

уровень внимания отмечался у 77,8 % и средний — у 22,2 %. Контрольная же группа, используя смартфоны, потеряла свою концентрацию и внимание к окончанию занятия.

Таким образом можно утверждать, что использования гаджетов негативно влияет на психомоторную реакцию студентов приводит к более рассеянной концентрации внимания во время учебного процесса, что сказывается на отметках и прежде всего знаниях будущего специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова, Р. М. Влияние социальных сетей на молодежь / Р. М. Федорова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2017. — Т. 6. — С. 300–301.
2. Маклаков, А. Г. Общая психология: учебник / А. Г. Маклаков. — СПб.: изд-во Питер, 2008. — 583 с.
3. Сарсенбаева, С. С. Активные методы обучения в медицинском вузе: учеб. пособие / С. С. Сарсенбаева, Ш. Рамазанова, Н. Баймаханова. — Алматы, 2011. — 44 с.
4. Маришук, В. Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В. Л. Маришук, В. И. Евдокимов. — СПб.: Сентябрь, 2001. — 260 с.

УДК 618.181-002.36-008.6-071-055-053

ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА, ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ

Коноваленко М. А., Гаркуша А. В.

Научный руководитель: преподаватель Е. В. Тимошкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Флегмона — разлитое гнойное воспаление, при котором гнойный экссудат распространяется между тканевыми элементами, пропитывая, расслаивая и лизируя ткани [1].

Цель

Проанализировать гендерную и возрастную структуру, данные гематологических показателей, основные клинические и лабораторные критерии эндогенной интоксикации (ЭИ) при флегмонах.

Материал и методы исследования

На базе гнойного хирургического отделения БСМП проанализировано за период с 01.01-31.12.2019 г. 2064 истории болезни, проходивших стационарное лечение. Среди поступивших пациентов 1135 (55 %) были с гнойно-воспалительными заболеваниями. В структуре гнойной патологии флегмоны различных локализаций за год составили 7 % (80 пациентов). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи Триал-версии «Statistica» 13.3 EN. Проверку на нормальность распределения изучаемых признаков проводили с помощью теста Шапиро — Уилка(W). Данные в тексте приведены в виде $Me (Q_1; Q_3)$, где Me — медиана, Q_1, Q_3 — верхний и нижний квартиль.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты с флегмонами различных локализаций распределились следующим образом: флегмоны конечностей — 60 (75 %) пациентов, флегмоны нижних конечностей встречались у 36 пациентов, флегмоны верхних конечностей — 24 пациентов; флегмоны туловища — 4 (5 %) пациента; флегмоны таза — 10 (12,5 %) пациентов; флегмоны брюшной клетчатки — 4 (5 %) пациента; флегмона Фурнье — 2 (2,5 %) пациента.

Гендерная структура заболеваемости флегмонами: у мужчин — 55 % (44 пациента); у женщин — 45 % (36 пациентов). Средний возраст мужчин составил 56,8 лет (24; 78),

у женщин 65,6 лет (26; 84). Средний койко/день в стационаре составил 23,5 дня (3; 89). Летальность при флегмонах составила 7,5 % (6 пациентов: 2 мужчины и 4 женщины).

У 40 (50 %) пациентов имелись сопутствующие иммунокомпрометирующие заболевания, у 28 пациентов (70 % из 40 больных) диагностирован сахарный диабет в стадии органических изменений, 8 из них имели трудоспособный возраст (28 %). Другие заболевания, ухудшающие прогноз при гнойной патологии, составили: системные аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева) — 5 (6,25 %) человек, вирусный гепатит С — 4 (5 %) человека, болезни крови (хронический лимфолейкоз, лимфома Ходжкина) — 3 (3,75 %) человека. Суммарно их встречаемость составила 30 % (12 человек).

У 24 (30 %) пациентов выявлен гнилостный характер экссудата, у 1 (1,25 %) пациента — гнойно-геморрагический характер на фоне анаэробной неклостридиальной инфекции и у 55 (68,75 %) пациентов — гнойный характер экссудата. Этиологический фактор гнойного процесса у 32 (40 %) пациентов была Гр (–) микрофлора (*P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *E. coli*, *Citrobacter*), у 8 (10 %) пациентов высеяна смешанная микрофлора, у 36 (45 %) больных получена Гр (+) микрофлора (*St. aureus* (60 %), *Str. pyogenes*, *Str. agalactiae*, *Ent. faecalis*), у 4 (5 %) пациентов роста аэробной микрофлоры не получено. После вскрытия гнойного очага объем экссудата составил 59,5 (1; 500).

Физикальные и лабораторные изменения, выявленные при анализе истории болезни: гипертермия — 78 (97,5 %) пациентов. Среднее значение температуры всех пациентов — 37,7° (36; 39); лейкоцитоз — 64 (80 %) пациента. Среди всех пациентов среднее значение лейкоцитов — $15,3 \times 10^9$ (5,6; 45,9); синдром системного воспалительного ответа (СВВО) — 12 (15 %) пациентов (сочетание 2 и более показателей ССВО: лейкоцитоз $> 14 \times 10^9$ /л, $t^\circ > 38^\circ$, тахипноэ); сепсис — 12 (15 %) пациентов (диагноз сепсис подтвержден лабораторными тестами: прокальцитонин — 6–12 нг/мл, Ц-реактивный белок — > 120 ед.); тяжелый сепсис с синдромом полиорганной недостаточности — 6 (7,5 %) пациентов, встречались гепаторенальный синдром, сердечно-сосудистая недостаточность, проявляющаяся стойкой артериальной гипотензией, требующей инотропной поддержки. Смертность в этой группе составила 83 % (5 пациентов).

Анализировались капиллярная кровь, общий и развернутый анализ крови у пациентов в первые сутки поступления.

Гематологический показатель интоксикации (ГПИ) — произведение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), поправочного коэффициента на лейкоциты и поправочного коэффициента на СОЭ. Это расчетный показатель степени ЭИ. Норма — $0,62 \pm 0,09$ –3,6. Результаты: референтные значения — 28 (35 %) пациентов со средним значением — 1,22 (0,03; 2,27); 1 степень ЭИ (ГПИ — 3,8–6,6) — 4 (5 %) пациентов, 5,13 (3,93; 6,47); 2 степень (6,61–25,94) — 24 (30 %) пациента, 14,56 (8,31; 22,14); 3 (> 26) степень — 24 (30 %) пациента, 41,74 (26,17; 61,75).

Лейкоцитарные индексы реактивности: ЛИ (лимфоцитарный индекс) и ИСЛК (индекс сдвига лейкоцитов крови). ЛИ — показатель сбалансированности ответной реакции организма на воспаление, отражает соотношение гуморального и клеточного звена иммунной системы. Отношение лимфоцитов к нейтрофилам. Снижение ЛИ $< 0,3$ — негативный момент. ЛИ $< 0,3$ выявлен у 28 (35 %) пациентов, среднее число — 0,11 (0,03; 0,17); ИСЛК — маркер реактивности организма при воспалении. Норма — 1,5–2,2. Был выше нормы у 60 (75 %) пациентов при среднем значении — 8,5 (2,3; 24).

Ядерный индекс (ЯИ) — характеризует скорость регенерации нейтрофилов и моноцитов, маркер степени ЭИ. Отношение общего кол-ва моноцитов и палочкоядерных нейтрофилов к уровню сегментоядерных нейтрофилов. Результаты: легкая степени ЭИ (ЯИ –0,05–0,29) — 32 (40 %) пациента, среднее значение — 0,21 (0,14; 0,26); средняя

степень (0,3–1,0) — 36 (45 %) пациентов, 0,48 (0,30; 0,91); тяжелая степень (> 1,0) — 12 (15 %) пациентов, 1,26 (1,09; 1,36).

Индекс резистентности организма (ИРО) — отношение лейкоцитов к сумме возраста и ЛИИ. Норма составляет — 0,5–1,0. Его снижение указывает на высокую вероятность развития инфекционных осложнений. У 78 (97,5 %) пациентов ИРО был меньше нормы, среднее значение — 0,18 (0,02; 0,35).

Вывод

У больных повышенные значения ЯИД были выявлены в 95 % случаев, ГПИ — в 65 %, что является дополнительным критерием в оценке степени ЭИ у пациентов с флегмонами. Установлены повышенные значения ИСЛК в 75 % случаев, снижение ИРО — в 97,5 % случаев. Гендерная структура заболеваемости флегмонами: у мужчин — 55 %, у женщин — 45 %. Средний возраст мужчин составил 56,8 лет, у женщин — 65,6 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 880 с.

УДК 616.61-036.12(476.2)

АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Королёва Н. С.

Научный руководитель: преподаватель Е. В. Тимошкова

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

Введение

По статистическим данным на 2019 г., распространенность хронической болезни почек (ХБП) в мире составляет 12 %, в то время как в Республике Беларусь ХБП страдает 5 % населения [1]. Современная диагностика заболеваний мочевыделительной системы в Республике Беларусь в большей степени направлена на выявление пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП).

ХБП — структурные и функциональные изменения почек продолжительностью 3 месяца и более, независимые от этиологии заболевания. Также называют ХБП снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин на 1,73 м², длительностью от 3 месяцев и более, даже если другие маркеры повреждения почек отсутствуют. Важное отличие ХБП от хронической почечной недостаточности — включение в категорию ХБП пациентов с нормальным функциональным состоянием почек [2].

Цель

Проанализировать этиологию и распространённость ХБП по данным историй болезни у пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные 36 историй болезни пациентов на базе отделения нефрологии ГУЗ «ГОСКБ» за январь-март 2019 г. Были рассмотрены такие параметры, как пол, возраст пациентов, сопутствующие заболевания, а также данные лабораторных исследований.

Полученные данные были обработаны с использованием приложения «Statistica 13.3 Trial». Полученные данные представлены в формате Me (Q1; Q3), где Me — медиана, Q1; Q3 — верхний и нижний квартиль, так как данные не подчинялись закону нормального распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. При сравнении неза-