

Изучение всех представленных на мультиспиральной компьютерной томографии параметров и индексов грудной клетки перед операцией позволяет выбрать метод оперативного вмешательства, даёт возможность моделирования положения корригирующей пластины для достижения наилучшего результата коррекции ВДГК у каждого оперируемого пациента.

Литература

1. Koumbourlis, A. C. Pectus deformities and their impact on pulmonary physiology / A. C. Koumbourlis // Paediatr Respir Rev. – 2015. – Vol. 16. – P. 18-24.
2. Araújo, M. E. Nuss procedure for pectus excavatum repair: critical appraisal of the evidence / M. E. Araújo, A. P. Penha, F. L. Westphal // Rev Col Bras Cir. – 2014. – Vol. 41(6). – P. 400-405.
3. Park, S. Y. Case of right ventricular dysfunction caused by pectus excavatum / S. Y. Park // J. Cardiovasc. Ultrasound. – 2010. – Vol. 18. – P. 62-65.
4. Горемыкин, И. В. Соотношение степени воронкообразной деформации грудной клетки с тяжестью дисплазии соединительной ткани у детей / И. В. Горемыкин, К. Л. Погосян, Е. А. Лукьяненко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 8 (3). – С. 844-845.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ О ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Мухтарзаде Л.Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – старший преподаватель Смирнова Г.Д.

Актуальность. Прогрессивные изменения в поведении потребителей, такие как быстрая урбанизация и расширение туризма, заставляют все больше людей покупать и потреблять продукты питания, приготовленные в общественных местах. По мере роста численности населения планеты и спроса на продовольствие интенсивность сельскохозяйственного и животноводческого производства и его индустриализация также увеличиваются, что может создать новые возможности и новые угрозы для продовольственной безопасности.

За последнее десятилетие на каждом континенте были отмечены серьезные вспышки заболеваний пищевого происхождения, масштабы которых нередко усугублялись последствиями глобализации мировой торговли. Примером является инцидент с заражением бактериями *listeria monocytogenes* готовых к употреблению мясных продуктов в Южной Африке в 2017-2018 гг., в результате чего листериозом заболело 1060 человек, 216 из которых скончались [1].

Небезопасные продукты питания представляют собой глобальную угрозу здоровью каждого человека. Младенцы, беременные женщины, пожилые и больные люди наиболее уязвимы. Ежегодно диарейными заболеваниями заражаются 220 миллионов детей, и 96 000 из них умирают.

Заражение продуктов питания может произойти на любом этапе производственно-сбытовой цепи, и главная ответственность за обеспечение безопасности лежит на производителях продовольственных товаров. Тем не менее во многих случаях инциденты, связанные с заболеваниями пищевого происхождения, становятся следствием несоблюдения правил обращения с продуктами питания на дому, на предприятиях общественного питания и на рынках. Не все работники пищевой промышленности и потребители осознают свою роль в обеспечении защиты собственного здоровья и здоровья окружающих и, в частности, важность соблюдения основных правил гигиены при покупке, продаже и приготовлении пищевых продуктов. [1]

Ежегодно десятки тысяч людей госпитализируются и получают диагноз «пищевое отравление», большинство из которых вызывается микроорганизмами, в том числе и ядовитыми. 80% случаев пищевого отравления являются легкими, 20%-умеренными и только 1-2% – тяжелыми, когда к вышеперечисленным симптомам добавляются признаки прогрессирующего коллапса – падение артериального давления и снижение кровоснабжения жизненно важных органов.

В отчете Министерства здравоохранения Республики Беларусь отмечено, что зарегистрированные пищевые отравления населения Республики чаще всего вызываются такими микроорганизмами, как *Shigella*, *Vibrio cholera*, *Cl. Botulinum*, при этом причиной 9,8% указанных случаев пищевых заболеваний являлись промышленно произведенные продукты питания. Проблема пищевых отравлений не теряет своей актуальности – однако необходимо учитывать, что основная масса людей при пищевых отравлениях не обращаются за медицинской помощью в медицинские учреждения и их случаи, соответственно, остаются незарегистрированными [2].

Цель. Изучить информированность населения по вопросам продуктов питания, вызывающих пищевые отравления.

Материалы и методы исследования. Проведено валеолого-диагностическое обследование 55 жителей города Гродно и Гродненской области (из них 12,7% мужчин и 81,3% женщин, в возрасте от 18 до 30 лет).

Результаты и их обсуждение. Опрос показал, что 49,1% респондентов пострадали от пищевого отравления, причем 21,8% студентов связывают пищевое отравление с едой, купленной в общественных местах, а 7,3% – с едой, приготовленной дома.

Выбирая среди наиболее вероятных источников пищевого отравления, 89,1% участников исследования на первое место поставили воду

из незнакомого источника. Далее по значимости отмечали плохо промытые фрукты и овощи (87,3%), сырые и полусырые блюда из мяса животных и птиц (83,6%). 70,9% указали, что не будут пить воду из неизвестных источников; 23,6% будут пить воду из колодцев или святых источников; 1,8% будут пить воду из источников, которые кажутся чистыми. При выборе продуктов питания 92,7% интересовались сроком годности, 87,3% – внешним видом продукта, 60% – условиями хранения ингредиентами продукта.

При этом 3,6% указало, что не обращают внимания ни на что из вышеперечисленного, руководствуясь другими мотивами. Овощи и фрукты под проточной водой без мыла перед употреблением в пищу моют 80% респондентов, а употребляют в пищу вообще без помывки 3,6%.

Основными симптомами пищевого отравления были диарея, тошнота и рвота у 96,4%, боль в животе у 90,9% и лихорадка, озноб и слабость у 69,1%. Из тех, кто пострадал от пищевого отравления, только 17,9% обратились в медицинское учреждение. В случае симптомов пищевого отравления 83,6% сообщили об использовании адсорбентов или обезболивающих средств, а 56,4% – о промывании желудка.

После пищевого отравления 50% респондентов сообщили, что теперь они соблюдают основные правила профилактики пищевых отравлений, такие как мытье рук перед едой или после посещения туалета или общественных мест (92,7%) и отказ от подозрительных продуктов и алкогольных напитков (74,5%). 78,2% респондентов считают свой уровень знаний о профилактике пищевых отравлений достаточным.

Вывод. Таким образом, результаты валеологических и диагностических исследований показали недостаточную осведомленность респондентов о возникновении пищевых отравлений. Хотя большинство опрошенных не обращаются за медицинской помощью в случае пищевого отравления, половина респондентов изменили свое отношение к профилактике после контакта с пищевым отравлением.

Из-за опасности пищевого отравления на бытовом уровне, следует покупать продукты только в специализированных магазинах; проверять срок годности на упаковке свежих продуктов; упаковывать сырые и приготовленные продукты отдельно в холодильнике; размораживать замороженные продукты в холодильнике или микроволновой печи, так как под воздействием тепла поверхности продуктов быстро размораживаются, и микроорганизмы начинают размножаться; соблюдать личную гигиену и тщательно мыть руки с мылом каждый раз после посещения туалета, а также после нахождения в общественных местах.

В заключение следует отметить, что осведомленность населения о продуктах, вызывающих пищевые заболевания, является одной из наиболее важных переменных для здоровья человека и ключом к предотвращению развития энтеровирусных инфекций.

Литература

1. Министерство Здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>. – Дата доступа: 11.10.2020.
2. Министерство Здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/v-respublike-uchastilis-sluchai-otravleniya-gribami/>. – Дата доступа: 11.10.2020.

АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ХРОНОТИПОВ СТУДЕНТОВ УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Окулич Я.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – старший преподаватель Саросек В.Г.

Актуальность. Все замечают, что кто-то очень легко встают рано утром и полны сил и энергии, а кто-то с трудом отрывает голову от подушки, но во второй половине дня их работоспособность увеличивается и сохраняется до полуночи. И всё дело не в лени, а в биоритме человека, который определяется хронотипом человека – уровнем работоспособности в зависимости от времени суток.

Хронотип (от др.-греч. χρόνος ‘время’) – индивидуальные особенности суточных ритмов организма человека и других животных. Существуют три основных хронотипа человека: ранний (утренний, «жаворонки»), промежуточный (нормальный, «голуби») и поздний (вечерний, «совы») [1].

Впервые информация о человеческих хронотипах (индивидуальных особенностях суточных ритмов) появились в начале XX века. В то же время немецкий психиатр Эмиль Крепелин рассуждал о «утренних и вечерних работниках». У «утренних работников» работоспособность больше в первой половине дня и в первые часы ночи сон глубже, у «вечерних работников», физическая активность больше во второй половине дня и сон глубже во второй половине ночи.

К 1939 году в научной литературе появились термины «сова» и «жаворонок», а в 1970 году специалисты выделили третий промежуточный хронотип – голубя.

Во второй половине 80-х годов американские исследователи обнаружили у дрозофил ген *per* (*period*), который отвечает за продолжительность субъективных суток. Позднее такой же участок ДНК обнаружили и у мышей. У млекопитающих так же выявили сразу несколько генов, с которыми