Нет
Легкая ситуативная	5	11	Легкая личностная	5	11
Средняя ситуативная	29	22	Средняя личностная	10	17
Высокая ситуативная	0	1	Высокая личностная	0	2
Критерии значимости	$\chi^2 = 4,211, p = 0,122$, не значимо		Критерии значимости	$\chi^2 = 1,198, p = 0,550$, не значимо	

Таблица 2 – Оценка взаимосвязи нарушений сна при наличии средней личностной/ ситуативной тревожности

Средняя личностная тревожность	Нарушения сна		Средняя ситуативная тревожность	Нарушения сна	
	Есть	Нет		Есть	Нет
Легкая ситуативная	10	17	Легкая личностная	29	22
Средняя ситуативная	33	19	Средняя личностная	33	19
Высокая ситуативная	0	4	Высокая личностная	0	3
Критерии значимости	$\chi^2 = 9,488, p = 0,009$, значимо		Критерии значимости	$\chi^2 = 4,812, p = 0,091$, не значимо	

Таблица 3 – Оценка взаимосвязи нарушений сна при наличии высокой личностной/ ситуативной тревожности

Высокая личностная тревожность	Нарушения сна		Высокая ситуативная тревожность	Нарушения сна	
	Есть	Нет		Есть	Нет
Легкая ситуативная	0	2	Легкая личностная	0	1
Средняя ситуативная	0	3	Средняя личностная	0	4
Высокая ситуативная	13	5	Высокая личностная	13	5
Критерии значимости	$\chi^2 = 8,306, p = 0,016$, значимо		Критерии значимости	$\chi^2 = 8,306, p = 0,016$, значимо	

Таким образом, нарушения сна наблюдались статистически и клинически (что подтверждалось самими респондентами) чаще у лиц со средней личностной, высокой личностной и высокой ситуативной тревожностью ($p = 0,009$, $p = 0,016$ и $p = 0,016$, соответственно). Мы считаем, что отсутствие значимой взаимосвязи между легкой личностной/ ситуативной с разными показателями ситуативной/личностной тревожности и нарушениями сна может объясняться успешной работой механизмов психологической защиты, вытесняющих у этих людей беспокойство и страх перед будущим с целью показать себя уверенней и эмоционально стабильной личностью.

Выводы

Исходя из нашего исследования, лишь средняя личностная, высокая личностная и высокая ситуативная тревожности имели статистически значимое влияние на качество сна ($p < 0,05$). Большая зависимость проявления расстройств сна от тревожности отмечалась у женщин ($p < 0,05$).

Опросник Спилбергера и PSQI являются достаточно востребованными тестами и могут помогать в исследованиях при изучении депрессии, фрустрации, нарушений сна и других клинических феноменов, возникающих у людей в ситуациях стресса, фрустрации, психологического конфликта и жизненного кризиса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нехорошкова, А. Н. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления / А.Н. Нехорошкова, А. В. Грибанов, Ю. С. Джос // Экология человека. – 2014. – № 6. – С. 47–54.
2. Костина, Л. М. Методы диагностики тревожности / Л. М. Костина. – Санкт-Петербург: Речь, 2006. – 198 с.
3. Ковальзон, В. М. Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла «бодрствование-сон» / В. М. Ковальзон. – М.: Бино, 2012. – 240 с.
4. Левин, Я. И. Нарушения сна // Национальное руководство по неврологии. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 548–565.
5. Вейн, А. М. Сон – тайны и парадоксы / А. М. Вейн. – М.: Эйдос Медиа, 2003. – 200 с.
6. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика: тесты и методики / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2015. – 672 с.

А. В. Ковалева, В. И. Туренков

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Введение

На сегодняшний день очень актуальной темой изучения в психиатрии и смежных дисциплинах является пищевое поведение. Многие психиатры считают, что пищевая аддикция не настолько тяжелое заболевание, чтобы уделять ему пристальное внимание, тем не менее, в развитых и развивающихся странах с каждым годом растёт число людей, страдающих пищевыми аддикциями [1].

Расстройства пищевого поведения характеризуются стойким нарушением приема пищи, которое ухудшает здоровье или психосоциальное функционирование. Расстройства включают нервную анорексию, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, компульсивное переедание, нервную булимию, пикацизм и расстройство размышлений [2].

Многие аспекты культуры Республики Беларусь демонстрируют одержимость потерей веса. В женских журналах часто публикуются статьи о контроле веса, диетах или о том, как подтянуть определенные группы мышц. Модели и актеры часто демонстрируют уровень худобы, которого трудно достичь, компьютерные программы используются для изменения фотографий, чтобы модели выглядели тоньше, а некоторые спортсмены неустанно стремятся к более стройному телу для повышения производительности. Эта озабоченность похудеть и привязка самооценки к худощавому типу телосложения часто распространяется на взрослеющих подростков [3].

Цель

Изучить пищевое поведение студентов-медиков и выявить их предрасположенность к расстройствам пищевого поведения.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 50 студентов-медиков, из них составили 60% женщин и 40 % мужчин. В качестве метода исследования был использован «Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)», включающий в себя три основные шкалы: ограничительное (диетическое) пищевое поведение (норма по этой шкале составляет 2.4), эмоциональное пищевое поведение (норма по этой шкале составляет 1.8), а также экстернальное пищевое поведение (значение в норме для данной шкалы 2.7).

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждения

В результате исследования было изучено пищевое поведение студентов-медиков с помощью трех основных шкал: ограничительное (диетическое) пищевое поведение, эмоциональное пищевое поведение, а также экстернальное пищевое поведение.

Ограничительное пищевое поведение: значения в норме оказались у 6 % (3 человека) – у данных респондентов нет проблем с ограничениями в пище, они разрешают себе есть «свободно» и при этом питаются достаточно разумно. Результат выше нормы у 38 % (19 че-

ловек) – у данных респондентов отношения с едой далеки от гармоничных. Они боятся есть, чтобы не набрать лишний вес. Результат значительно ниже нормы у 56 % (28 человек) – чаще всего они едят бесконтрольно, без ограничений, плохо осознавая, что и как они едят.



Эмоциональное пищевое поведение: в норме эти значения у 6 % (3 человека) опрашиваемых, они не склонны заедать стресс, различные эмоции. Значение выше нормы у 48 % (24 человека) – им сложно перерабатывать эмоции, не прибегая к помощи еды. И 46 % (23 человека) – значения ниже нормы.



Экстернальное пищевое поведение: в результате исследования выяснилось, что только 38 % (19 человек) не склонны переедать в социальных ситуациях или потому, что еда находится на виду и доступна. Значения выше нормы у 62 % (31 человек) – можно сказать, что эти студенты имеют звание «безотказного» едка, которым сложно остановиться, начав есть, сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды.



Выводы

В результате исследования был выявлен достаточно большой процент студентов-медиков с нарушениями пищевого поведения. Следовательно, можно сделать вывод о том, что у большинства имеется предрасположенность к расстройствам пищевого поведения. Это может быть связано с влиянием многих факторов, таких как: социальных, экономических, этнокультурных, личностных особенностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров, А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии: учебник / А. Е. Бобров. – М.: ООО Издательство «Альманах клинической медицины», 2015. – 51 с.
2. Менделевич, В. Д. Клиническая медицинская психология: учебник / В. Д. Менделевич. – М.: ООО Издательство «МЕДпресс», 2014. – 360 с.
3. Демешкина, Л. В. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / Л. В. Демешкина, О. Н. Сердюченко // Гастроэнтерология. – 2015. – № 3. – С. 59–65.

УДК 616.895.1-07

А. А. Краснова

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОБЛЕМАТИКА ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА 2-ГО ТИПА

Введение

Биполярное аффективное расстройство 2-го типа (БАР-2 типа) – эпизодическое расстройство настроения, определяемое возникновением одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и по меньшей мере одного депрессивного эпизода, такие гипомании не попадают в поле зрения психиатров, пациент не осознает, как патологическое состояние [1].

Эмоциональные проявления данного расстройства охватывают все виды гипертимии – от легкой приподнятости настроения или чрезмерного выражения радости в связи с относительно адекватным поводом, неспособности по-настоящему огорчаться до безудержной неадекватной веселости, бурной радостной экзальтации. В гипоманиакальных состояниях нередко встречается эмоциональная лабильность, но с доминированием гипертимии.

Характерна диссомния с укорочением сна, ранними пробуждениями. Больные почти неистощимы, потребность в сне снижена. Иногда больные сообщают об особой яркости восприятия и даже об улучшении зрения, слуха, обоняния [3].

Также за фасадом тревоги обнаруживаются конативные и поведенческие проявления, которые свойственны гипомании: общее повышение активности, подвижность, ловкость, точность движений принимается окружающими, даже врачами как социально приемлемые. Пациенты склонны к экстравагантным поступкам, беспечной трате средств, ненужным покупкам, раздаче денег и подарков, присутствует повышение сексуального влечения, нередко с «романтическими увлечениями». К тому же далеко не всегда гипомания представлена классической структурой. Она часто имеет гневливые выражения, либо тревожные [4].

Ключевым дифференциальным критерием диагностики БАР, является наличие гипоманиакальных или маниакальных фаз в анамнезе заболевания. Однако частая ошибочная постановка диагноза рекуррентного депрессивного расстройства больным БАР связана с тем, что пациенты не оценивают гипоманиакальное или маниакальное состояние как болезненное, поэтому не обращаются к врачу и не сообщают о перенесенном «подъеме настроения» при сборе анамнестических сведений. Во французском исследовании EPIDEP уровень распространенности БАР среди депрессивных больных увеличился практически в 2 раза – с 22 до 40 %.

К факторам, затрудняющим процесс диагностики, можно отнести частую коморбидность БАР с другими расстройствами, особенно с тревожными и аддиктивными, а также отставленное появление маниакальной или гипоманиакальной симптоматики у больных с повторными депрессивными фазами [2].

Применение трициклических антидепрессантов для лечения депрессивных состояний может провоцировать развитие полярного аффекта, так называемого «гипоманиакального выража» с последующей хронизацией.

Цель

Выявить причину и факторы, затрудняющие процесс диагностики БАР 2-го типа.

Материал и методы исследования

Метод исследования – клинический.

Материалы исследования – клинические случаи.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай № 1: Женщина, 46 лет.

Росла и развивалась нормально. Преморбид subtilный, тревожно-мнительный. Социально адаптирована. С 30 лет – домохозяйка. Наблюдается с 23 лет после депрессии в послеродовом периоде. Со становлением фазного течения наблюдалась с рекуррентным депрессивным расстройством. Проводилась терапия трициклическими антидепрессантами. В связи с повторными депрессивными эпизодами переводилась на курсовое лечение вальпроатом (4 года). Практически всегда опрашивалась на предмет наличия гипоманиакальных эпизодов. Спонтанное возникновение депрессии (в формате субдепрессии) при желанной второй беременности (в 40 лет). Беременность выносила без медикаментозных назначений, с поддерживающей психотерапией. Субдепрессия тоскливой модальности с тревожными, обсессивными включениями, переживанием «пелены». Течение приняло персистирующий характер с хронификацией гипотимии. Предпринята ревизия анамнеза. Установлено раннее начало болезни в 10 лет в формате тревожных расстройств (с версией испуга собаки). Дважды лечилась в отделении неврозов с тревожными симптомами (вегетососудистая дистония; фобический невроз). С 15 лет – аутохтонная тревога с предполагаемой гипоманией. При ведении установлены гипоманиакальные эпизоды в последние 2 года в летние месяцы с переживанием воодушевления, с повышенной активностью, оживлением влечений. Называла это «вспышками». Не усматривала в этом ничего болезненного ввиду положительного характера переживаний, социальной приемлемости. В настоящем клиническом случае решающим оказалось выявление гипоманиакальных эпизодов как дискретных, так и на фоне лечения антидепрессантами в формате гипоманиакального выража. Это обусловило квалификацию аффективного расстройства как биполярного, коррекцию лечения (вальпроат). На этапе последних 6 месяцев наметилась тенденция к стабилизации состояния, улучшению качества жизни.

Заключение: Биполярное аффективное расстройство 2-го типа.

Клинический случай № 2: Женщина, 58 лет, пенсионер.

Анамнез без особенности. В преморбиде умеренно мнительная, жалостливая, сдержанная, в меру осторожная. При этом социально адаптирована, включалась в социальные акции, выступления. Оставалась внешне веселой, «радостной», даже «шустрой», подвижной. В 49 лет – реактивная депрессия на смерть племянника. В последующем аутохтонные депрессивные эпизоды с фазным течением. Неоднократно лечилась стационарно с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. При поступлении определялся тревожно-тоскливый аффект, телесные (сенестоалгии, симптомы соматодеперсонализации) сенсации. Состояние изменилось накануне осмотра по типу «включения» с полярным изменением настроения – «отличным», приподнятым, с отвлекаемостью, говорливостью, смешками, гедонией («жить хочется»).

Заключение: БАР 2 типа, депрессивный эпизод с инверсией аффекта (симптоматика гипоманиакального выража).

Клинический случай № 3: Женщина, 35 лет.

В 21 год реактивная депрессия на утрату. Последующие аутохтонные эпизоды с углублением регистра до степени меланхолии. Неоднократно лечилась в отделении по-

граничных состояний с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Анамнестически установлено незарегистрированное в документации по февраль 2015 – продолжительное гипоманиакальное состояние – 4 месяца в 2015 г. «летала», с оживлением, вдохновением («словами не передать»), спала по три часа; избыток сил, повышенная трудоспособность, осознание отличия гиперактивности от своего привычного модуса.

Поступила в отделение с жалобами на вялость, сонливость, залеживаемость, плаксивость. Осмотрена на 5-й день после поступления. При осмотре – цепкий взгляд, ускоренный темп речи, напористый стиль изложения. Говорливость, экспансивность сочетается с гипорефлексией, эмоциональной монотонией. Признает приподнятость, оживление. Инверсия аффекта – с момента поступления (несколько дней), резкая, по типу «включения» («резко включилась», готова приступить к работе), заметным возрастанием аппетита. Довольна, «все прекрасно!». Эмоционально-восторженный комментарий – «за 10 лет пришла в человеческое состояние». В статусе – актуальная гипомания.

Заключение: Биполярное аффективное расстройство 2-го типа, гипоманиакальный вираж на фоне депрессивного эпизода.

Выводы

Обобщая изложенное выше, следует отметить, что аффективные расстройства весьма распространены, и большая их часть остается нераспознанной.

В приведенных наблюдениях, ключевыми стали приемы анамнестической реконструкции согласно клиническому алгоритму и своевременная квалификация транзиторного повышения настроения на фоне проводимого лечения антидепрессантами – т.н. гипоманиакальный вираж. Квалификация БАР как второго типа позволила оперативно скорректировать лечение и создать предпосылки стабилизации. Диагностика данного расстройства важна, так как она ниже популяционных значений в 150 раз. Следствием этого может явиться проблематичная диагностика данного заболевания и неадекватная терапия таких пациентов. В следствие этого, возникает и обострение и далее хронизация этих состояний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. МКБ-11 [Электронный ресурс]/2022. – Режим доступа: <https://icd11.ru/bipolarnye-rasstoystva-vtor-typ/> – Дата доступа: 03.04.2022.
2. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
3. Психиатрия: Научно-практический справочник / под ред. РАН А. С. Тиганова. – М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 608 с.
4. Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

УДК 378.6-057.875

Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич

Научный руководитель: д.м.н, доцент, И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА САМООРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Введение

Современное медицинское общество требует от системы здравоохранения подготовки умных, дисциплинированных, ответственных молодых специалистов. Подготовка

высококвалифицированных специалистов осуществляется в учебном процессе и научно-исследовательской работе, что предполагает формирование высоких знаний и навыков будущего специалиста. Главную роль играет способность студентов использовать различные методы самоорганизации в учебном процессе. В большинстве это зависит от способности осознавать свои цели и задачи, умения самостоятельно контролировать свои действия, от личностной самоорганизации. Самоорганизация — качество личности, которое формируется в течение всей жизни и всегда подвергается постоянному развитию и самосовершенствованию.

Цель

Изучить самоорганизацию у студентов учреждений высшего и средне-специального медицинских образования.

Материал и методы исследования

Для изучения данной темы была проведено исследование среди студентов учреждений образования Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ) и Гомельского государственного медицинского колледжа (ГомГМК). Использован опросник самоорганизации деятельности (ОСД) Е. Ю. Мандриковой, отображает шесть шкал: «Планомерность», «Целеустремленность», «Настойчивость», «Фиксация», «Самоорганизация», «Ориентация на настоящее» [номер автора 1]. Данная шкала предназначена для диагностики сформированности навыков тактического планирования и стратегического целеполагания, особенностей структурирования деятельности, самоорганизации.

При интерпретации результатов использовались методы описательной статистики и сравнительного анализа. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$), абсолютное количество исследованных 50 (n абс. = 50).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 100 участников (50 студентов ГомГМУ и 50 студентов (ГомГМК) из них 75 человек женского пола и 25 мужского. Выборка респондентов в возрасте несовершеннолетних составила 10 %, 70 % участников в возрасте от 18 до 20 лет и 20 % людей старше 21 года.

По результатам проведенного нами исследования мы сравнили что выборка однородна по половой принадлежности в самоорганизации, однако различается по возрасту. Большинство молодых респондентов (а именно несовершеннолетних и в возрасте от 18 до 20 лет) имеют более низкий процент самоорганизации, чем студенты старше 21 года. Вероятно, это связано с рядом причин, таких как: адаптационная способность студентов к системе обучения; нерациональное планирование своего времени; неправильные расставленные приоритеты в учебе; отсутствие существенной мотивации в приобретении профессиональных знаний. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Шкалы индивидуальных особенностей студентов

Показатели тревоги	ГомГМУ		ГомГМК		P (ГомГМУ - ГомГМК)
	n абс.	%	n абс.	%	
«Планомерность»	50	48,0	50	44,0	> 0,05
«Целеустремленность»	50	68,0	50	46,0	< 0,05
«Настойчивость»	50	70,0	50	64,0	> 0,05
«Фиксация»	50	52,0	50	62,0	> 0,05
«Самоорганизация»	50	76,0	50	48,0	= 0,01
«Ориентация на настоящее»	50	68,0	50	72,0	> 0,05

Результаты опроса показали, что у студентов УО ГомГМУ шкалы «Планомерность», «Целеустремленность», «Настойчивость», «Самоорганизация» имеют высокие значения, а шкалы «Фиксация» и «Ориентация на настоящее» имеют более низкие значения, чем у сравнительной группы студентов УО ГомГМК ($p < 0,05$). Особенно обращает на себя внимание преобладание у студентов вуза такой копинг-стратегии как «самоорганизация», использующаяся в 76 % случаев против 48 % у студентов колледжа ($p < 0,01$).

У студентов медицинского колледжа меньше развиты навыки планирования ($> 0,05$) показатели целеустремленности ($p < 0,05$) и настойчивости ($> 0,05$), некоторые студенты колледжа не могут четко следовать своей цели, однако они больше, чем студенты медицинского вуза, были ориентированы на настоящее и старались выполнять все поставленные задачи вовремя ($> 0,05$). Мы считаем, что формирование таких особенностей самоорганизации студентов медицинского вуза, будущих врачей, и студентов медицинского колледжа, будущих медицинских сестер, объясняется не только возрастом респондентов, но и самой задачей подготовки работников здравоохранения вполне.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ исследуемых выборок студентов показал, что значительная часть студентов обладает высоким уровнем самоорганизации. Высокие результаты говорят о степени форсированности способностей будущих врачей и среднего медицинского персонала к тактическому и стратегическому целеполаганию. На наш взгляд, уровни сформированности способности к самоорганизации у обучающихся в ГомГМУ выше, чем у студентов ГомГМК. Что показывает на общую направленность студентов на качества, связанные с процессом познания, ценностями, которые концентрируются на когнитивной сфере.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мандрикова, Е. Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности (ОСД) / Е. Ю. Мандрикова // Психологическая диагностика 2010. – № 2. – С. 87.
2. Нос, Е. Ю. Способность к самоорганизации деятельности как критерий личностного потенциала и условие достижения психологического благополучия / Е. Ю. Нос // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 34. – С. 106–108.
3. Афанасьева, Н. А. Самоорганизация – фактор успешности учебной деятельности / Н. А. Афанасьева // Фундаментальные исследования. – № 2. – С. 20–21.

УДК 616.89

А. А. Ловкис

Научный руководитель: д.м.н., профессор И. В. Реверчук

Учреждение образования

«Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

г. Калининград, Российская Федерация

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД КАРАНТИНА COVID-19

Введение

Специфические расстройства личности по сегодняшний день остаются важным объектом здравоохранения с недостаточно признанным и финансируемым, плохо организованным лечением [1]. Пациенты склонны к риску, связанному с их импульсивностью – злоупотреблению психоактивных веществ, несчастным случаям и распространению заболеваний, передающихся половым путем. В связи с карантинными ограничительными мерами, мы можем столкнуться с трудностями, связанными с выявлением механизмов агрессии. Мы

зачастую исследуем только внешние проявления агрессии, забывая о внутренних мотивах, а глубинное психологическое содержание механизмов агрессии на данный момент не является полностью изученным [2].

Цель

Изучить психопатологические особенности структуры агрессивности у больных с специфическими расстройствами личности и параноидной формой шизофрении в период пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

Проведено исследование выборки пациентов с диагнозами «параноидная шизофрения» и «специфические расстройства личности», мужского пола, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГБУЗ «Психиатрическая больница № 2» Калининградской области. Для проведения исследования применялись клиничко-психологические методы (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса) и психометрическое обследование (опросник Басса – Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна – Уитни и коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами личности по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p < 0,001$; $U = 11$) (рисунок 1)

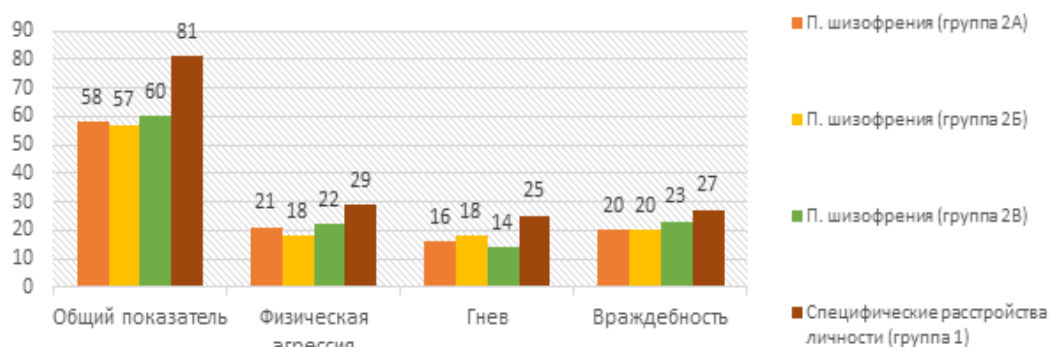


Рисунок 1 – Результаты опросника Басса – Перри

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p = 0,016$; $U = 18$). Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной) (соотв. $p = 0,06$; $U = 50$) (рисунок 2).

Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией, с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия (соотв. $p = 0,011$; $U = 17$). Шкала самообвинения наиболее выражена у больных специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания – у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет (соотв. $p = 0,005$; $U = 42$). Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам (соотв. $p < 0,01$; $U = 50$) (рисунки 3, 4).

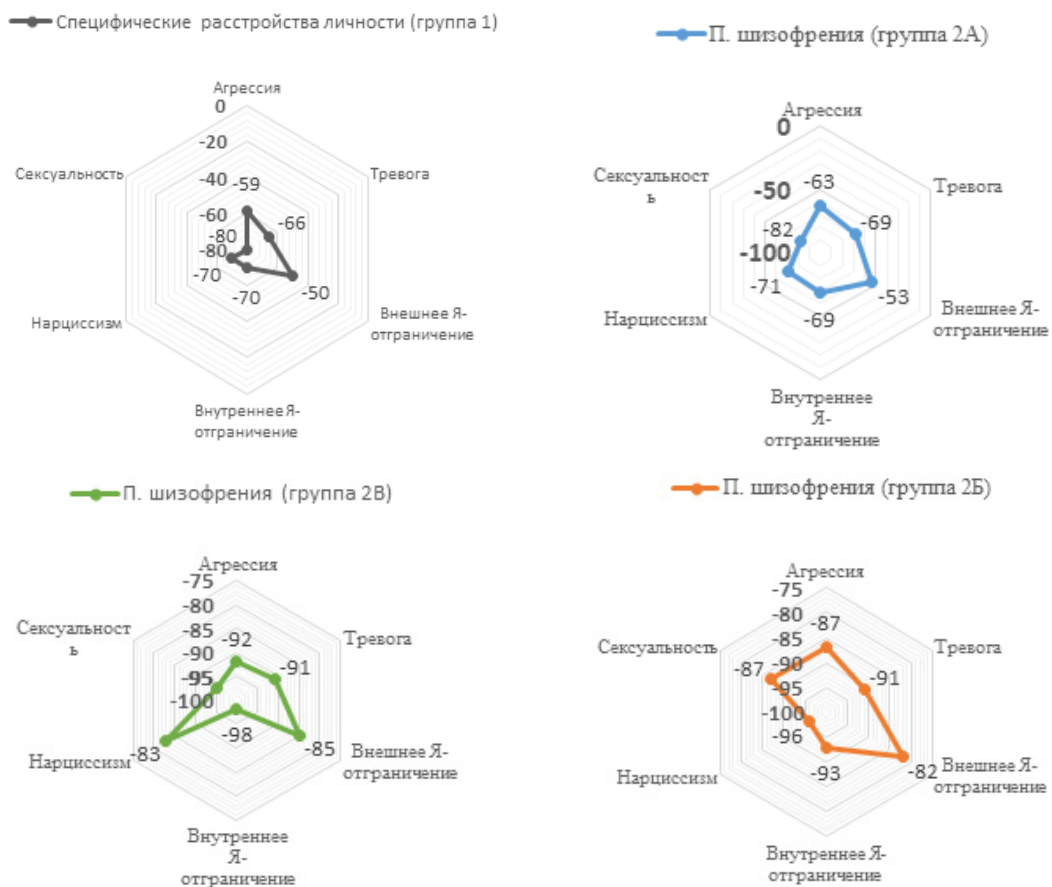


Рисунок 2 – Результаты опросника Я-структурный тест Аммона, ISTA-96

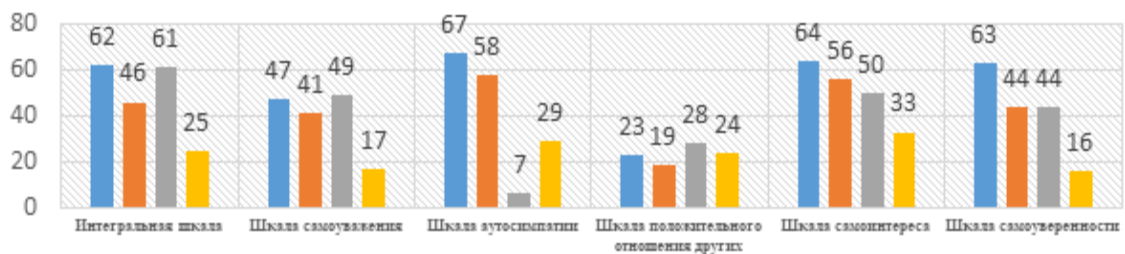


Рисунок 3 – Результаты опросника самооотношения ОСО № 1

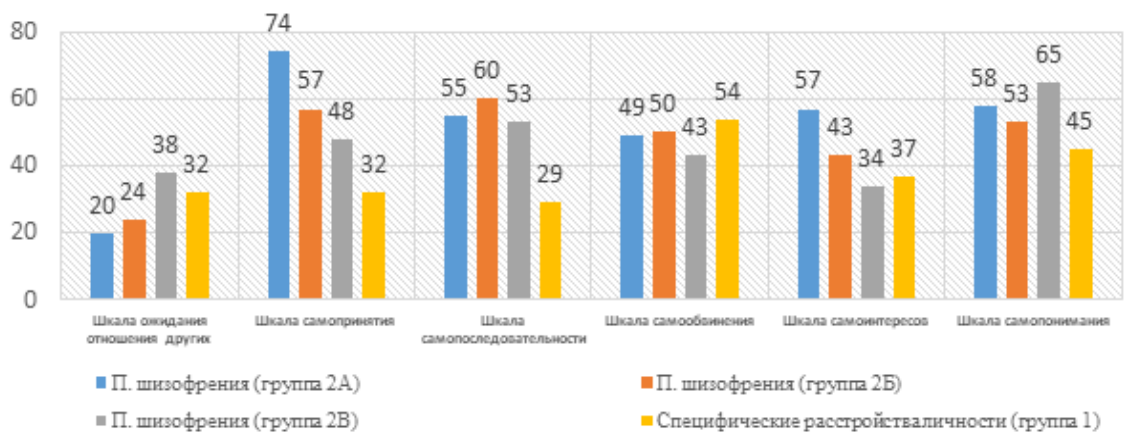


Рисунок 4 – Результаты опросника самооотношения ОСО № 2

В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК) (соотв. $p = 0,096$; $U = 40$), а шизофренией – к проблемно-ориентированному и копингу, ориентированному на избегание (соотв. $p = 0,002$; $U = 9$) (рисунок 5).

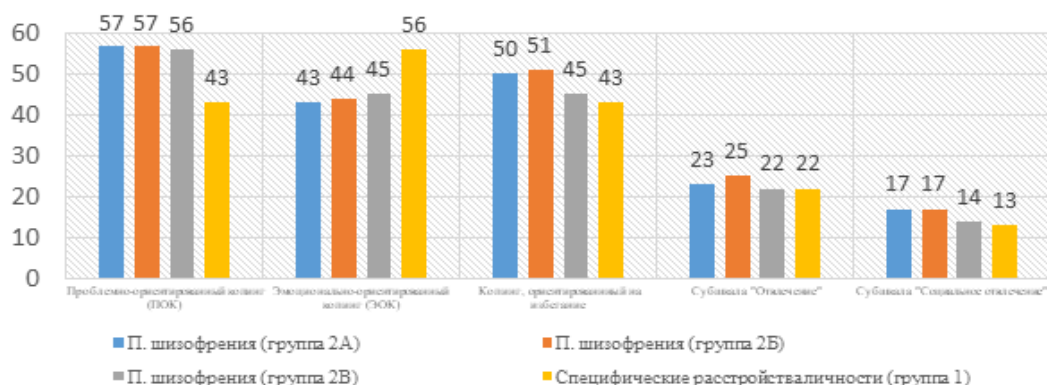


Рисунок 5 – Результаты опросника CISS

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет склонность к открытому агрессивному поведению, чем в других экспериментальных группах (рисунок 6).

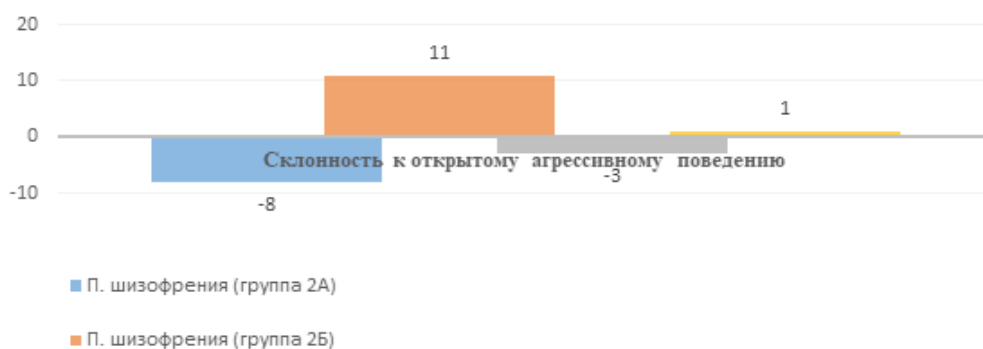


Рисунок 6 – Результаты Hand-теста

Выводы

Для больных специфическими расстройствами личности характерно повышение показателя поведенческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности [3]. Структура агрессивности больных специфическими расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии. Карантин и социальная изоляция приводят к депрессии, алкоголизму и тревожным расстройствам, что способно ухудшить состояние здоровья у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У больных специфическими расстройствами личности – структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда) [4]. В группах больных специфическими расстройствами личности определяется повышение конструктивного варианта составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований [5]. В группах больных шизофренией получены результаты, свидетельствующие о преобладании дефицитарного и деструктивного вариантов реализации агрессии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон. – Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. – С. 200.
2. Бочкова, Ю. Ю. Роль агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией / Ю. Ю. Бочкова // Дисс ... к. мед. наук: 19.00.04 – Ижевск., 2021.
3. Незнанов, Н. Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями / Н. Г. Незнанов // Дис. ... д. мед. наук: 14.00.18. – СПб., 1994.
4. Реверчук, И. В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств / И. В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 17–26.
5. Реверчук, И. В. Структура агрессивности и компенсаторные поведенческие тенденции у больных параноидной шизофренией / И. В. Реверчук, Ю. Ю. Худякова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016.

УДК 159.944.4:[378.6-057.875:159.947.32]

И. А. Нурсахатов, О. Аллабердиев

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ КОПИНГА В УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Введение

Стратегии преодоления стресса (англ. *coping, coping strategy*) – это действия, предпринимаемые человеком, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы совладать со стрессами, и в общем случае, с психологическими трудными ситуациями обыденной жизни.

R. S. Lazarus, S. Folkman считают, что coping должен пониматься как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и стадией развития конфликта, столкновения субъекта с внешним миром. Каждая форма психологического преодоления специфична, зависит от субъективного значения переживаемой ситуации и отвечает преимущественно одной из задач: либо решению реальной проблемы или ее эмоциональному переживанию, либо корректировке самооценки или регулированию взаимоотношений с людьми [1].

Во многих работах авторы подтверждают обусловленность способа психологического преодоления жизненных сложностей полоролевыми стереотипами: женщины (и фемининные мужчины) склонны, как правило, защищаться и разрешать трудности эмоционально, а мужчины (и маскулинные женщины), напротив, инструментально, путем преобразования внешней ситуации [2].

M. Petrovsky и J. Birkiner изучили возрастные закономерности развития психологического преодоления. Путем опроса респондентов различных поколений в возрасте от 17 до 42 лет по стандартным методам они установили, что предпочтение реального решения проблем наряду с внутренним локусом контроля и снижением общего уровня невротической симптоматики является возрастным новообразованием и свидетельствует о возрастании адаптированности человека по мере приобретения жизненного опыта [3].

Существуют некоторые общие достаточно устойчивые выводы об эффективности и предпочтительности различных форм преодолевающего поведения. Так, H. Weber считает, что наименее эффективными являются избегание и самообвинение во всех вариан-

тах, а также занижение своих возможностей. Достаточно действенным представляется реальное преобразование ситуации или, по крайней мере, ее перетолкование [4].

Эффективность защитных форм преодоления оценивается неоднозначно. N. Naan считает, что эти формы поведения являются совершенно дезадаптивными, нарушающими ориентацию человека в действительности. Другой точки зрения придерживается С. Carver, который полагает, что иллюзорное ослабление воспринимаемого стресса в случае защитного coping позволяет субъекту лучше сконцентрироваться и мобилизовать усилия для реального преодоления жизненных сложностей [5].

Цель

Изучить роль копинга в успеваемости студентов медицинского вуза.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 78 студента, из них 28 (35,9 %) и 50 (64,1 %) девушек, проживающих в студенческом общежитии учреждении образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Для достижения поставленной цели мы использовали комплексный копинговый опросник (Маккей М., Скин М., Фаннинг П.).

Опросник дополнен следующими пунктами:

- возраст;
- пол;
- средняя оценка на зачетной книжке.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст испытуемых на момент исследования составлял 20,8 лет, причем количество испытуемых в возрасте от 18 до 23 лет одинаково по годам ($n = 12$ каждого года).

Самый часто встречаемый средний бал – 8 (32,4 %), далее – 7 (29,7 %). Редко встречаемые – 5 (13,5 %), 6 (10,8 %) и 9 (8,1 %). По два ответа были зафиксированы оценки 4 и выше 9 (по 2,56 % соответственно).

По результатам исследования выяснилось, что самые редкие стратегии – «избегающее поведение» (10,2 %) и «беспокойство и накручивание» (10,2 %). «Непереносимость стрессовых ситуаций» встречались у 18 % опрошенных. Самыми часто встречаемыми оказались «когнитивная переоценка» и «неопределенная» ($p < 2$ баллов) стратегии (по 30,8 % соответственно).



Рисунок 1 – Структура копинг-стратегий у исследованных студентов

По итогам сопоставления было выявлено, что у всех опрошенных со средним баллом 9 и выше 9 не было копинг стратегий, заметно превышающих другие ($p > 0,05$). Что

касаемо опрошенных со средним баллом 4 и 5 оказалось, что у них были выявлены в равном количестве вариантов малопродуктивного копинга «беспокойство», «накручивание» и «непереносимость стрессовых ситуаций» (отличие от студентов с высоким уровнем успеваемости статистически значимо, $p < 0,05$). Мы считаем, что равномерная встречаемость различных копинг-стратегий у студентов с высокой успеваемостью соответствует реальным жизненным ситуациям и характеризует их более высокую, по сравнению со студентами с низкой успеваемостью, адаптивность.

Выводы

У студентов с высоким уровнем успеваемости (10,66 % всех исследованных) все изученные копинг-стратегии встречались без статистически значимой разницы между собой ($p > 0,05$), а студентам с низким уровнем успеваемости, в отличие от успешно обучающихся студентов, были свойственны малопродуктивные копинг-стратегии «беспокойство», «накручивание» и «непереносимость стрессовых ситуаций» ($p < 0,05$).

Изучение социально-психологической адаптации студентов-медиков позволило нам сделать вывод о том, что решение проблемы повышения ее качества будет еще более эффективным, если изучить копинг-стратегии в контексте тех сложных ситуаций, которые сопровождают педагогический процесс в медицинском вузе. Это позволит не только оптимизировать процесс обучения, но и успешно решать вопросы психогигиены и психопрофилактики студентов-медиков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Lazarus, R. S. Emotions: a cognitive phenomenological analysis / R. S. Lazarus, A. D. Kanner, S. Folkman // Emotion. Theory, Research and Experience. – 1980. – Vol. 1. – P. 185–217.
2. Moderating Effects of Age and Context on the Relationship Between Gender, Sex Role Differences, and Coping / F. Blanchard Fields [et al.] // Sex Roles. – 1991. – Vol. 25, № 11–12. – P. 645–660.
3. Petrovsky, M. J. The relationship among locus of control, coping styles and psychological symptom reporting / M. J. Petrovsky, J. C. Birkimer // J. Clin. Psychol. – 1991. – Vol. 47, № 3. – P. 336–345.
4. Weber, H. Belastungsverarbeitung / H. Weber // Z. für Klinische Psychologie. – 1992. – Bd. 21. – H. 1. – S. 17–27.
5. Carver, C. S. Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach / C. S. Carver, M. F. Schier, J. K. Weintraub // J. Pers. And Soc. Psychol. – 1989. – Vol. 56. – P. 267–283.

УДК [616.89:613.2]:159.923.4

К. Н. Пожиток, В. В. Ковальчук

Научный руководитель: ассистент В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Введение

Нарушения пищевого поведения (НПП) – многогранная проблема современной психиатрии и медицины в целом. В настоящее время отклонения в пищевом поведении встречаются все чаще, особенно у молодых женщин [1; 2]. Для этих расстройств характерны поздняя диагностика и резистентность к терапии [5].

На поведение человека во многом влияют его характер и темперамент. Темперамент обуславливает врожденные, наиболее устойчивые и постоянные психические особенности человека. Выделяют четыре типа темперамента: меланхолик, холерик, сангвиник, флегматик. [3] Темперамент может быть фактором, детерминирующим возникновение

НПП, так как от него зависит поведение человека в повседневной жизни, в том числе пищевые предпочтения, а также выбранный режим и темп приема пищи [3; 4].

Цель

Определить наличие взаимосвязи между типом темперамента и вероятностью возникновения нарушений пищевого поведения. Выявить типы темперамента, наиболее характерные для людей с расстройствами пищевого поведения.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 60 человек с помощью Голландского опросника пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). Вопросы 1–10 представляют собой шкалу ограничительного пищевого поведения, вопросы 11–23 – шкала эмоционального пищевого поведения, вопросы 24–33 – шкала экстернального пищевого поведения. Средние показатели ограничительного, эмоционального и экстернального пищевого поведения составляют 2,4, 1,8 и 2,7 балла соответственно. Если по какой-либо из шкал набрано баллов больше среднего значения, то можно диагностировать нарушения в пищевом поведении.

Для изучения темперамента был использован тест Г. Айзенка (Eysenck Personality Inventory).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Statistica v.10 и Microsoft Excel. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании участвовали люди от 18 до 48 лет. Средний возраст опрошенных составил $23,7 \pm 7,1$ лет. В изучаемой группе женщины составили 83,3 % (50 человек), мужчины – 16,7 % (10 человек).

По результатам исследования нарушения пищевого поведения имелись у 90 % анкетированных лиц (54 человек), из которых 78,3 % (47 человек) – женщины, 11,7 % (7 человек) – мужчины.

Среди лиц с НПП меланхолики составили 33,3 % (18 человек), холерики – 24,1 % (13 человек), сангвиники – 14,8 % (8 человек), меланхолики/холерики – 11,1 % (6 человек), флегматики – 7,4 % (4 человека), меланхолики/флегматики – 7,4 % (4 человека), флегматик/сангвиник – 1,9 % (1 человек).

Экстернальный тип пищевого поведения наблюдался у 85 % опрошенных (51 человек): 75 % (45 человек) – женщины, 10 % (6 человек) – мужчины. Люди с этим типом пищевого поведения часто едят не из-за реального чувства голода, а под влиянием запаха, внешнего вида продуктов питания или других людей, принимающих пищу.

Эмоциональный тип пищевого поведения был выявлен у 65 % респондентов (39 человек): 61,7 % (37 человек) – женщины, 3,3 % (2 человека) – мужчины. У людей с данным типом пищевого поведения желание поесть возникает в ответ на определенные эмоциональные состояния.

Ограничительный тип пищевого поведения наблюдался у 40 % опрошенных (24 человека): 38,3 % (23 человека) – женщины, 1,7 % (1 человек) – мужчины. Для людей с таким типом пищевого поведения характерны самоограничения в питании для снижения или поддержания имеющегося веса.

НПП отсутствовало у 10 % респондентов (6 человек): 5 % (3 человека) – женщины, 5 % (3 человека) – мужчины.

Среди лиц без нарушений пищевого поведения флегматики составили 50 % (3 человека), меланхолики – 33,3 % (2 человека), холерики – 16,7 % (1 человек).

Таблица 1 – Типы темперамента при различных видах пищевого поведения

Тип темперамента	Тип пищевого поведения		
	Ограничительный	Эмоциональный	Экстернальный
Меланхолик	29,1 % (7 человек)	28,2 % (11 человек)	33,3 % (17 человек)
Холерик	33,3 % (8 человек)	30,8 % (12 человек)	25,5 % (13 человек)
Сангвиник	12,5 % (3 человека)	12,8 % (5 человек)	15,7 % (8 человек)
Флегматик	4,2 % (1 человек)	5,1 % (2 человека)	5,9 % (3 человека)
Меланхолик/Холерик	12,5 % (3 человека)	15,4 % (6 человек)	11,8 % (6 человек)
Меланхолик/Флегматик	4,2 % (1 человек)	7,7 % (3 человека)	7,8 % (4 человека)
Флегматик/Сангвиник	4,2 % (1 человек)	–	–

Выводы

Среди лиц с НПП преобладают меланхолики и холерики – 57,4 % ($p = 0,0012$). Меланхолики – сдержанные и застенчивые, нерешительные, а иногда замкнутые, тревожные, ранимые люди, склонные к тяжелым внутренним переживаниям, составили 33,3 % ($p = 0,0039$), а холерики – резкие, импульсивные, часто неуравновешенные, раздражительные и вспыльчивые – 24,1% ($p = 0,0037$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
2. Барыльник, Ю. Б. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход / Ю. Б. Барыльник // Социальная и клиническая психология. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 50–57.
3. Бороздина, Г. В. Основы психологии и педагогики: учебное пособие / Г. В. Бороздина. – Минск: Высшая школа, 2016. – 415 с.
4. Глуханюк, Н. С. Психодиагностика: учебное пособие для вузов / Н.С. Глуханюк, Д. Е. Щипанова. – М.: Академия, 2011. – 240 с.
5. Пищевое поведение у детей школьного возраста и влияющие на него факторы / В. М. Захарченко [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер. 11, Вып. 4. – С. 268–273.

УДК 616.891.6:616.89-008.441.12-008.441.42

К. Н. Пожиток

Научный руководитель: ассистент В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Введение

Нарушения пищевого поведения (НПП) – группа психогенно обусловленных поведенческих синдромов, которые характеризуются отклонениями при приеме пищи [1].

В настоящее время из-за стремительного темпа жизни, изменения и искажения общественных ценностей человек постоянно находится в ситуации напряжения и стресса, что вызывает у него дезадаптацию [2]. Эти причины приводят к попыткам спрятаться от проблем и дискомфорта [4].

Одна из причин нарушения пищевого поведения – тяжелые переживания. Еда в этом случае выступает как инструмент, при помощи которого человек подавляет неприятные чувства и эмоции, уходит от не устраивающей его реальности [3]. На развитие НПП вли-

яет неспособность управлять своими чувствами и поведением, проблемы с самооценкой и дисциплиной [2; 3].

Началу возникновения нарушений в пищевом поведении часто предшествуют симптомы тревожных расстройств, в частности – социальной тревоги, а также опыт негативного оценивания другими людьми, особенно в подростковом возрасте. Доказано, что параметры тревожных расстройств: беспокойство, руминации, страх негативного оценивания – также являются важными компонентами НПП, что подтверждает связь этих двух групп расстройств [4; 5]. В процессе формирования симптомов нарушений пищевого поведения отмечается фиксация мыслей человека на возможности увеличения веса и последующей за этим критикой со стороны общества, что вызывает выраженную тревогу [6].

При наличии симптомов НПП значительно увеличивается риск возникновения депрессии, расстройств адаптации, самоповреждающего поведения и суицидальных наклонностей [4].

Цель

Определить уровень тревожности у людей с нарушениями пищевого поведения. Установить взаимосвязь между уровнем тревожности и наличием нарушений пищевого поведения.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 60 человек с помощью Голландского опросника пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), в соответствии с которым выделяют 3 типа его нарушения: эмоциональное, экстернальное и ограничительное. Первые 10 вопросов опросника используются для выявления ограничительного типа пищевого поведения (норма – средний балл 2,4), вопросы с 11 по 23 – для диагностики эмоционального типа (нормальное значение – 1,8), вопросы с 24 по 33 – для констатации экстернального типа (норма – 2,7 баллов).

Для определения уровня тревожности у респондентов была использована шкала тревоги Бека. Шкала содержит 21 вопрос, каждый ответ оценивается в баллах от 0 до 3. При значении суммарного балла до 21 включительно определяется незначительный уровень тревоги, от 22 до 35 баллов – средняя выраженность тревоги, выше 36 баллов – очень высокая тревога.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Statistica v.10 и Microsoft Excel. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В анкетировании принимали участие люди от 18 до 48 лет. Средний возраст опрошенных в изучаемой группе составил $23,7 \pm 7,1$ лет. Среди респондентов 16,7 % (10 человек) составили мужчины, 83,3 % (50 человек) – женщины.

В результате исследования нарушения пищевого поведения были обнаружены у 90 % опрошенных (54 человек), из которых 78,3 % (47 человек) – женщины, 11,7 % (7 человек) – мужчины.

Среди лиц с НПП уровень тревоги выше нормы имели 68,5 % (37 человек): женщины – 62,9 % (34 человека), мужчины – 5,6 % (3 человека). Из них очень высокий уровень тревоги (≥ 36 баллов по шкале Бека) был выявлен у 14,8 % (8 человек), средняя выраженность тревоги (22–35 баллов) – у 53,7 % (29 человек): женщины – 48,1 % (26 человек), мужчины – 5,6 % (3 человека). Незначительный уровень тревоги (≤ 21 балла) наблюдался у 31,4 % людей с НПП (17 человек): женщины – 24 % (13 человек), мужчины – 7,4 % (4 человека).

Экстернальный тип пищевого поведения, при котором желание поесть вызывает не чувство голода, а внешний вид, запах продуктов питания, а также вид других людей, принимающих пищу, был выявлен у 85 % респондентов (51 человек): 75 % (45 человек) – женщины, 10 % (6 человек) – мужчины; эмоциональный тип, проявляющийся в желании принять пищу в ответ на эмоции, переживаемые в данный момент, – у 65 % (39 человек): 61,7 % (37 человек) – женщины, 3,3 % (2 человека) – мужчины; ограничительный тип, характеризующийся преднамеренными усилиями, направленными на достижение желаемого или поддержание имеющегося веса при помощи различных ограничений в питании, – у 40 % (24 человека): 38,3 % (23 человека) – женщины, 1,7 % (1 человек) – мужчины.

Таблица 1 – Уровень тревоги при различных типах пищевого поведения

Уровень тревоги	Тип пищевого поведения		
	Ограничительный	Эмоциональный	Экстернальный
Незначительный уровень тревоги (≤ 21 балла)	25% (20,8 % женщин, 4,2 % мужчин)	25,6 % (23,1 % женщин, 2,5 % мужчин)	29,4 % (23,5 % женщин, 5,9 % мужчин)
Средняя выраженность тревоги (22–35 баллов)	54,1 % (все женского пола)	56,4 % (53,8 % женщин, 2,6 % мужчин)	54,9 % (49 % женщин, 5,9 % мужчин)
Очень высокий уровень тревоги (≥ 36 баллов)	20,8 % (все женского пола)	18 % (все женского пола)	15,7 % (все женского пола)

НПП отсутствовало у 10 % анкетированных лиц (6 человек): 5 % (3 человека) – женщины, 5 % (3 человека) – мужчины.

Среди лиц без нарушений пищевого поведения среднюю выраженность тревоги имели 33,3 % (2 человека), незначительный уровень тревоги – 66,7 % (4 человека): мужчины – 50 % (3 человека), женщины – 16,7 % (1 человек).

Выводы

У лиц с НПП чаще всего наблюдается повышенный уровень тревоги – у 68,5 % ($p = 0,0034$). Из них у большинства отмечается средняя выраженность тревоги – в 53,7 % случаев. Очень высокий уровень тревоги был выявлен только у 14,8 %.

При ограничительном и эмоциональном типах пищевого поведения повышенный уровень тревоги встречается наиболее часто – в 75 % ($p = 0,0031$) и 74,4 % ($p = 0,0022$) случаев соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход / Ю. Б. Барыльник [и др.] // Социальная и клиническая психология. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 50–57.
2. Дурнева, М. Ю. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 25–34.
3. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
4. Сагалакова, О. А. Страх оценивания как патогенетический механизм социального тревожного расстройства и коморбидных расстройств / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, Е. А. Подолкина // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 6. – С. 3.
5. Тарханова, П. М. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом / П. М. Тарханова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 5. – С. 52–60.
6. Чигринцев, А. Н. Интолерантность к неопределенности и прагматическое образование / А. Н. Чигринцев, О. А. Сагалакова // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. – 2019. – № 1. – С. 145–153.

УДК [616.89:613.2]:616.89-008.42

К. Н. Пожиток, В. В. Ковальчук

Научный руководитель: ассистент В. А. Ермоленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОБРАЗ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА У ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Введение

В настоящее время проблема нарушений пищевого поведения (НПП) приобретает все большую значимость. Отклонения в пищевом поведении чаще всего встречаются среди представителей молодого возраста [2; 3].

Для людей с НПП характерны сверхзначимость внешнего вида, неприятие собственной внешности, негативное отношение к своему телу, искажение образа собственного тела, что приводит к постоянным попыткам различными способами контролировать свой вес и физическую форму [4].

Самооценка у лиц с нарушениями пищевого поведения зависит в основном от их веса, физической формы и собственной способности контролировать эти два параметра [5]. Такие люди устанавливают для себя очень высокие стандарты красоты, которых часто они не в состоянии достичь, что еще больше укрепляет их убеждение в собственной неполноценности. Успехи и достижения в других сферах жизни для людей с НПП имеют второстепенное значение и влияют на формирование самооценки значительно меньше [1; 4].

Цель

Определить уровень удовлетворенности собственной внешностью у людей с нарушениями пищевого поведения, а также выявить у них наличие реального избытка или дефицита массы тела при помощи расчета индекса Кетле.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 60 человек с помощью Голландского опросника пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), согласно которому выделяются 3 типа его нарушения: эмоциональное, экстернальное и ограничительное. Для выявления ограничительного типа пищевого поведения используются первые 10 вопросов (норма – средний балл 2,4), эмоционального типа – вопросы с 11 по 23 (нормальное значение – 1,8), экстернального типа пищевого поведения – вопросы 24–33 (норма – 2,7 баллов).

Для изучения степени удовлетворенности собственным внешним видом использовался опросник образа собственного тела (ООСТ), разработанный О. А. Скугаревским и С. В. Сивухой. Согласно этому опроснику, при сумме набранных баллов 13 и более устанавливается выраженное недовольство собственным телом.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Statistica v.10 и Microsoft Excel. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование были включены люди от 18 до 48 лет. Средний возраст в изучаемой группе составил $23,7 \pm 7,1$ лет. Среди опрошенных 16,7 % (10 человек) составили мужчины, 83,3 % (50 человек) – женщины.

По результатам анкетирования нарушения пищевого поведения были выявлены у 90 % респондентов (54 человек), из которых 78,3 % (47 человек) – женщины, 11,7 % (7 человек) – мужчины.

Среди лиц с НПП выраженная неудовлетворенность собственным телом отмечалась у 72,2 % (39 человек): женщины – 66,7 % (36 человек), мужчины – 5,5 % (3 человека). У 61,1 % (33 человека) опрошенных с нарушениями пищевого поведения индекс массы тела (ИМТ) был в пределах нормы (18,5 – 24,9 кг/м²), из которых 55,6 % (30 человек) – женщины, 5,5 % (3 человека) – мужчины; у 16,7 % (9 человек) – ИМТ выше нормы (> 24,9 кг/м²): 9,3 % (5 человек) – женщины, 7,4 % (4 человека) – мужчины; у 22,2 % (12 человек – все женского пола) – ИМТ ниже нормы (< 18,5 кг/м²).

Ограничительный тип пищевого поведения, для которого характерны различные пищевые ограничения в целях поддержания или снижения веса, наблюдался у 40 % опрошенных (24 человека): 38,3 % (23 человека) – женщины, 1,7 % (1 человек) – мужчины; эмоциональный тип, характеризующийся желанием принять пищу в ответ на эмоциональных дискомфорт, – у 65 % (39 человек): 61,7 % (37 человек) – женщины, 3,3 % (2 человека) – мужчины; экстернальный тип, при котором стимулом к приему пищи является не чувство голода, а внешний вид, запах продуктов или вид других людей, принимающих пищу, – у 85 % (51 человек): 75 % (45 человек) – женщины, 10 % (6 человек) – мужчины.

Таблица 1 – Удовлетворенность собственным телом при основных типах нарушения пищевого поведения

Уровень недовольства собственным телом	Типы нарушения пищевого поведения		
	Ограничительный	Эмоциональный	Экстернальный
Недовольство выше нормы (≥ 13 баллов)	95,8 % (91,7 % женщины, 4,1 % мужчины)	76,9 % (все женского пола)	70,6 % (66,7 % женщины, 3,9 % мужчины)

Таблица 2 – ИМТ при основных типах нарушения пищевого поведения

ИМТ (кг/м ²)	Типы нарушения пищевого поведения		
	Ограничительный	Эмоциональный	Экстернальный
Нормальный ИМТ (18,5–24,9)	54,2 % (все женского пола)	61,5 % (58,9 % женщин, 2,6 % мужчин)	64,7 % (60,8 % женщин, 3,9 % мужчин)
ИМТ выше нормы (> 24,9)	20,8 % (16,7 % женщин, 4,1 % мужчин)	10,3 % (7,7 % женщин, 2,6 % мужчин)	13,7 % (7,8 % женщин, 5,9 % мужчин)
ИМТ ниже нормы (< 18,5)	25 % (все женского пола)	28,2 % (все женского пола)	21,6 % (все женского пола)

НПП отсутствовало у 10 % опрошенных (6 человек): 5 % (3 человека) – женщины, 5 % (3 человека) – мужчины.

Среди лиц без нарушений пищевого поведения выраженная неудовлетворенность собственным телом отмечалась у 16,7 % (1 человек). У 66,6 % (4 человека) опрошенных без НПП индекс массы тела (ИМТ) был в пределах нормы (18,5 – 24,9 кг/м²); у 16,7 % (1 человек) – ИМТ выше нормы (> 24,9 кг/м²); у 16,7 % (1 человек) – ИМТ ниже нормы (< 18,5 кг/м²).

Выводы

У лиц с НПП в большинстве случаев наблюдается выраженное недовольство собственным телом – в 72,2 % случаев ($p = 0,0056$), при этом большинство из них имеют нормальную массу тела (ИМТ в пределах 18,5–24,9 кг/м²) – 61,1 % ($p = 0,0041$), что говорит в пользу искажения образа собственного тела при отклонениях в пищевом поведении.

При ограничительном типе пищевого поведения недовольство образом собственного тела встречается наиболее часто – в 95,8 % случаев ($p = 0,0038$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: монография / О. А. Скугаревский. – Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
2. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход / Ю. Б. Барыльник [и др.] // Социальная и клиническая психология. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 50–57.
3. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
4. Дурнева, М. Ю. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 25–34.
5. Александрова, Р. В. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения / Р. В. Александрова, Т. А. Мешкова // Человеческий капитал. – 2015. – № 9 (81). – С. 28–31.

УДК 616.8-07-053.7

Л. Р. Приходько, Я. Н. Маркоз

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ ПО МЕТОДИКЕ Л. И. ВАССЕРМАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Введение

Ученик В. Н. Мясищева Б. Д. Карвасарский (1990, 2002) определяет невроз как «психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений» [2].

В настоящее время для нынешнего общества характерна повышенная невротичность. Ввиду широкого распространения этого расстройства мы считаем, что вопросы диагностики занимают не менее важное место, чем его профилактика и лечение. Помимо всего, эффективность лечения миллионов невротиков значительно возросла бы, если бы их заболевание было вовремя диагностировано. Любой человек ежедневно сталкивается со множеством стрессовых ситуаций, которые провоцируют развитие у него развитие невротичности, плохо отражающейся на качестве его жизни. Вследствие этого проблема невротизации личности в современном мире имеет острое социальное значение и касается каждого из нас [3].

Цель

Определить взаимосвязь между уровнем невротизации у студентов различных вузов Республики Беларусь и такими параметрами, как пол, возраст, средний балл и специальность.

Материал и методы исследования

В данном исследовании приняли участие 91 студент вузов Республики Беларусь. Исследование проводилось при помощи онлайн тестирования и анкетирования. Так же исследовались такие параметры как пол, возраст, средний балл и специальность В качестве теста использовался тест на определение уровня невротизации по методике В. В. Бойко – Л. И. Вассермана. Методика предназначена для диагностики уровня невротизации личности, то есть такого состояния эмоциональной нестабильности, которое может привести к неврозу или невротической тенденции в поведении. Тест состоит из 40 вопросов,

ответы которого включают «да» либо «нет». Результат оценивается по шкале от 0 до 40 баллов. Низкий уровень соответствует по шкале от 0 до 12 баллов, средний – от 13 до 28 баллов, высокий – от 29 до 40 баллов соответственно.

Статистическая обработка данных проведена в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного опроса было опрошено 91 студент возрастом от 17 до 24 лет. Среди студентов было 50 (54,9 %) представителей женского пола и 41 (45,1 %) мужского пола. Среди университетов: ГомГМУ – 24 человека (26,37 %), ГГУ им. Франциска Скорины – 15 (16,48 %), БГУИР – 10 (10,99 %), ГГТУ им. П. О. Сухого – 10 (10,99 %), БелГУТ – 20 (21,98 %), БГЭУ – 12 (13,48 %) соответственно. Студенты обучались на следующих специальностях: лечебное дело – 24 человек (26,37 %), русская филология – 9 (9,89 %), программное обеспечение информационных технологий – 6 (6,5%), архитектура – 12 (13,48 %), водоснабжение – 8 (8,7 %), металлическое производство – 10 (10,99 %), информационные технологии и управление – 10 (10,99 %), логистика – 7 (7,68 %), национальная экономика – 5 (5,41 %). Средний балл студентов составил от 5,0 до 9,8.

По результатам теста на определение уровня невротизации студентов было выявлено, что низкий уровень невротизации был у 26 (28,57%) студентов, средний уровень у 41 (45 %) студентов, высокий уровень у 24 (26,37 %) студентов соответственно.

Взаимосвязь таких параметров как пол, возраст, средний балл, специальность с уровнем невротизации студентов указана в таблице 1, 2, 3.

Таблица 1 – Взаимосвязь возраста и пола с уровнем невротизации

Уровень невротизации	Пол		Возраст	
	женский	мужской	17–19 лет	20–24 года
Низкий уровень	16 человек (17,5 %)	10 человек (10,99 %)	3 человека (3,29 %)	23 человека (25,2 %)
Средний уровень	18 человек (20 %)	23 человека (25,27 %)	16 человек (17,5 %)	25 человек (27,4 %)
Высокий уровень	16 человек (17,5 %)	8 человек (8,7 %)	12 человек (13,48 %)	12 человек (13,48 %)

Таблица 2 – Взаимосвязь специальности с уровнем невротизации

Специальность	Низкий уровень невротизации	Средний уровень невротизации	Высокий уровень невротизации
Лечебное дело	8 (8,7 %) человек	7 (7,68 %) человек	9 (9,89 %) человек
Русская филология	0 (0 %) человек	1 (1,09 %) человек	8 (8,7 %) человек
ПОИТ	1 (1,09 %) человек	5 (5,4 %) человек	0 (0 %) человек
Архитектура	2 (2,2 %) человека	4 (4,39 %) человека	6 (6,5 %) человек
Водоснабжение	2 (2,2 %) человека	6 (6,5 %) человек	0 (0 %) человек
Металлическое производство	2 (2,2 %) человека	8 (8,7 %) человека	0 (0 %) человек
Информационные технологии и управление	6 (6,5 %) человек	3 (3,29 %) человек	1 (1,09 %) человек
Логистика	2 (2,2 %) человека	5 (5,4 %) человека	0 (0 %) человек
Национальная экономика	2 (2,2 %) человека	3 (3,29 %) человек	0 (0 %) человек

Таблица 3 – Взаимосвязь среднего балла с уровнем невротизации

Средний балл	Низкий уровень невротизации	Средний уровень невротизации	Высокий уровень невротизации
5,0–6,0	3 (3,29 %) человека	9 (9,89 %) человек	1 (1,09 %) человек
6,1–8,0	12 (13,48 %) человек	17 (18,6 %) человек	9 (9,89 %) человек
8,1–10,0	11 (12 %) человек	15 (16,48 %) человек	14 (15,3 %) человек

Как мы можем заметить, преимущественно у девушек уровень невротизации достаточно высокий. Это может быть связано с тем, что девушки по своей природе более эмоциональны и чувствительны по сравнению с парнями, они сильно подвержены стрессу.

Также студенты, которые имеют высокий средний балл, более склонны к стрессу, поскольку, вероятно, стремятся получить наилучший результат, что и вызывает стресс в случае неудачи.

Такие профессии, как врач и учитель чаще подвержены неврозам. Это может быть связано с тем, что это профессии, которые очень тесно взаимосвязаны с общением с людьми. А общение с людьми это не всегда просто. Врачи могут столкнуться со сложностями в коммуникации с больными пациентами, а учителя с детьми.

Высокий уровень невротизации свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости.

Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства, независимости, социальной смелости; о легкости в общении [1].

Выводы

Таким образом, примерно у половины студентов выявили средний уровень невротизации (45 %). Определили, что девушки более склонны к неврозам по сравнению с представителями мужского пола (высокий уровень невротизации был выявлен у 17,5 % девушек и 8,7 % у парней). Также исходя из результатов исследования было выявлено, что более подвержены неврозам люди с более высоким средним баллом. Среди специальностей по уровню невротизации можно отметить, что студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело», более подвержены неврозам, чем остальные специальности. На втором месте по подверженности к неврозам оказались студенты, которые обучаются на специальности «Русская филология», на третьем – студенты, обучающиеся по специальности «Архитектура».

Для того, чтобы снизить уровень невротизации у молодых людей, следует прежде всего избегать ситуаций, которые способны вызвать стресс. Также эффективно будет восстановление режима сна, рациональное и полноценное питание, спорт, ежедневные прогулки на свежем воздухе и общение с близкими и родными людьми.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учеб. пособие / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 339 с.
2. Будза, В. Г. Неврозы позднего возраста: учеб. пособие / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин. – Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011. – 284 с.
3. Арзютова, А. А. Индивидуально-психологические предпосылки невротизации личности / А. А. Арзютова // Поволжский педагогический вестник. – 2014. – № 2. – С. 12–18.

М. С. Романович

Научный руководитель: д.м.н, доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФЕНОМЕН ХИКИКОМОРИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Хикикомори – японский термин, обозначающий, добровольную изоляцию людей, которые запираются в домах, не контактируют со своей семьей, друзьями, обществом. Такие люди могут не выходить из дома или комнаты по несколько месяцев и даже лет.

Психолог Сайто Тамаки отмечает, что в Японии насчитывается до 1 миллиона хикикомори (20 % от всех молодых (до 30 лет) людей или 1 % от всего населения Японии), хотя официальная статистика приводит более скромную цифру в 50 000 человек. По данным исследований, среди хикикомори больше мужчин, чем женщин – примерно 60–80 % [1].

За последние десятилетия феномен хикикомори занял значительное место в мировой психиатрии. Природа данного феномена до конца не ясна. Ученые считают, что такая социальная изоляция была наиболее распространена в Японии, но уже в начале 21 века данный феномен был распространен и во многих других странах.

Цель

Изучить уровень изолированности и отчуждения студентов медицинского вуза

Материал и методы исследования

Научная работа основывается на рассмотрении и определении личностных качеств студентов «Гомельского государственного медицинского университета», уровень их коммуникации с обществом, изоляция студентов и отчуждение.

Обследовано было 100 студентов с 1 по 6 курсы «Гомельского государственного медицинского университета» (ГомГМУ). Были изучены личностные качества студентов, уровень их коммуникации с обществом, изоляция студентов и отчуждение.

Использовались статистический, аналитический и исследовательский методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Анкетирование проводилось среди студентов «Гомельского государственного медицинского университета». Обучающиеся с 1 по 2 курс – 6 %, с 3 по 4 курс – 72 %, с 5 по 6 курс – 22 %. Среди которых принимали участие 78 % девушки и 22 % мужчины в возрасте от 18 до 24 лет.

В анкете были заданы вопросы, которые раскрывали предрасположенность к социальной изоляции студентов на основании их личной жизни, уровня коммуникации с другими студентами вуза и отношения с семьей.

По результатам ответов студентов «ГомГМУ» на вопрос «Какие у вас отношения с родственниками?» выяснилось, что у 44 % респондентов доверительные отношения, лишь 14 % ответивших отметили, что общаются и видятся редко, а 42 % студентов сообщили, что у них обычные отношения. У 14 % процентов ответивших, есть предпосылки к социальной изоляции, которая, как мы считаем, может быть связана с переездом в другой город, новым коллективом по учебе, а также большой учебной нагрузкой.

На вопрос «Сколько у вас близких друзей?» 56 % ответили, что их больше трех; 32 % ответили, что у них один друг и 12 % ответили, что у них нет друзей. На основании этих данных следует, что у 12 % студентов имеются трудности с коммуникацией, что позволяет предполагать у них признаки социальной изоляции, проявляющихся в том, что даже в условиях ежедневного общения со своими одноклассниками у этих студентов имелись трудности в построении доверительных отношений.

Отвечая на вопрос «Что вас больше всего пугает?» студенты отмечали такие проблемы, как: большое количество людей (42 %), одиночество (34 %), много дел (24 %). Мы можем предположить, что на основании большой загруженности и выбора специальности, у студентов нет времени на построение личных отношений.

Учеба в медицинском университете требует большого количества времени для подготовки к занятиям, а также участия в научных конференциях. Студенты проводят много времени дома, к чему и привыкают. Из-за усталости у них нет желания куда-то выходить и на основании таких факторов мы задали вопрос: «Насколько вам нравится ваша комната?». 60 % ответили, что могут находиться долго как дома, так и вне его. 10 % респондентов ответили, что мало проводят времени дома, а 30 % сообщили, что могут находиться в ней сутки и не выходить из нее.

Кроме того, мы поинтересовались у студентов, когда их приглашают на мероприятия, какова будет их реакция. Ведь в университете несколько раз в неделю могут проходить различные собрания и конференции, игры и турниры среди вузов, в которых принимают участие большое количество людей и где есть возможность завести много новых знакомств. 24 % ответили, что сразу согласятся. 64 % респондентам надо будет время на размышление. 12 % сообщили, что сразу откажутся.

После появления заболевания COVID-19, появились ограничения в проведении мероприятий, было введено дистанционное обучение. Мы опросили обучающихся «Какое из перечисленных видов общения им нравится больше всего?». 84 % студентов ответили, что предпочитают общение в живую, а 16 % нравится общение по перепискам. Проанализировав ответы, мы пришли к выводу, что даже при ограничении проведения мероприятий и введении дистанционного обучения студенты предпочитают общение в живую.

При ответе на вопрос «Бойтесь ли вы высказать свое мнение, спорить или обсуждать различные темы?» 50 % обучающихся отметили, что это зависит от круга лиц, с которыми идет обсуждение. Вариант ответа «нет» отметили 40 % и вариант ответа «да» отметили 10 %. Стрессовая обстановка, непринятие людей твоего мнения или осуждения, могут привести к моральному давлению на человека из-за чего от него могут отвернуться другие участники группы.

При ответе на вопрос «Как вы предпочитаете проводить выходные?». В ходе опроса мы выявили, что 44 % предпочитают остаться дома, читать книгу или смотреть фильм. Что может говорить о том, что они предпочитают наслаждаться выходными в одиночестве и развиваться. 40 % проводят выходные вне дома или в кругу друзей. 12 % опрошенных отметили, что любят лежать дома и ничем не заниматься.

О 70 % студентов прошедших анкетирование, можно говорить смело об их коммуникабельности. Такие респонденты имеют доверительные отношения с семьей. Они не боятся братья за что-то новое и заводить новые знакомства. Не бояться потерпеть неудачу в спорах либо на различных мероприятиях.

14 % респондентов коммуникабельны, но появляется заметный страх неудачи в лицах других, закрытость, как в отношениях с семьей, так и в построении отношений с обществом.

Исходя из результатов исследования ответов респондентов, можем сделать вывод, что 16 % студентов имеют трудности в коммуникации, которая проявляется в асоциальности и не общительности. У таких людей плохие или напряженные отношения с семьей, которые могут давать начало в трудностях построения отношений в группе с однокурсниками, а также и построения личных отношений. Такие люди предпочитают проводить время в одиночестве, не заинтересованы в новых знакомствах. В таких случаях необходима помощь специалистов, а также их близких.

Можно сравнивать хикикомори с таким заболеванием, как аутизм. Феномен хикикомори часто называют «затворники», на таких людей в большей степени влияют технологии, интернет, неудачи в обществе, плохие отношения с семьей. Такой «уход от общества, уход в себя» развивается постепенно. Аутизм же в свою очередь это врожденная патология, которая может развиваться в результате проблем во время беременности либо при родах: внутриутробные инфекции, маточное кровотечение, преждевременные роды. Так же заболевание может передаваться по наследству. Однако и при феномене хикикомори, и при аутизме, при грамотной коррекции и работы специалистов совместно с родными, поведение можно скорректировать и привести к ремиссии.

В нашем мире нарастает социальная пандемия, от которой нет лекарств. А создание и усовершенствование технологий и социальных сетей только усугубляет ситуацию. Не малую роль сыграло заболевание COVID-19, которое усугубило ситуацию и привело к самоизоляции, навязало вынужденное затворничество. Феномен хикикомори требует не оставаться в стороне, а немедленно вмешаться. Хикикомори – это социальная и культурная проблема, которая должна изучаться глубже, чтобы предотвратить негативное влияние на новые поколения. Люди должны помнить, что технологии обладают не только положительными качествами, но и негативными. Виртуальный мир не заменит реальный [5].

Выводы

Исходя из результатов исследования ответов респондентов, можем сделать вывод, что у большинства студентов исследованного медицинского вуза вполне адаптированы и не обнаруживали проблем в коммуникациях с обществом. И все же у 16% студентов нами были выявлены трудности в коммуникации, которая проявлялась в асоциальности и не общительности. У таких людей плохие или напряженные отношения с семьей, которые могут давать начало в трудностях построения отношений в группе с однокурсниками, а также и построения личных отношений. В таких случаях необходима помощь специалистов, а также их близких. Прежде чем налаживать отношения в обществе, в первую очередь необходимо начать с самых близких – семьи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремова, Д. Н. Обрести себя, хикикомори. «Социальные отшельники» / Д. Н. Ефремова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2020. – Т. 27, № 1. – С. 32–35.
2. Познина, Н. А. Феномен хикикомори в современном обществе / Н. А. Познина, И. В. Коломоец // Образование Наука. Инновации: Южное измерение. – 2014. – Т. 2 (34). – С. 178–183.
3. Войскунский А.Е., Солдатова Г. У. Эпидемия одиночества в цифровом обществе: хикикомори как культурно-психологический феномен // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 3. – С. 22–43.
4. Saito T. Hikikomori: Adolescence Without End. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2013. – 216 p.
5. Долин, А. А. Проблема социального отчуждения в японском обществе XXI века / А. А. Долин // Японские исследования. – 2022. – № 1. – С. 6–19.

ИДЕАЛИЗАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ В ИНТЕРНЕТЕ

Введение

Хотя интернет и социальные сети являются относительно новым явлением, но в настоящее время они являются неотъемлемой частью повседневной жизни более 82,8 % белорусов. Как и другие источники, информация, которой делятся на платформах социальных сетей, может оказывать значительное влияние на мысли, чувства, поведение человека и общее психическое здоровье. Это особенно верно, когда речь заходит о самооценке человека, что в ряде некоторых случаев обозначает и его отношение к еде. Напрашивается вопрос: приводят ли социальные сети к расстройствам пищевого поведения?

Расстройства приема пищи – это поведенческие состояния, характеризующиеся серьезными и стойкими нарушениями пищевого поведения, и связанными с ними тревожными мыслями и эмоциями. Они могут быть очень серьезными состояниями, влияющими на физические, психологические и социальные функции. Типы расстройств приема пищи включают: нервную анорексию, атипичную нервную анорексию, нервную булимию, атипичную нервную булимию, переедание, связанное с другими психологическими расстройствами, рвота, связанная с другими психологическими расстройствами, другие расстройства приема пищи, расстройство приема пищи неуточненное [1].

Наиболее часто встречаемые расстройства приема пищи: нервная анорексия, булимия и переедание, связанное с другими психологическими расстройствами. Булимия – усиленные влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода. У пациента отмечается выраженный контроль за массой тела. Это приводит к выработке стиля переедания, сопровождаемого вызовом рвоты и использованием слабительных средств. Переедание или избыточное потребление пищи может быть обусловлено психогенными факторами – еда становится способом удовлетворения других, не пищевых потребностей. Например, с целью устранить эмоциональное напряжение, недовольство, для того, чтобы развлечься, развеять скуку, почувствовать уверенность в себе, получить удовольствие, показать окружающим свое превосходство. Нервная анорексия – расстройство, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Это расстройство, как правило, чаще встречается у девочек подросткового возраста и молодых женщин, но ему могут быть подвержены юноши и молодые мужчины, а также дети, приближающиеся к пубертатному периоду, и женщины старшего возраста (вплоть до наступления менопаузы).

В зарубежных исследованиях чаще всего рассматривается восприятие образа идеального тела у женщин. Во многих работах доказано то, что женщины, страдающие анорексией или булимией, чаще всего считают себя более толстыми. И при этом у них главной целью является достижение наиболее худого телосложения [2]. Мужчины предпочитают сравнивать свои физические качества с характеристиками других мужчин: это силовая выносливость, общая выносливость, скоростная выносливость, сила, мышцы ног, мышцы спины, мышцы пресса, быстрота движений, ловкость, выразительность движений.

Несмотря на то что людей с расстройствами пищевого поведения относительно прост, с одной стороны, многие пациенты стараются не демонстрировать имеющихся

симптомов или не осознают наличие у себя болезненных переживаний [3]. Поэтому актуальность вопроса о идеализации расстройств пищевого поведения в интернете, как один из факторов риска, остается на высоком уровне.

Цель

Проанализировать влияние социальных сетей на ментальное здоровье, самооценку лиц женского и мужского пола в разных возрастных группах.

Материал и методы исследования

Методической основой исследования явилось выборочное единовременное наблюдение. Выборка исследования составила 50 человек в возрасте от 14 до 17 лет (20 мужчин и 30 женщин), 70 человек в возрасте от 18 до 24 (40 женщин и 30 мужчин), 40 человек в возрасте от 24 до 35 (20 женщин и 20 мужчин). Для сбора эмпирических данных нами была разработана специальная анкета. Полученные данные подвергли статистическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного опроса было установлено, что 18,75 % респондентов не знакомы с понятием расстройство приема пищи.

Из всех опрошенных – 46,25 % не знают такие группы в социальной сети «ВКонтакте», которые пропагандирующие излишнюю худобу и различные диеты, например, такие как «Типичная Анорексичка [ТА]», «Фарфоровая кукла», «45 кг» и т. д. Из них 79,73 % входят в возрастную группу от 24 до 35 лет. Большая часть участвующих в опросе (86,25 %) не подписаны на хотя бы одну из выше перечисленных групп.

Из людей, участвующих в опросе, 43,75 % просматривают данные группы в социальной сети, из них 87,14 % – это лица женского пола.

На вопросы: «Появляется ли у Вас чувство дискомфорта, когда вы просматриваете подобные группы?» и «Замечали ли вы пропаганду или идеализацию «РПП» в просторах интернета?», 78,69 % опрошенных женщин ответили, что испытывают чувство дискомфорта при просмотре данных групп. 31,86 % респондентов уверяют, что не замечали пропаганду или идеализацию расстройств приема пищи в просторах интернета, но следует отметить, что большинство ответивших так (66,67 %) – мужчины. Также было выяснено, что 27,5 % опрошенных испытывают дискомфорт при виде записей о похудении. Примерно половиной респондентов (52,27 %), испытывающих дискомфорт при виде записей о похудении, являются женщинами средней возрастной группы.

Среди опрошенных людей – 75,63 % считают, что интернет влияет на восприятие их собственного тела. Однако 44,29 % лиц мужского пола и 10 % женского пола считают, что это не является таковым и интернет не влияет на их восприятие. Но стоит учитывать, что в проведенном опросе не были включены вопросы касательно мышечной дисморфии, характерной для мужчин. В связи с этим, нельзя утверждать, что мужчины намного меньше, чем женщины, подвержены влиянию интернета на восприятие своего тела.

На вопрос: «Согласны ли Вы с тем, что в интернете идеализируется худоба?», 81,11 % женщин, участвующих в опросе, считают, что в интернете идеализируется худоба, однако 64,29 % респондентов мужского пола – напротив, не согласны с таким утверждением.

Также было выяснено, что 74,29 % опрошенных мужчин не испытывали желания когда-либо испробовать строгую диету, в то время как 58,89 % респондентов женского пола испытывали данное желание. Из мужчин, которые отметили желание попробовать строгую диету, 66,67 % в итоге попробовали ее, а среди респондентов женского пола этот показатель достиг 83,01 %.

Выводы

По данным опроса было выявлено, что более 80 % опрошенных мужчин и женщин знают или имеют представление о расстройствах приема пищи.

В социальной сети «ВКонтакте» имеются группы, которые пропагандирующие излишнюю худобу и различные диеты. Больше половины опрошенных людей знают эти и им подобные группы. И хотя около 86 % не подписаны на обновление данных групп, но они все равно просматривают их. В большинстве, люди, просматривающие эти группы (87,14 %), – женщины. Женщины также отмечают, что чувствуют дискомфорт, когда видят записи о похудении в данных группах. Важно отметить, что среди респондентов женского пола те, кто имел желание попробовать после просмотра подобных записей строгую диету, попробовали ее, а их – большинство (83,01 %).

Среди опрошенных мужчин, 44,29 % считают, что интернет никак не влияет на восприятие их внешнего вида и тела. Также 64,29 % лиц мужского пола не согласны с тем, что в интернете идеализируется худоба. Однако стоит учитывать, что полученные результаты отражают неполную картину отношение к своему телу у мужчин, так как в опрос не были включены вопросы о дисморфофобии, нацеленные выявить мышечную дисморфию, характерную для мужчин. Поэтому можно сделать выводы о том, что мужчины меньше подвержены влиянию общественного мнения в интернете о «идеальных» стандартах и внешнем виде, касающихся худобы и диет. Но среди мужчин, опрошенных нами, были и те, кто также, как и женщины, хоть их было и значительно меньше, не только имели желание попробовать строгую диету, но и пробовали ее.

Анализируя данные проведенного опроса можно утверждать, что интернет в нынешнее время определенно влияет на стандарты внешнего вида чела. В частности, в популярных группах в сети «ВКонтакте» и не только, идеализируется худоба, что несомненно влияет на самооценку множества людей. Более подвержены данному явлению по результатам опроса – это женщины в возрасте от 18 до 24.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.– М.: Минздрав России, 1998. – 512 с. Адаптированный вариант Класса V МКБ-10 подготовлен авторским коллективом по указанию Министерства здравоохранения Российской Федерации в связи с вводом в действие МКБ-10 на территории Российской Федерации с 01 января 1999 г. Органам управления здравоохранением разрешается отпечатать в необходимом количестве для обязательного использования в учреждениях, оказывающих и наркологическую помощь. ISBN 5-86002-074-0с.
2. Хрупова, А. Н. Представления студентов об идеале собственного тела / А. Н. Хрупова // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-studentov-ob-ideale-sobstvennogo-tela>. – Дата доступа: 14.11.2022.
3. Храмцова Н.И., Заякин Ю.Ю., Плаксин С. психиатрическую А., Куркина В.А. Синдром дисморфофобии / Дисморфомании: литературный обзор // Пермский медицинский журнал. – 2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-dismorfobii-dismorfomanii-literaturnyy-obzor>. - Дата доступа: 14.11.2022.

УДК 616.89:612.017.2]:378.6-057.875

В. Ю. Якубович

Научный руководитель: д.м.н, доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Введение

Стресс – состояние организма, характеризующееся эмоциональным и физическим напряжением, вызванным воздействием различных неблагоприятных факторов. В течение всей жизни человека окружает стресс, и он вынужден к нему приспосабливаться

тем или иным способом, однако если сила стрессорного фактора слишком велика или адаптационные возможности человека слишком низкие, происходит срыв адаптации [1].

Расстройство адаптации (РА) – расстройство, возникающее при сильном психоэмоциональном стрессе, при отсутствии адаптации к изменениям в жизни.

Самый тяжелый период для психики приходится на юность, из-за переходного возраста и следующего за ним момента сепарации от родителей, связанного с поступлением в ВУЗ [2]. Поэтому считается, что наиболее часто РА случаются с первокурсниками [3, 4]. Этой теме посвящено множество научных работ по психиатрии, педагогике, физиологии. Однако мало кто обращает внимание на проблему адаптации у студентов старших курсов.

Цель

Сравнить степень адаптации среди студентов разных курсов «Гомельского государственного медицинского университета».

Материал и методы исследования

Обследовано было 77 студентов с 1 по 6 курсы «Гомельского государственного медицинского университета». Предметом исследования являлся анализ психического и эмоционального состояния студентов. Использовались статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждения

Анкетирование проводилось среди студентов «Гомельского государственного медицинского университета». Опрошено 77 студентов, из них первокурсников – 10 человек (13 %), второкурсников – 10 человек (13 %), студентов третьего курса – 17 человек (22,1 %), четверокурсников – 10 человек (13 %), студентов пятого курса – 18 человек (23,4 %), студентов шестого курса – 12 человек (15,6 %). Участие приняли 61 девушка (79,2 %) и 16 парней (20,8 %) в возрасте от 17 до 27 лет.

В анкете были задано 25 вопросов, раскрывающих предрасположенность к РА студентов на основании наличия у них психических и психосоматических симптомов. На выбор предлагался один из 5 вариантов ответа, за каждый из которых начислялось от 0 до 4 баллов. Их сумма указывает на психологическое состояние респондента и позволяет распределить всех опрошенных по 4 группам: до 20 баллов – полное психическое здоровье, 21–30 баллов – вероятны психологические проблемы, 31–40 баллов – вероятность пограничной невротической патологии, свыше 40 баллов – вероятность выраженной психической патологии. Наиболее и наименее часто выбираемые ответы на вопросы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Наиболее и наименее часто выбираемые ответы

Вопрос	Наибольшее количество ответов	Наименьшее количество ответов
Бывает ли у Вас бессонница?	29 (37,7 %) «было в прошлом, но сейчас нет»	5 студентов (6,5 %) «есть и всегда было»
Бывает ли у Вас ощущение, что окружающие неодобрительно к вам относятся?	24 (31,2 %) «было в прошлом, но сейчас нет»	По 9 (11,7 %) «есть и всегда было» и «есть уже длительное время»
Бывают ли у Вас головные боли?	27 (35,1 %) «появилось в последнее время»	11 (14,3 %) «нет и не было»
Бывает ли у Вас изменение настроения без видимых причин?	18 (23,4 %) «появилось в последнее время»	12 (15,6 %) «есть уже длительное время»
Есть ли у Вас страх темноты?	33 (42,9 %) «нет и не было»	1 (1,3 %) «появилось в последнее время»
Присутствует ли у Вас чувство, что Вы хуже других людей?	29 (37,7 %) «было в прошлом, но сейчас нет»	7 (9,1 %) «появилось в последнее время»

Окончание таблицы 1

Вопрос	Наибольшее количество ответов	Наименьшее количество ответов
Имеется ли у Вас склонность к слезам, плаксивость?	27 (35,1 %) «есть и всегда было»	8 (10,4 %) «появилось в последнее время»
Имеется ли у Вас ощущение «комка» в горле?	32 (41,6 %) «нет и не было»	5 (6,5 %) «есть уже длительное время»
Есть ли у Вас страх высоты?	34 (44,2 %) «нет и не было»	1 (1,3 %) «появилось в последнее время»
Отмечается ли у Вас быстрая утомляемость, чувство усталости?	27 (35,1 %) «появилось в последнее время»	5 (6,5 %) «нет и не было»
Отмечается ли у Вас неуверенность в себе и в своих силах?	32 (41,6 %) «было в прошлом, но сейчас нет»	9 (11,7 %) «есть и всегда было»
Испытываете ли Вы сильное чувство вины?	32 (41,6 %) «нет и не было»	3 (3,9 %) «есть уже длительное время»
Есть ли у Вас опасения по поводу тяжелого заболевания (не подтвержденного при обследовании)?	42 (54,5 %) «нет и не было»	5 (6,5 %) «есть и всегда было»
Есть ли у Вас боязнь находиться одному в помещении или на улице?	60 (77,9 %) ответило «нет и не было»	По 1 (1,3 %) «есть и всегда было» и «есть уже длительное время»
Присутствует ли у Вас опасение покраснеть «на людях»?	48 (62,3 %) «нет и не было»	3 (3,9 %) «появилось в последнее время»
Имеются ли у Вас трудности в общении с людьми?	32 (41,6 %) «нет и не было»	3 (3,9 %) «есть уже длительное время»
Есть ли у Вас необоснованный страх за себя, других людей, боязнь каких-либо ситуаций?	28 (36,4 %) «нет и не было»	10 (13 %) «было в прошлом, но сейчас нет»
Присутствует ли у Вас дрожание рук, ног, невозможность сдерживать проявления своих чувств?	27 (35,1 %) «нет и не было»	10 (13 %) «появилось в последнее время»
Как часто Вы замечаете у себя сниженное или подавленное настроение?	25 (32,5 %) «появилось в последнее время»	7 (9,1 %) «нет и не было»
Часто ли Вы ощущаете сильное сердцебиение?	29 (37,7 %) «нет и не было»	5 (6,5 %) «есть и всегда было»
Как часто Вы ощущаете беспричинную тревогу, «предчувствия», ощущение, что может произойти что-то неприятное?	23 (29,9 %) «нет и не было»	9 (11,7 %) «есть и всегда было»
Как часто Вы ощущаете безразличие ко всему?	22 (28,6 %) «было в прошлом, но сейчас нет»	2 студента (2,6 %) «есть и всегда было»
Часто ли Вы испытываете раздражительность, вспыльчивость?	20 (26 %) «появилось в последнее время»	По 12 (15,6 %). «нет и не было» и «есть уже длительное время»
Есть ли у Вас ощущение, что потеете больше, чем раньше?	47 (61 %) «нет и не было»	3 (3,9 %) «есть уже длительное время»
Присутствует ли у Вас ощущение слабости?	25 (32,5 %) ответило «появилось в последнее время»	8 студентов (10,4 %) ответило «есть и всегда было»

Анкеты распределены по курсам, были подсчитаны суммы баллов каждой анкеты, результаты представлены в таблице 2 и 3.

Таблица 2 – Суммы баллов и преобладающая группа психического здоровья по курсам

Курс	Средняя сумма баллов	Минимальная сумма баллов	Максимальная сумма баллов	Преобладающая группа здоровья
1	37	20	53	С вероятностью проявления выраженной психической патологии (5 студентов – 50 % от опрошенных с курса)
2	36,9	9	56	Пограничной невротической патологии (6 студентов – 60 % от опрошенных с курса)
3	34,12	15	62	С высокой вероятностью психологических проблем (7 студентов – 41,2 % от опрошенных с курса)
4	44,4	20	57	С вероятностью проявления выраженной психической патологии (7 студентов – 70 % от опрошенных с курса)
5	37,94	11	80	С вероятностью проявления выраженной психической патологии (8 студентов – 44,4 % от опрошенных с курса)
6	38,8	1	70	Пограничной невротической патологии (5 студентов – 41,7 % от опрошенных с курса)

Таблица 3 – Распределение опрошенных по группам психического здоровья на курсах

Курс	Полное психическое здоровье	Вероятность психологических проблем	Пограничная невротическая патология	Вероятность выраженной психической патологии
1	10 % (1 студент)	20 % (2 студента)	20 % (2 студента)	50 % (5 студентов)
2	10 % (1 студент)	–	60 % (6 студентов)	30 % (3 студента)
3	5,88 % (1 студент)	41,18 % (7 студентов)	23,53 % (4 студента)	29,41 % (5 студентов)
4	10 % (1 студент)	–	20 % (2 студента)	70 % (7 студентов)
5	22,2 % (4 студента)	5,56 % (1 студент)	27,78 % (5 студентов)	44,44 % (8 студентов)
6	8,33 % (1 студент)	16,67 % (2 студента)	41,67 % (5 студентов)	33,33 % (4 студента)

Наибольшая частота появления новых симптомов отмечена у 3 курса (92 ответа), наименьшая у 4 курса (29 ответов). Чаще всего отмечают появление головных болей, снижение настроения, утомляемость, слабость, вспыльчивость. Наибольшая частота пропажи симптомов отмечается у 5 курса (120 ответов), наименьшая у 2 курса (41 ответ).

Выводы

В ходе исследования выяснено, что адаптация к стрессу студентов разных курсов различная. Наименьшая приспособленность отмечается у курсов с вероятностью проявления выраженной психической патологии – 4 курс (70 % студентов курса), 1 курс (50 % студентов курса), 5 курс (44,4 % студентов курса). Наилучшая приспособленность отмечается у 3 курса, большинство студентов которого оказались в группе с вероятностью психологических проблем (7 студентов – 41,2 % студентов курса). Новые симптомы чаще всего отмечают студенты 3 курса, а их пропажу – студенты 5 курса.

Учитывая появление новых симптомов у 3 курса и наихудшую приспособляемость у 4 курса, можно сделать вывод, что расстройство адаптации не одномоментный процесс, проявляющийся в полную силу через значительное время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учеб.-метод. пособие / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Издательство Института Психотерапии, 2009. – 544 с.

2. Чубаровский, В. В. Пограничные психические расстройства и аддиктивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста / В. В. Чубаровский, М. А. Некрасов. – Орел: Издательство ОГУ: Каргуш, 2005. – 128 с.
3. Гадельмина, Т. Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации / Т. Г. Гадельмина // Вестник ТГУ. – 2011. – № 6 (108). – С. 161–164.
4. Аберган, В. П. Социальная адаптация студенческой молодежи к профессиональной деятельности / В. П. Аберган, В. П. Беланович // Психологическое сопровождение образовательного процесса: сб. науч. ст. – Минск: РИПО, 2014. – С. 3–11.

УДК 159.944.4:614.253.1]:378.6(548.7)

W. M. Yasas Rashmika Wijesundara

Scientific Guide: Senior lecturer of the department of Psychiatry N. V. Khamara

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

COMPARISON OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS OF SRI LANKAN MEDICAL UNDERGRADUATES IN LOCAL AND FOREIGN UNIVERSITIES

Introduction

Depression, anxiety and stress is a leading problem in the modern society, especially in students. Among all students it is more prominent in medical students due to the volume and depth of medical studies. In a recent systematic review and meta-analysis, up to 27.2 % of medical students had depression globally. Also the prevalence of depressive symptoms is substantially higher among medical students than among individuals of similar age in the general population [4]. It's crucial for medical undergraduates to have a good a mental condition as it may adversely affect their performance and long-term health as well as the quality of care delivered in the hospitals and medical centers in the future when they work as doctors.

Sri Lanka has a limited number of medical university grants and because of this a large number of students enroll in foreign medical universities annually. And it should be also noted that a large number of foreign graduates return to Sri Lanka to work as doctors.

Goal

The objective of this study was to determine and compare the depression, anxiety and stress level of Sri Lankan medical undergraduates currently studying in local and foreign medical universities

Material and Methods of research

A cross sectional study was conducted with the participation of Sri Lankan medical undergraduates studying in Sri Lanka, Belarus, Georgia, Russia, China from 22nd to 26th March 2023. Snowball sampling technique was used to recruit participants. Sample collection from the medical undergraduates of foreign countries were conducted while they were residing in the particular countries during their mid semester to avoid the involvement of effects of the semester-end exams. An online self-reported questionnaire with Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) was used to gather data anonymously. Data processing and analysis was done by using Google docs spreadsheet software.

The DASS-21 is the shortened version of the DASS developed by Lovibond and Lovibond to assess symptoms of depression, anxiety and stress among adults[3]. A validated Sinhala translation of DASS-21 was also included for the convenience of the participants. DASS-21 has 3 scales to assess depression, anxiety and stress with each scale containing 7 questions making a 21 – question scale [2]. The depression scale assesses dysphoria (a state of unease or generalized dissatisfaction with life), hopelessness, devaluation of life, self-deprecation, lack of interest/ involvement, anhedonia (inability to feel pleasure in normally pleasurable activities)

and inertia (a tendency to do nothing or to remain unchanged). The anxiety scale assesses autonomic arousal (chronic and persistent arousal of the autonomic nervous system that isn't caused by an underlying medical condition), skeletal muscle effects, situational anxiety, and subjective experience of anxious effect. The stress scale is sensitive to levels of chronic non-specific arousal. It assesses difficulty in relaxing, nervous arousal, and being easily upset/agitated, irritable/over-reactive and impatient. Scores for depression, anxiety and stress are calculated by summing the scores for the relevant items and multiplying by 2 as the original scale was a 42 – item questionnaire [2].

The 3 scales in DASS-21 scoring system were counted separately and the depression, anxiety and stress of each individual participant was calculated separately. The values were grouped according to the countries where the participants study and percentages of depression, anxiety and stress was calculated.

The results of the research and their discussion

A total of 136 Sri Lankan medical undergraduates were enrolled from; Sri Lanka (39.71 %), Belarus (40.65 %), Georgia (10.29 %), Russia (3.68 %), and China (3.68 %). The total amount of Sri Lankan medical undergraduates who are studying in foreign medical faculties is 60.29 % of the total number of the respondents.

Among the foreign medical undergraduates, 60.98 % (n = 50) had symptoms of depression, 53.66 % (n = 48) had symptoms of anxiety and 46.34 % (n = 38) had symptoms of stress. Among the local medical undergraduates, 62.96 % (n = 34) had symptoms of depression, 59.26 % (n = 32) had symptoms of anxiety and 50 % (n = 27) had symptoms of stress.

Table 1 – Depression of medical undergraduates in local and foreign universities

	Local	Foreign				
		Total	Belarus	Russia	Georgia	China
Normal	37.04%	39.02%	39.66%	20.00%	35.71%	60.00%
Mild	7.41%	25.61%	25.86%	60.00%	14.29%	20.00%
Moderate	24.07%	20.73%	18.97%	20.00%	28.57%	20.00%
Sever	12.96%	6.10%	6.90%	0.00%	7.14%	0.00%
Extremely severe	18.52%	8.54%	8.62%	0.00%	14.29%	0.00%

Table 2 – Anxiety of medical undergraduates in local and foreign universities

	Local	Foreign				
		Total	Belarus	Russia	Georgia	China
Normal	40.74%	41.46%	37.93%	20.00%	42.86%	100.00%
Mild	9.26%	12.20%	12.07%	40.00%	7.14%	0.00%
Moderate	20.37%	21.95%	24.14%	20.00%	21.43%	0.00%
Sever	11.11%	13.41%	12.07%	20.00%	21.43%	0.00%
Extremely severe	18.52%	10.98%	13.79%	0.00%	7.14%	0.00%

Table 3 – Stress of medical undergraduates in local and foreign universities

	Local	Foreign				
		Total	Belarus	Russia	Georgia	China
Normal	50.00%	53.66%	55.17%	20.00%	50.00%	80.00%
Mild	5.56%	10.98%	13.79%	0.00%	0.00%	20.00%
Moderate	18.52%	24.39%	20.69%	80.00%	28.57%	0.00%
Sever	14.81%	8.54%	6.90%	0.00%	21.43%	0.00%
Extremely severe	11.11%	2.44%	3.45%	0.00%	0.00%	0.00%

31.4 % of the total number of respondents were final year students (5th year in local universities and 6th year in all the foreign universities). Responses of the 1st, 2nd, 3rd, 4th and local 5th year students were 13.9 %, 8.8 %, 17.5 %, 20.4 % and 8 % respectively.

Among foreign medicine undergraduates, depression, anxiety and stress was highest in Belarus. But number of responses from Georgia, Russia, China was comparatively low so it should be further studied with higher number of participants. When comparing the results of all foreign medical undergraduates with local medical undergraduates, the latter showed the highest counts with notably high depression and stress levels.

Conclusions

The findings of the present study suggests that the depression, anxiety and stress are high in local medical undergraduates when compared with foreign Sri Lankan medical undergraduates. The reason for this difference could be certain educational methods and tough exam structure in local universities but it should be further studied by considering relevant demographics. However, it would have been better if there was an organized system to address the mental health issues of the participants, especially the ones with high risks. Both foreign and local universities should plan and implement a system for occasional screening and provision of psychological support from mental health professionals when necessary.

LITERATURE

1. Le, M. T. H., Tran, T. D., Holton, S., Nguyen, H. T., Wolfe, R., & Fisher, J. (2017). Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *PloS one*, 12(7), e0180557. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180557>
2. Amarasingha, A. A. D. S., Peiris, H. H., & Amarasingha, A. A. B. N. (2022). Depression, anxiety, stress and perceived mental healthcare need of Sri Lankan undergraduates studying in selected countries affected by COVID-19. *Galle Medical Journal*, 27(3), 85–92. DOI: <http://doi.org/10.4038/gmj.v27i3.8096>
3. Lovibond SH, Lovibond PF (1995) Manual for the Depression Anxiety Stress Scale. Sydney: Psychology Foundation.
4. Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of
5. Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316(21), 2214–2236. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>

УДК [616.89-008.485-036.2+159.942.5]-06:159.944.4-057.875

F. Sashna Basheer

Scientific supervisor: Senior Lecturer of the Department of Psychiatry, N. V. Hmara

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

THE EFFICIENCY OF STRESS COPING STRATEGIES USED BY MEDICAL STUDENTS AND ITS EFFECTS ON THE PREVALENCE OF PERSONALITY AND MOOD RELATED DISORDERS

Introduction

The study of medicine is considered one of the most stressful fields of study. It is a never ending and highly demanding career which leaves many students in a high risk of burnout [1]. According to studies, the estimated prevalence of stress among medical students is 28.5–78 % [2]. Most medical students tend to use harmful coping mechanisms or even completely ignore the effects of stress, not knowing that their overall health depends on it. [3] These students tend to show changes in their personalities, vulnerability and tend lead to suicidal ideations and depressive states [4].

Goal

The ultimate goal of this research was to identify psychological coping mechanisms that can reduce stress resistance in medical students, which can be used for the subsequent development of programs aimed at improving the adaptation of medical students studying in foreign countries.

Materials and Methods of research

The study was carried out at the faculty of international students at Gomel State Medical University, Belarus. A total of 40 students participated. Different questionnaires were given out in order to assess the dynamics. The study comprised of male and female medical students with no age difference $p = 0.32$, from first to the final year.

All of the students that participated in the study were given a consent form. The questionnaires given were one about basic information, The Beck's Depression Inventory in order to assess the intensity of depression, The Personality self-portrait questionnaire to assess the participant's normal personality styles. Next, the students were given the key questionnaire of the research work, The Ways of Coping Checklist (WCCL) which measures coping based on Lazarus and Folkman's (1984) stress coping theory, and was carried out in two phases. All the questionnaires used were standard, ethically approved tests and standard keys were used to obtain the results. All statistical analysis of the study was performed using Microsoft Excel and SPSS Statistics version 22.0

The Results of the research and their discussion

The result of the first questionnaire which is The Beck's Depression Inventory shown in figure 1.

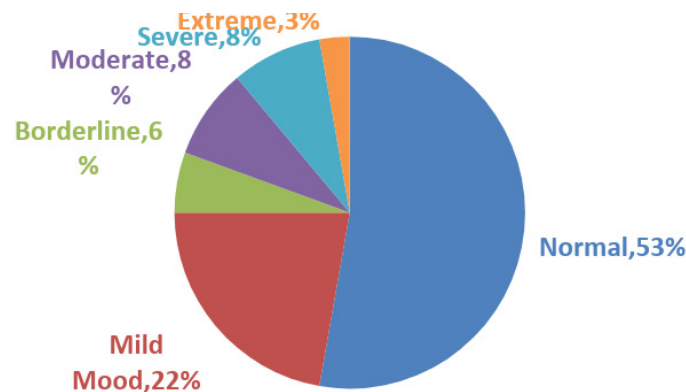


Figure 1 – Percentage distribution of participants by score of Beck's depression inventory

The result of The Personality Self-portrait Questionnaire is shown in figure 2.

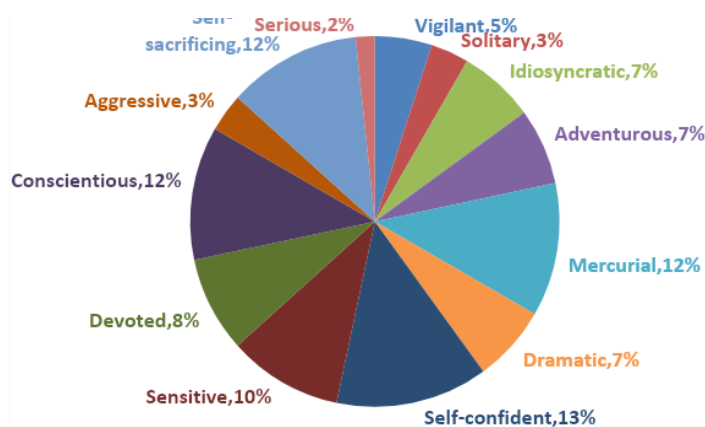


Figure 2 – Percentage distribution of prevalence of the fourteen personality types

Next, as for the assessment of ways of coping questionnaires, Data was gathered from the students at two different times during comparatively different stress levels. And the results obtained were grouped into eight scales, which included one problem-focused and six emotion-focused scales, and an eighth scale containing a combination of both problem-focused and emotion-focused items. Namely, Problem focused coping, Wishful thinking, Distancing, Seeking social support, Emphasizing the positive, self blame, Tension reduction, Self isolation. [5] And in order to assess the correlations among the scales obtained at the two occasions, Wilcoxon signed-rank test was used. It was used to conduct a paired difference test on the repeated coping mechanism scale, to assess whether the populations mean ranks differ. Medical training can be highly stressful for students and negatively impact their mental health. Important to this matter are the types of coping strategies (and their antecedents) medical students use, which are only characterized to a limited extent. A better understanding of these phenomena can shed additional light on ways to support the health and well-being of medical students [6]. The participants of our study were ages in between 21–29 years with a mean age of 24 years, of which 50 % were male and 50 % female. In previous studies, several authors have studied and suggested the factors such as age, sex seem to be essential elements to be considered [2, 6].

In our study, with the differences in strategies used for each scale, the highest standardized test statistics (-4.615) showed up in scale 5: Emphasizing the positive with the lowest number of negative differences, which shows that scale 5, which can be considered a healthy way of coping is used more by students when not in a stressful situation.

This study is among the first to assess how a subset of foreign students in a medical school cope in response to various stressors in medical school. As was speculated, we found significant statistical difference in coping by students at different time periods with different amounts of stressors. The efficiency of coping strategies used by medical students remains unhealthy. Moreover, In contrast to many previous studies carried out, we found that no statistically significant differences prevailed among the genders, potentially opening up a discussion about development of a certain level of empathy similarly in both genders resulting from the field of study they are in.

Furthermore, the associations and effects of coping strategies on the prevalence of personality and mood-related disorders remain unclear. They were only found significant on an evaluative level.

Conclusions

Our results suggest that coping strategies are gender-neutral and coping strategies used by medical students depend on the level of stress they are experiencing at the moment. The level of stress a student experiences directly affects the coping mechanisms they use, and therefore, medical students need to be taught healthy ways to deal with stress.

Further research is needed to provide a perspective analysis of the difficulties medical students face in trying to cope with these excessive stressors, and we hope this research will serve as a stimulus to intervene and create a learning environment for medical students to learn how to manage stress in healthier ways for their mental and physical well-being.

LITERATURE

1. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. "Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students." *N Am J Med Sci*, vol8 (2), pp.75-81, Feb.2016 doi: 10.4103/1947-2714.177299. PMID: 27042604; PMCID: PMC4791902.
2. Esraa Ahmed Ragab, Mumen Abdalazim Dafallah, Mahmoud Hussien Salih, et al, "Stress and its correlates among medical students in six medical colleges: an attempt to understand the current situation" *Middle East Current Psychiatry*, (2021)28; 75. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00158-w>
3. Paul D. Welle, Helen M. Graf. "Effective Lifestyle Habits And Coping strategies for stress tolerance among college students". *American Journal of Health Education*, vol42, No.2, Mar/Apr.2011
4. Tyssen R, Hem E, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. "The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample." *Journal of Affective Disorders*, vol80, pp.191–198,2004

5. Folkman, S. & Lazarus, R. S. "If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination." *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 48, pp. 150-170, 1985

6. Neufeld, A., Malin, G. "How medical students cope with stress: a cross-sectional look at strategies and their sociodemographic antecedents." *BMC Med Educ* vol21, pp. 299, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02734-4>

УДК 316.472.4:613.2-053.2

L. T. S. S. Wickramatunga, Geekiyanage T. P., D. M. D. I. Dissanayake

Scientific Guide: Senior lecturer of course of psychiatry N. V. Hamara

*Educational Establishment
"Gomel State Medical University"
Gomel, Republic of Belarus*

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL MEDIA AND EATING DISORDERS IN YOUNG ADULTS

Introduction

Eating disorders are conditions defined by abnormal eating habits, include extreme emotions, attitude and behavior surrounding weight and food issues, they are serious emotional and physical problems.

There are 3 main eating disorders which are highly concerned in the society: Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, and Binge eating disorder.

People with bulimia nervosa eat large amounts of food in a relatively short period of time. They feel that they have no control over the amount of food they consume, or the ability to stop.

Anorexia nervosa is a life threatening eating disorder and a serious mental illness. It causes severe weight loss. People with anorexia nervosa commonly have an unhealthy focus on food, weight or body shape. They have an intense fear of gaining weight, even though they are significantly underweight.

People with binge eating disorders regularly (at least once a week) eat large quantities of food, rapidly in a short period of time. They feel out of control and unable to stop themselves from eating. This is often linked with high levels of distress. They don't typically try to 'compensate' for their eating with behaviors such as vomiting or excessive exercise.

Due to the age and modern thinking patterns of young adults, they are mostly vulnerable to acquire the eating disorders. With the increasing trend of social media use, the age group of 'young adults' tend to change their physical and mental behavior to meet the social demands including the body figure.

Because the upcoming so called social standards on the body figure, people are undergoing the body shaming process more and more where the females are far more subjected to this.

Goals

To evaluate the relationship between the social media and tendency to appear eating disorders in young adults.

Materials and methods of research

A detailed questionnaire was distributed among 76 people in the age range of young adults. The questionnaire consisted of general questions such as age, gender, profession and direct questions including whether they use social media or not, number of hours they use it per day, whether they are satisfied with their figure and diet, whether they have a need of being better on the aspects such as body figure.

Results of the research and their discussion

Out of the 76 young adults who underwent the survey, 32.9 % were in the age group of 18–24 and the other 67.1 % were in the age group of 25–35 while 55.3 % were female and 44.7 % were male.

From all the 76 patients, 73 were using social media and only 3 were not using the social media platforms and the most prominent social media platforms were Facebook and Instagram. 55.4 % have used through the above mentioned platforms for more than 3 hours per day.

35.5 % get influenced on the fitness and diet by the social media posts, videos, and the motivational podcasts by the influencers and 55.2 % are fond of the fitness or diet videos and posts on social media platforms while 68.4 % follow the influencers on social media.

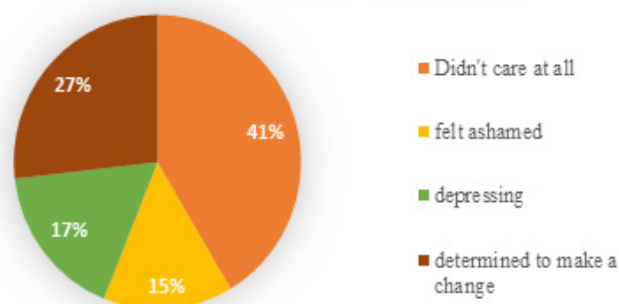
On the other hand, 55.3 % are satisfied with the body type they have at the moment and 44.7 % are unsatisfied while 52.6 % are not satisfied with their current diet. 60.5% feel the need of changing their diet in order 4 to maintain a better figure than which they have now.

Modes of diet change



Out of the total 76 young adults, 43.3 % have already undergone body shaming while 17.1 % have felt ashamed, 14.6 % depressing, 26.8 % determined to make a change to their body figure and diet, 41.5 % hadn't care at all.

Feelings after undergoing bodyshaming



Conclusion

Due to the influence of social media, there is more and more body shaming going on in society. As the most vulnerable age group, young people need to change their shape and diet in order to meet modern social standards. The most likely way to change yourself is to reduce the amount of food you eat. This is an indirect cause of disorders not only of eating disorders in young people, but also of other mental disorders, including the depressive spectrum.

LITERATURE

1. Sanchari S. D. Eating disorders and social media [Electronic resource] / News medical life sciences – March 2022 – Mode of access: news-medical.net/health/Eating-Disorders-and-Social-Media.aspx – Date of access: 20/03/2023.
2. Social media effects on eating disorders [Electronic resource] / Social media victims' law center – March 2023 – Mode of access: <https://socialmediavictims.org/mental-health/eating-disorders/> – Date of access: 20/03/2023.
3. Christiansen T. Social media and eating disorders [Electronic resource] / The recovery village – May 2022 – Mode of access: <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/eating-disorders/social-media-and-eating-disorders/> - Date of access: 21/03/2023.
4. K. Conger, K. Browning, Erin W. Eating disorders and social media prove difficult to untangle [Electronic resource] / The New York times – October 2021 – Mode of access: <https://www.nytimes.com/2021/10/22/technology/social-media-eating-disorders.html> - Date of access: 21/03/2023.
5. The impact of social media on eating disorders; and what you can do as a parent [Electronic resource] / First steps – October 2022 – Mode of access: <https://firststepsed.co.uk/the-impact-of-social-media-parent-support/>– Date of access: 22/03/2023.

Namal Arachchilage Hasini Chathurya Thilakarathna

Scientific supervisor: Senior lecturer of course of psychiatry N. V. Hamara

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

FEASIBILITY STUDY OF VITAMIN B COMPLEX INFLUENCE TO THE MENTAL HEALTH

Introduction

Mental disorders among the population are having a global concern due to multiple factors including genetics, life experiences, physical environment, socioeconomic status, social interactions, lifestyle habits and a balance diet. Every factors cannot control but some can control for improve mental health. The Mental disorders can manifest as depression, anxiety or other disorders. Various factors can cause mental disorders, including dietary intake, which has an important role in psychological development. Many studies have assessed the relationship between B-vitamin intake and mental health.

B vitamins, specially vitamins B1, B6, B9 and B12, is associated with mood disorders that eventually cause stress or depression due to neurotransmitter disorders and increased homocysteine in the blood. The leading cause of deficiency in B vitamins is the result of inadequate consumption. Some people get adequate amount of vitamin B in their diet.

Vitamin deficiencies can be caused by poor nutrition, vegetarianism, chronic alcoholism's-gastrectomy surgery, pregnancy and certain medications. Vitamin B12 and other B vitamins play a role in producing brain chemicals that affect mood and other brain functions. Low level of B12 and other B vitamins such as vitamin B6 and folate may be linked to depression.

Low levels of vitamins can result from eating a poor diet or not being able to absorb the consume vitamins. Older adults, vegetarians and people with digestive disorders such as celiac disease or Crohn's disease may have trouble getting enough B 12.

Good sources for getting vitamin B includes meats (specially beef liver, lamb, pork), seafood (tuna & cod), poultry & eggs, dairy & soy products (milk, cheese, curd and yougurt), legumes (beans, lentils), oats, dark leafy greens (spinach, broccoli), seeds (sunflower), nuts(almonds), wholegrains (brown rice, barley, millet) & cereal products enriched with vitamin B12 and some fruits (banana, citrus fruits, avocado). Although the list of sources of vitamin B is seemingly long, it still might be not enough during period of intense life and various diseases (especially digestive system disorders).Lot of research reveals that there is a significant effect to the mental health and well-being by vitamin B.

Goal

The aim of this study was to examine the relationship between intake of vitamin B with mental disorders such as depression and anxiety among students and working people above 20 years old.

Material and methods of research

This analysis and generalization of modern medical scientific literature on this topic and a cross – section online survey was used to measuring levels depression, anxiety, stress and associated factors and dietary patterns. This survey tagged students and working people above 20 years old.

The study includes three questionnaires. Demographic questionnaire – participants including age, sex and status. The second one is based on frequency of food intake including vitamin B and using food frequency questionnaire developed by researchers. Questionnaires for Depression and anxiety developed by The National Health Service in UK (NHS).

The results of the research and their discussion

The results of this study are presented according to the main categories of questions starting from demographic analysis, food frequency analysis, mood assessment analysis within each sub-section of this main result section.

Overall, 80 participants completed the questionnaire and provided written consent to participate in the study. Table 1 describes the characteristics of the study sample. The sample contained 37 males (46.3 %) and 43 female (53.8 %). The majority of the participants were studying 75 % and 25 % percent were working.

Table 1 – Demographic analysis

Gender	Number	Percentage
Male	37	46.3 %
Female	43	53.8 %
Status	Number	Percentage
Studying	60	75 %
working	20	25 %

According to the food preference majority of respondents are non – vegetarians 87.5 % and other 12.5 % are vegetarians. Most of respondents did not consume B-vitamin supplements (76.3 %) and most of them lacked intake foods containing vitamin B (55.10 %). According to mood analysis assessment majority of students shown mild and moderate depressive symptoms (56.4 %) and some symptoms in anxiety (50.3 %). Figure 1 shows the participants who are having vitamin B deficiency symptoms.

vitamin B deficiency symptoms present participants

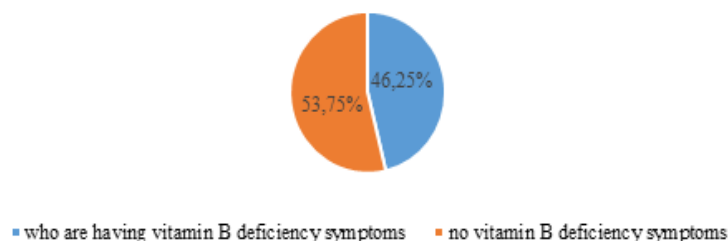


Figure 1 – Participants who are having vitamin B deficiency symptoms

According to figure 1, 37 (46.25 %) participants are suffering from vitamin B deficiency symptoms and 43 (53.75 %) participants haven’t any symptoms. Figure 2 shows the participants who are having moderate & mild symptoms of depression and anxiety among the participants of who are having vitamin B deficiency symptoms.

depression and anxiety symptoms present among vitamin B deficient participants

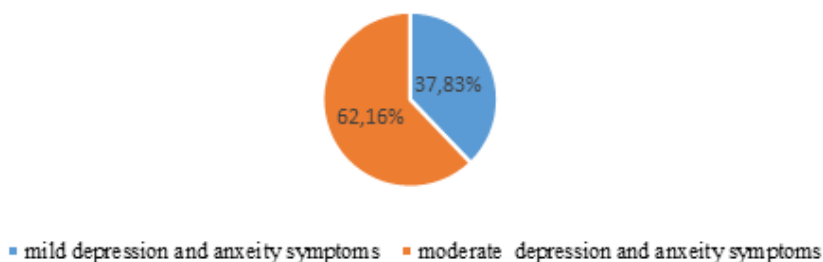


Figure 2 – Participants who are having moderate & mild symptoms of depression

According to the figure 2, among the respondents of having vitamin B deficiency symptoms, 23 (62.16 %) participants are having moderate symptoms of depression and anxiety. 14 (37.83 %) presents having mild symptoms of depression and anxiety.

Conclusion

Almost half of the participants experienced moderate and mild depressive & anxiety conditions. Almost half of the participants lacked intake of foods containing vitamin B. The mental disorders such as anxiety and depression have a statistically significant relationship with vitamin B intake. Therefore, the intake of vitamin B complex needs to be considered to reduce the opportunity of experiencing mental disorders either with food intake or additional supplements.

LITERATURE

1. Julieth. D. The role of vitamin B group in mental health [Electronic resource] / Animo Sano Psychiatry – November 2022 – Mode of access: <https://animosanopsychiatry.com/the-role-of-vitamin-b-group-in-mental-health/> - Date of access: 23/03/2023
2. Daniel K. Vitamin B 12 and depression: Are they related? [Electronic resource] / Mayo clinic – June 2018 – Mode of access: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/expert-answers/vitamin-b12-and-depression/faq-20058077> - Date of access: 23/03/2023
3. Sarah H. The powerful mental health benefits of B vitamins [Electronic resource] / Wise Owl Health – June 2017 – Mode of access: <https://www.wiseowlhealth.com/powerful-benefits-b-vitamins/> - Date of access: 23/03/2023
4. Henry E. Natural mental health: how B vitamins can help lift depression [Electronic resource] / Experience Life by Life Time – December 2021 – Mode of access: <https://experiencelife.lifetime.life/article/natural-mental-health-how-b-vitamins-can-help-lift-depression/> - Date of access: 23/03/2023
5. Sarah S. The mental health benefits of vitamin B complex [Electronic resource] / Very well mind – June 2022 – Mode of access: <https://www.verywellmind.com/the-mental-health-benefits-of-vitamin-b-complex-5322841> - Date of access: 23/03/2023
6. Marwan S., Dewi Y. F., Dewi F., Ray W. B., Ahmad F. B vitamins, work-related stress and emotional mental disorders: a cross-sectional study among nurses in Indonesia [Electronic resource] / Wiley Online Library – April 2022 – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1213> - Date of access: 23/03/2023

УДК 37.091.33:[616.89-008.47:616-008.61]-053.5

Pilippenge Sandeepa Sithumi Perera

Scientific supervisor: Senior lecturer N. V. Hhmara

Educational Establishment

“Gomel State Medical University”

Gomel, Republic of Belarus

PREVALENCE OF PREDOMINANT LEARNING DISABILITIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN SRI LANKA

Introduction

ADHD is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood. According to ICD-10, ADHD is a chronic neurobehavioral disorder and often associated with serious areas of impairment and comorbidities over a life span. A mean worldwide prevalence of ADHD has been estimated in children and adolescents (< 18 years) to be 8.8 %. It is commonly first diagnosed in childhood and often lasts into adulthood [1].

The causes and risk factors for ADHD are unknown, but current research shows that genetic factors play an important role. Recent studies have linked genetics with ADHD. Other than genetics, other possible causes and risk factors including: brain injury, exposure to environmental risks (e.g., lead) during pregnancy or at a young age, alcohol and tobacco use during pregnancy, premature delivery and low birth weight. Children with ADHD may show a trouble paying attention, controlling impulsive behaviors or be overly active. A child with ADHD might also, daydream a lot, forget or lose things a lot, squirm or fidget, talks too much,

makes careless mistakes or take unnecessary risks, have hard time resisting temptations, have trouble taking turns and can have problems when getting along with others [2].

According to DSM 5, there can be 3 presentations of ADHD; Predominantly inattentive presentation: if enough symptoms of inattention, but not hyperactivity-impulsivity, were present for past 6 months. Predominantly Hyperactive-Impulsive Presentation: If enough symptoms of hyperactivity-impulsivity, but not inattention, were present for past 6 months. Combined presentation: if enough symptoms of both criteria inattention and hyperactivity-impulsivity, were present for past 6 months. Overall prevalence of ADHD in Sri Lanka is 6.5 % with combined as the commonest subtype [3].

ADHD is not a type of learning disability: however, it does make learning difficult. A popular way to describe learning disability is that the brain is differently wired, therefore, the person receives and process information in a different way. An individual can have both types. Learning disabilities and ADHD often co-exist. Individuals having learning disabilities often have average or above average intelligence and yet there is a mismatch between their achievements and their potential. Learning disability can make writing, reading, spelling and math difficult. They can also affect ability to recall and organize information, to speak and to listen, and can impact short term and long-term memory and timing. Learning disabilities linked with ADHD are dyslexia, dyscalculia, dysgraphia, dyspraxia, auditory processing disorder and visual processing disorder [4].

Dyslexia – learning difficulty specific to reading and related language processing skills [e.g. slow and labor intensive reading, mispronunciation of words, problems retrieving words, difficulty reading aloud problems writing and spelling]. Dyscalculia–learning difficulty specific to the mathematics [e.g. difficulty in identifying different number patterns such as place values, quantity, positive or negative value, carrying/borrowing, difficulty understanding and doing word problems, difficulty sequencing information or events, difficulty using steps in math operations]. Dysgraphia – a learning difficulty specific to the writing[symptoms include sore hand, cramped grip, poor special planning of sentences and margins, frequent erasing, inconsistent letter and word spacing, poor spelling, missing words/ letters [5].

Dyspraxia – A learning difficulty specific to gross &/ fine motor movements[symptoms include difference in speech, perception problems, poor hand and eye coordination, poor posture and balance, clumsiness, fatigue].Auditory processing disorder-is a disorder of hearing system that causes a disruption in a way that an individual’s brain understands things they are hearing. It is not a type of hearing loss, despite showing difficulty with hearing related tasks. Visual processing disorder involves difficulties interpreting and understanding visual information, which also includes spatial relationships, movements, form and direction [5].

Goal

Aims to find the prevalence of learning disabilities in children and adolescents with ADHD in Sri Lanka.

Material and Methods of research

Collecting and analyzing data within a time frame of 01.06.2022–20.03.2023 from 81 patients at the age range 5 to 19 years, those who visited the pediatric psychiatry clinic, Kiribathgoda base hospital, Gampaha district, Sri Lanka. Data was collected by filling a questionnaire, which is: SNAP 4 – teacher and parent rating scale including information form for the teacher, questionnaire for parents, strengths and difficulties questionnaire. Also, case histories of the patients, treatment and therapy plans executed were also taken into consideration.

The results of the research and their discussion

After analyzing the data of 81 patients who were involved in the case study, the following table is drawn representing number of patients obtained for each category of learning disabilities.

Table 1 – Number of patients representing learning disabilities in ADHD

Learning disability(LD)	Gender	No. of patients
No learning disability(No LD)	Male	14
	Female	8
Dyslexia	Male	23
	Female	7
Dysgraphia	Male	14
	Female	8
Dyscalculia	Male	14
	Female	9
Dyspraxia	Male	3
	Female	2

From the data collected from above table following graph is plotted.

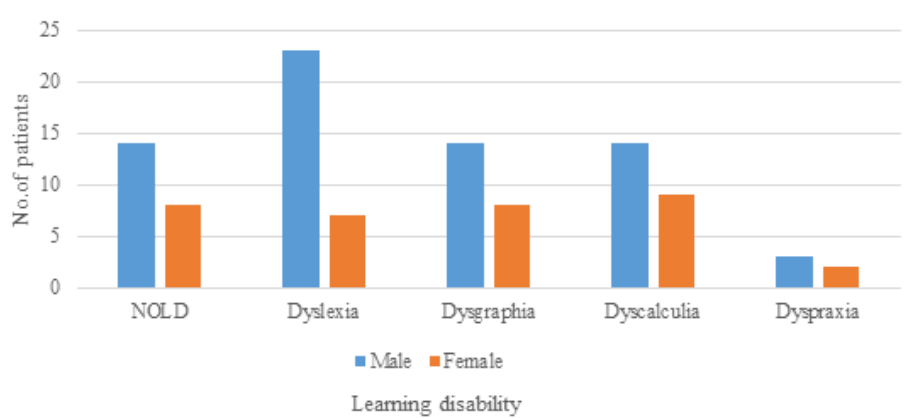


Figure 1–Prevalence of learning disabilities in ADHD children in Sri Lanka

Conclusion

According to the research conducted and data collected, predominant learning disabilities found in patients with ADHD are dyslexia (37.01 %), dysgraphia (27.16 %), dyscalculia (28.40 %) and dyspraxia (6.17 %). Among those dyslexia is the most common disability (37.01 %) and dyspraxia is the least common disability (6.17 %). The most common disability for male patients is dyslexia (41.82 %) and most common disability for the female patients is dyscalculia (34.62 %). The number of patients with at least one learning disability (72.83 %) is more than twice the number of patients having only ADHD (27.16 %). Therefore, it can be concluded that there is a high chance for an ADHD patient to be present with at least one learning disability.

LITERATURE

1. ICD–10 version: 2019, <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90-F98>
2. Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: Academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73–85.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (2018) attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management: update. Department of Health.
4. Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., & Larsson, H. (2019). Comorbidity of adult ADHD and its subtypes with substance use disorder in a large population-based epidemiological study. *Journal of Attention Disorders*, 23(12), 1416–1426.
5. Sayal K., Prasad V., Daley D., Ford T., Coghill D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0).

Ukwattage Dona Senuri Devanmini Ukwatta

Scientific supervisor: assistant, T. P. Pitsko

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

SRI LANKAN BEAUTY STANDARDS AND THEIR IMPACT ON DEVELOPING DYSFUNCTIONAL EATING BEHAVIOURS

Introduction

Beauty standards have been prevalent within people which defines as the quality of being pleasing specially to look at. These beauty standards have affected everyday interactions from the media to the world. People determine what is beautiful from the body shape, to facial proportions to height and weight. There are diverse concepts of beauty according to different societies, beliefs and culture. Crucial beauty Standards in Sri Lanka have made a huge impact on people’s perspective about their body image and most of them suffer from body image dissatisfaction.

Body image dissatisfaction has become a significant public health issue, particularly among young adults and this has led to development of dysfunctional eating behaviours such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder [1].

Goal

Provide information about development of dysfunctional eating behaviors and mental health considering beauty standards, taking Sri Lanka as an example.

Material and Methods of research

This article contains about an anonymous survey which was conducted among Sri Lankan young adults of 16–31 years old and their perspectives about beauty standards in Sri Lanka and their adverse effect on mental health. Furthermore, data from recent studies which has done in Sri Lanka about body dissatisfactions and dysfunctional eating behaviours, data from previously published PubMed, WEBMD, NSCID articles.

The results of the research and their discussion

Sri Lanka is a developing nation with multi ethnic and religiously diverse population. Beauty standards in Sri Lanka was developed within the cultural and religious beliefs in the past history which was not changed until now. The total number of people who participated in this study was 54 with the average age of

23.5. Majority of participants were females 79.6 % and 64.8 % of them are from western province which has the highest population in all the provinces in Sri Lanka which is the nation’s largest social – economic center.

According to the participant’s perspective on beauty standards in Sri Lanka can conclude as, male beauty standards; tall (88.9 %), built muscles (85.2 %), fair skin (66.7 %) and female beauty standards; bigger breast (90.7 %), bigger buttock area (90.7 %) and skinny (81.5 %). All participants (100 %) disagreed on both male and female beauty standards in Sri Lanka and 68.5 % of them claimed that these beauty standards have affected their life. 83.3% of them agreed that these beauty standards are crucial and 92.6 % of them agreed that people who are not according to beauty standards are discriminated in Sri Lanka. Majority of them 94.4 % agreed that females are affected by these beauty standards more than male and Sri Lankans discriminate on body weight (68.5 %) more than other features. 90.7 % claimed that it is important to adjust in to these

beauty standards not to get discriminated by Sri Lankan society and majority of them claimed that they get body discrimination from their peers.

79.6 % of the participants were normal weight, 14.8 % were overweight according to the BMI standards and 51.9 % of them disagreed on BMI parameters to determine their health.

All participants were questioned about their thoughts about food and answers are shown in table 1.

Table 1– Expressions about food

	No	Yes	Sometimes
Feeling guilty or depressed after eating	30 (55.6 %)	11 (20.37 %)	13 (24.1 %)
Feeling uncontrollable around food	30 (55.6%)	17 (31.5 %)	7 (12.9 %)
Regularly eat until uncomfortably full	31 (57.4 %)	16 (29.6 %)	7 (12.9 %)
Eats in secret	43 (79.6 %)	9 (16.6 %)	2 (3.7 %)
Often on a diet	27 (50.0 %)	20 (37.0 %)	7 (12.7 %)
Vomit after eating	47 (87.0 %)	–	7 (12.9 %)

Bulimia nervosa is associate with binge eating and practiced vomiting after overeating. Overeating starts immediately following a diet and restriction of calorie intake. (3) According to the survey analysis participants with developing symptoms of bulimia nervosa can be found. Mostly females are engaged in successful pursuit of thinness that results in serious weight loss which is the first sign of anorexia nervosa which is a psychological and physiological disturbed behaviour, including extreme physical activity, depression and obsessional preoccupation with food, intense fear of gaining weight. (3) Majority of participants (46.29 %) admitted that they worried of their weight and body shape more than their peers and 48.1% of them sees weight as an important aspect of their identity. 40.7 % expressed that they have a fear of gaining weight and 3.70 % have a fear of losing weight. 9.3 % of them eat 3 main meals with snacks, 37 % eat 3 meals, 13 % of them eat 2 main meals including breakfast, 5.6 % eat only one main meal, 1.9 % eat only snacks for the whole day and majority of them claimed that they don't count calories before eating. 37 % of them claimed that they are stressed over food. Majority of participants has tried to blend in with beauty standards and they tried to lose weight with excessive exercises and diet. Some of the participants claimed that even with exercise and diet they still ended up gaining weight. These data can confirm that there are some participants with developing anorexia nervosa symptoms.

According to the survey 96.3 % of people agreed that these beauty standards have a greater impact on mental health of people. From the participants 22.5 % of them are more likely to have a dysfunctional eating behaviour. According to recent researches about eating disorders confirms that girls with low self-esteem are more likely to develop distorted eating in the future and most of the alleged cause of development of eating disorders are; family and peer pressure, teasing and individual influences such as sever body dissatisfaction (4).

According to the survey, participants (96.3 %) agreed that beauty standards in Sri Lanka has a greater impact on mental health issues of people and Sri Lanka should provide more mental health services due to lack of attention to people in need of help.

Conclusions

Beauty standards are critical in the development of eating disorders, which is in line with our study in Sri Lanka; almost three-quarters of young people are not satisfied with their current appearance. Women are more dissatisfied with their physique than men, and most of them are

influenced by the cultural obsession with thinness. We can hypothesize that people who meet beauty standards and have low self-esteem are more likely to develop eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa, and compulsive overeating. The data obtained can be used in psychoeducational work in Sri Lanka.

LITERATURE

1. Liyanage G, Karunainathan T, Jeyarajah L, Thevatheepan P, Thavendra M, Seneviwickrama M. Body image dissatisfaction and its determinants in urban Sri Lankan adolescents. *Ceylon Med J.* 2021 Dec 31;66(4):185-190. doi: 10.4038/cmj.v66i4.9509. PMID: 35570350.
2. Google survey: <https://drive.google.com/file/d/1IU0qzMyli4yT2LYEVtgen8DIMzyiWr15/view?usp=sharing>.
3. Walsh, B. T. (1998). Eating Disorders: Progress and Problems. *Science*, 280(5368), 1387–1390. doi:10.1126/science.280.5368.1387.
4. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «НЕВРОЛОГИЯ. НЕЙРОХИРУРГИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ».....	3
Алёхна О. Ю. Качество жизни у пациентов с болевым синдромом после острого нарушения кровообращения мозга при использовании виртуальной реальности	3
Горшкова А. А. Постинсультные когнитивные нарушения	5
Громыко А. В. Проявления невропатии лицевого нерва	7
Демьянцева А. В. Бульбарные расстройства при инфаркте головного мозга	8
Жогаль А. А. , Смирнова М. В., Кулицкая М. Е. Клинический случай хореи беременных	10
Кавецкая В. В. , Кавецкий А. Д. Клинический случай синдрома Маркуса Гунна	13
Кикинёва Я. В. Осведомленность студентов ГомГМУ об оказании первой помощи при инсульте	15
Кухарева А. А. Особенности течения полинейропатии, индуцированной химиотерапией	16
Кухленкова Д. Д., Шаблюк Н. И., Корхова А. А. Анализ клинико-лабораторных показателей у пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга	19
Лагойкин Е. В., Смольская А. Д. Анамнестические данные пациентов с множественной компрессией поясничных нервных корешков	21
Машлякевич Д. П., Федорович А. В. Взаимосвязь нейропатической боли с уровнем тревожности и депрессии у пациентов пожилого возраста с хроническим болевой синдромом	24
Михайлова Д. В., Волкович А. А. Клинико-лабораторные показатели пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.....	26
Панасенко А. В., Обыденникова Н. В., Слюсарь И. Н. Специфика нарушений памяти у пациентов с постковидным синдромом.....	29
Пинчук П. В. , Костицын П. Н. Современное представление о синдроме Уэста.....	30
Сергеенко К. В. , Пинчук Д. Н. Клинико-диагностические аспекты синдрома Гуам.....	33
Силивончик В. А., Смирнов В. С. Эффективность когнитивных тренировок у пациентов с болезнью Паркинсона.....	35

Славикова Д. Е., Мурашкевич Т. Г. Сравнение терапии препаратами I и II линии, изменяющих течение рассеянного склероза у пациентов Гомельской области	37
Смирнов В. С., Нетбайлов Г. В. , Силивончик В. А. Дебют рассеянного склероза в детском возрасте	39
Сурганов С. С. Особенности головной боли у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и вертеброгенной цервикобрахиалгией	41
Цупиков Ю. В., Мельников А. С. Отдаленные последствия инсульта (катамнестическое исследование)	43
Шарманова А. Н., Пивоварова П. В. Особенности неврологического статуса и уровня болевого синдрома у людей с гипертонической болезнью	44
Шумко А. М., Иутин И. С. Когнитивные нарушения у постинфарктных пациентов	47
Якимович О. О. Тазовые расстройства при инфаркте головного мозга	48
Donerudi Ramya Krishna Myasthenia gravis in India.....	50
F. Rasha H.A., Tharseekan P. Broca's aphasia and motor stimulation through sign language training	52
Sudha Sri Malarvannan Prevalence of alzheimer's disease in India	53
Mandara Hasangani Kande Vidanaralage Neurological complications associated with COVID-19 vaccination.....	55
Mohamed Mowith Fathima Sanjitha Clinical case of sensory stroke.....	58
Puttur Srinivasan Uday Prakash The latest treatments for brain tumors (glioblastoma)	61
Rajkumar Nandhini Epidemiological review of stroke among Indian women	64
Tatiparthi Chandanasree Young people storke in India	66
СЕКЦИЯ «ПЕДИАТРИЯ».....	69
Антонова М. А., Праведная Ю. А. Особенности бронхиальной астмы у детей до 5 лет.....	69
Арбатов Д. Г., Чайтиев С. Н. Синдром вегетативной дисфункции и астенический синдром у детей и студентов города Гомеля	71
Беломытцева И. В., Громько О. Ю. Характеристика хронических гастритов у детей	74

Бурак И. Н. Врожденные сердечно-сосудистые аномалии у детей (по данным Гродненской областной детской клинической больницы).....	77
Винник Д. А., Лющёнок И. О. Хроническая крапивница у детей Гомельской области.....	79
Галченкова О. Г., Медведская М. М. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей	81
Грибанов А. В. Мониторинг физического развития детей школьного возраста	83
Громыко А. В. Аутоиммунный гепатит в детском возрасте	86
Довгая К. И., Федченко Ю. М. Клиника и диагностика хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском возрасте	88
Коваленко И. В. Особенности сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей	90
Лебешев Д. Ю., Карнацевич И. П. Сравнительный анализ гемолитической болезни новорожденных.....	92
Лющёнок И. О., Винник Д. А. Этиология острой крапивницы у детей.....	94
Майстрова М. В. Особенности течения раннего неонатального периода у маловесных новорожденных	96
Матяс С. С., Миронов В. Д. Влияние бронхиальной астмы на сердечно-сосудистую систему у детей.....	98
Момотюк И. Н., Тюшкевич М. С. Острый живот в практике врача-педиатра.....	101
Новик Т. Д. Обеспеченность детского населения города Гомеля витамином D в весенне-летний период	103
Патеева Д. И. Клиническая характеристика врожденных пороков сердца у детей.....	105
Плескацевич С. А., Ильченко А. А. Гематурия у детей.....	108
Покидюк Л. С. Оценка когнитивных способностей у подростков при аутоиммунном тиреоидите в фазе субклинического гипотериоза	109
Синькевич А. А., Кривецкая И. И. Анализ результатов суточного мониторирования артериального давления у детей с кардиологической патологией	111

Струченкова П. М., Демидова В. И. Приверженность к грудному вскармливанию детей женщинами в раннем послеродовом периоде.....	114
Харлан А. В. Клиническая картина мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с SARS-COV-2 у детей Гомельской области.....	117
Чайтиев С. Н., Арбагов Д. Г. Вегетативные нарушения и астенический синдром у детей в условиях стационара	119
Якимченко А. Д. Ювенильный идиопатический артрит у детей г. Гомеля и Гомельской области.....	121
Dinethrie R. Jayaweera Childhood malnutrition and their consequences in Sri Lanka	123
S. I. M Kodagodage, A. P. Bedryi Features of the clinical picture of COVID-19 infection in foreign students of the Gomel state medical university	126
Malarvannan Sudha sri Epidemeological review of west nile fever among children in India	128
Mandara Hasangani Kande Vidanaralage Antibiotic resistance in children	130
Rajkumar Nandhini Epidemiological review of Chikungunya fever in India.....	132
P. G. V. Rathnaweera Childhood tuberculosis in Sri Lanka.....	135
СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА. АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»	138
Громыко О. Л. Клинико-лабораторные особенности анемий у детей Гомельской области.....	138
Китель Л. С., Петренко Т. С., Гусакова Н. В. Лабораторные показатели острофазного ответа у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19	140
Кохан В. Н., Борисова А. В. Особенности уровня половых гормонов у девочек-подростков с аменореей	143
Линкевич А. М. Функциональный статус нейтрофилов у пациентов с рожей	145
Мартинчик А. С. Результативность тестов для диагностики инфекций, вызванных clostridioides difficile	147
Плотникова Т. А., Сыругина В. В. Анализ уровня пролактина у детей с патологией репродуктивной системы.....	150

Ткачева В. С. Функциональные свойства нейтрофилов крови у реципиентов почечного аллотрансплантата	152
Шилкина Е. С. Динамика изменений биохимических показателей печени в период лечения системными ретиноидами	154
СЕКЦИЯ «ПСИХИАТРИЯ»	157
Акулич А. М. Нарушения восприятия образа собственного тела как фактор риска развития расстройств пищевого поведения у студентов младших курсов	157
Алисейко А. О., Дымович В. И. Оценка частоты встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с диагнозом состояния отмены алкоголя с делирием	160
Бобкова М. Е. Оценка распространенности депрессии и тревожности среди студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»	162
Будник А. В. Влияние воспитания на агрессивность человека. Уровень копирования модели поведения в семье	165
Васюченко С. В., Зыгман Ю. С. Влияние неблагоприятного детского опыта на индивидуально- психологические характеристики мужчин и женщин	167
Головнева Е. П., Забиркова А. В. Клинико-социальный патоморфоз отклоняющегося поведения у студентов медицинских вузов Республики Беларусь	169
Грудько И. А., Героимова А. Г., Налетько А. Н. Синдром эмоционального выгорания у студентов высших учебных заведений г. Гомеля	172
Дедова А. Ю. Диагностика депрессивных состояний студентов различных вузов	174
Дымович В. И., Алисейко А. О. Анализ медикаментозной терапии пациентов с диагнозом состояния отмены алкоголя с делирием	176
Дымович В. И., Алисейко А. О. Оценка лабораторных показателей у госпитализированных пациентов с диагнозом состояния отмены алкоголя с делирием	178
Ефимова А. А., Харкович А. В. Распространенность признаков аффективных расстройств у студентов медицинского университета	181

Зайцева Д. Е. Синдром профессионального выгорания у водителей большегрузных автомобилей. Связь синдрома профессионального выгорания с алекситимией	184
Зубрицкая Е. В., Голик В. Я., Крилович В. В. Оценка риска развития тревожных расстройств у студентов ГомГМУ	186
Карабанов А. Н., Романенко Е. Д. Скрининг обсессивно-компульсивного расстройства у студентов.....	188
Ключинская Ю. А., Богомазова М. И. Взаимосвязь тревожности и нарушений сна у молодых людей.....	190
Ковалева А. В., Туренков В. И. Исследование пищевого поведения студентов-медиков и их предрасположенность к расстройствам пищевого поведения.....	193
Краснова А. А. Проблематика диагностики биполярного аффективного расстройства 2-го типа	195
Лебешев Д. Ю., Карнацевич И. П. Сравнительная оценка самоорганизации студентов медицинских учреждений образования.....	197
Ловкис А. А. Психопатологическая структура личности больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности в период карантина COVID-19.....	199
Нурсахатов И. А., Аллабердиев О. Роль копинга в успеваемости студентов медицинского вуза.....	203
Пожиток К. Н., Ковальчук В. В. Влияние темперамента на возникновение нарушений пищевого поведения.....	205
Пожиток К. Н. Оценка уровня тревоги у людей с нарушениями пищевого поведения.....	207
Пожиток К. Н., Ковальчук В. В. Образ собственного тела у людей с нарушениями пищевого поведения	210
Приходько Л. Р., Маркоз Я. Н. Диагностика уровня невротизации по методике Л. И. Вассермана у лиц молодого возраста.....	212
Романович М. С. Феномен хикикомори у студентов медицинского университета.....	215
Тесёлкин Е. В., Лавренова Д. С. Идеализация расстройств приема пищи в интернете.....	218
Якубович В. Ю. Расстройство адаптации у студентов медицинского вуза.....	220
W. M. Yajas Rashmika Wijesundara Comparison of depression, anxiety and stress of Sri Lankan medical undergraduates in local and foreign universities.....	224

F. Sashna Basheer	
The efficiency of stress coping strategies used by medical students and its effects on the prevalence of personality and mood related disorders	226
L. T. S. S. Wickramatunga, Geekiyanage T. P., D. M. D. I. Dissanayake	
Relationship between social media and eating disorders in young adults	229
Namal Arachchilage Hasini Chathurya Thilakarathna	
Feasibility study of vitamin b complex influence to the mental health.....	231
Pilippenge Sandeepa Sithumi Perera	
Prevalence of predominant learning disabilities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder in Sri Lanka.....	233
Ukwattage Dona Senuri Devanmini Ukwatta	
Sri Lankan beauty standards and their impact on developing dysfunctional eating behaviours	236

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ**

**Сборник научных статей
XV Республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(г. Гомель, 4–5 мая 2023 года)**

В девяти томах

Том 7

В авторской редакции

Компьютерная верстка А. М. Терехова

Подписано в печать 14.09.2023.

Формат 60×84/16. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Times New Roman».

Усл. печ. л. 14,3. Уч.-изд. л.17,77. Тираж 11 экз. Заказ № .427

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.

Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.