стимулы, такие как реклама еды, легкодоступность продуктов, накрытый стол, а не на внутренние (уровень глюкозы в крови или наполненность желудка).

Ограничительное пищевое поведение проявляется в излишнем самоограничении в пище, а также в строгих диетах без определенной системы. Период, когда пациент ограничивает себя в еде, затем сменяется периодом переедания. Во время диеты у больного формируется «диетическая депрессия», которая является причиной отказа от данной диеты и последующему набору веса. Данный процесс приводит к тому, что пациент ощущает вину и снижение самооценки.

Эмоциогенное пищевое поведение, синонимами которого являются гиперфагическая реакция на стресс, а также эмоциональное переедание и «пищевое пьянство» (по Шелтону) распространено у 60% больных с ожирением. Причину данного нарушения находят в наследственной дисфункции церебральных систем, участвующих в регуляции пищевого поведения, Помимо этого отмечают наличие серотонинергической недостаточности. В данном случае пациент употребляет большого количества пищи, содержащей по большей части углеводы, что приводит к повышению уровня глюкозы в крови и гиперинсулинемии, повышая проницаемость гематоэнцефалического барьера для триптофана и увеличивая образование серотонина. Данный нейромедиатор способствует формированию чувства насыщения и эмоционального благополучия. Также при эмоциогенном пищевом поведении пациент ест из-за различных отрицательных эмоций, таких как тревожность, раздражительность, подавленность, обида, скука, беспокойство и многие другие. Отразится вышеописанное расстройство в переедании либо в синдроме ночной еды [3].

В этой связи, целью нашего исследования был анализ особенностей пищевого поведения в зависимости от уровня стрессоустойчивости.

В анкетировании приняли участие 46 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 6 мужчин и 40 женщин. Опрошенным было предложено пройти тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона, а также ответить на вопросы, касающиеся особенностей питания. Статистическая обработка проведена с помощью Microsoft Excel 2011.

25 респондентов, стрессоустойчивость которых можно оценить в пределах отлично, хорошо и удовлетворительно, составили группу К (контроль). Опрошенные, ответы которых по тесту С. Коухена и Г. Виллиансона соответствовали уровню плохо и очень плохо, в количестве 21 человек выделены в группу S (плохая стрессоустойчивость). Средние значения баллов респондентов группы К по тесту самооценки стрессоустойчивости составили 14, а группы S – 23. При ответе на вопрос, следите ли Вы за своим питанием, 88% человек группы К отозвались утвердительно, а среди группы S подобным образом ответили лишь 76% опрошенных. Анкетированные данной группы чаще употребляют пищу, чтобы «заглушить стресс» (48%), в отличие от группы контроля (40%). Среди последних меньше тех, кто испытывает приступы нестерпимого голода, заставляющего употреблять несоразмерное количество пищи (44% респондентов), в отличие от опрошенных с плохой стрессоустойчивостью, 81% которых ответили положительно на данное утверждение. 9% респондентов группы S прибегают к различным способам избавления от уже съеденной пищи, однако в группе К опрошенных с таким же ответом набралось лишь 4%. Среди группы S 76% респондентов поощряют себя едой. В группе К лишь половина анкетированных ответили так же (52%). Одна треть опрошенных группы контроля боится набрать лишний вес (32%). Среди респондентов группы S от подобного страха страдает почти в два раза больше людей: 57%. 33% анкетированных данной группы согласны отказаться от пищи совсем, чтобы снизить массу тела. Лишь 12% опрошенных группы К ответили также.

Из вышеописанного можно сделать вывод, что низкий уровень стрессоустойчивости способствует формированию нарушений пищевого поведения.

Список литературы

1. Михайлова А.П. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор / А.П. Михайлова, А.В. Штрахова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 80-95.

2. Семиколенова В.А. Исследование типов ожирения у терапевтических и пульмонологических пациентов с метаболическим синдромом / В.А. Семиколенова, И.С. Хмыз, Ек.Н. Мокашева // Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Материалы конференции «VOLGAMEDSCIENCE». – 2019. – С. 516-517.

3. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения / Е.Н. Леонова // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2017. – Т. 27, вып. 2. – С. 174-181.

АНАЛИЗ ВЯЗКОСТИ И КРИСТАЛЛООБРАЗУЮЩИХ СВОЙСТВ СЛЮНЫ

Чепыжов И.С., Гришаева О.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, e-mail: lbs.russia@yandex.ru

Согласно проведенным исследованиям при микроскопии высохшей капли слюны выявлены различные типы кристаллических узоров. Обнаружена неравномерность и неодинаковость кристаллического узора в разных участках высушенной капли. Выявлены типы кристаллов, соответствующие высокой и низкой вязкости

слюны. Для слюны с повышенной вязкостью характерны кристаллы с плотным расположением, хаотичной ориентацией, а для слюны низкой вязкости характерна картина микрокристаллизации (мелкие, бесформенные, рассеянные, редко расположенные образования без четкой структуры).

Одним из современных направлений клинико-лабораторной диагностики является разработка неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики патологических состояний. Исследование слюны по многим клинико-биохимическим показателям имеет ряд преимуществ по сравнению с методами лабораторной диагностики крови. Этот получаемый без инвазивных вмешательств биоматериал широко используется не только в клинической практике, но и при гигиенических, токсикологических, иммунологических и научных исследованиях.

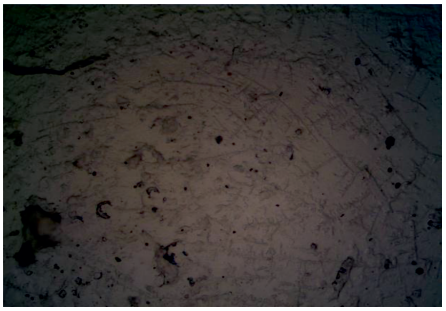
Цель исследования

Провести сравнительный анализ вязкости и кристаллообразующих свойств слюны обучающихся.

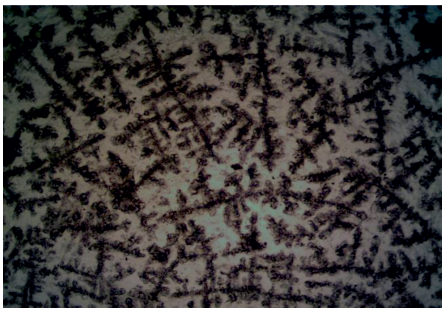
Материалы и методы исследования

Проведено исследование 78 образцов слюны студентов стоматологического факультета 1 курса, давших свое согласие на участие в эксперименте. Забор слюны осуществляли натощак в объеме 2 мл. Минералализующий потенциал слюны оценивали по методике (Леус П.А., 1977): после отстаивания нативной формы, надосадочный слой в объеме 0,01 мл наносили на поверхность предметного стекла по три изолированных капли и высушивали при комнатной температуре на строго горизонтальной поверхности. Далее проводилась микроскопия образцов.

1 тип МПС



2 тип МПС



3 тип МПС

4 тип МПС

5 тип МПС

При рассмотрении под микроскопом высохшей слюны выявлены различные типы кристаллических узоров и неравномерность в различных участках капли. Характер рисунка на стекле оценивали следующим образом: 1 балл – россыпь хаотически расположенных структур неправильной формы; 2 балла – тонкая сетка линий по всему полю зрения; 3 балла – отдельные кристаллы неправильной формы на фоне сетки и глыбок; 4 балла – древовидные кристаллы средних размеров; 5 баллов – четкая, крупная, похожая на папоротник или паркет кристаллическая структура. Оценивали каждую каплю слюны из трех и рассчитывают среднюю величину МПС. Показатели МПС от 0 до 1 считают очень низкими, от 1,1 до 2,0 – низкими, от 2,1 до 3,0 – удовлетворительными, от 3,1 до 4,0 – высокими, от 4,1 до 5,0 – очень высокими.

Вязкость слюны определяли по общепринятой методике (Рединова Т.Л., Поздеев А.Р., 1994): $T_B/T_C = B_C/B_B$. где: T_B – время вытекания воды (в сек.), T_C – время вытекания слюны (в сек), B_C – вязкость слюны (в относительных единицах), B_B – вязкость воды (в относительных единицах). Если принять вязкость воды в относительных единицах за 1, то вязкость слюны будет равна $B_C = T_{слюны}/T_{воды}$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования 1 тип МПС выявлен у 7 %(N = 5) обследованных, 2 и 3 тип у 8 %(N = 6) 4 тип МПС регистрировался в 31 %(N = 24) случаев и 5 тип у 46 %(N = 36) обследованных.

Анализ вязкости слюны, измеренный в относительных единицах, соотносится с кристаллической картиной высушенной капли слюны. Согласно нашим данным, значения вязкости слюны в относительных единицах составили: для 1-3 типов кристаллов от 1 до 3 относительных единиц (низкая вязкость слюны), для 4-5 типов кристаллов от 4 до 8 относительных единиц (высокая вязкость).

Выводы

При микроскопическом исследовании слюны у обучающихся обнаружено, что ее кристаллический узор неодинаков и зависит от вязкости слюны. Выявленный полиморфизм кристаллов слюны обучающихся позволяет предположить возможность дальнейшего их изучения при патологических состояниях с целью разработки методов неинвазивного мониторинга течения заболевания и его коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ МЕДЛЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Чернявская Д.Р., Шлыкова А.И., Мокашева Ев.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж, e-mail: dayana.chernyavskaya.99@mail.ru

Изучение медленных инфекций (МИ) основано на многолетних исследованиях. Начало было положено еще в далеком 1954 году, когда Б. Сигурдссон впервые заметил и опубликовал данные о неизвестных никому ранее массовых заболеваниях, имеющих несколько общих черт. К таковым относились: протяженный, от нескольких недель до десятков лет, инкубационный период; длительное течение заболевания после появления первых симптомов; необычный характер патогистологических и патофизиологических изменений в органах; в заключении неизбежный летальный исход [1, с. 5]. С тех пор данные критерии служат некими признаками для медленных вирусных инфекций.

Спустя уже 3 года Гайдушек и Зигас дали характеристику малоизвестному на тот момент заболеванию папуасов-ганибаллов на острове Новая Гвинея, которое помимо вышеперечисленных признаков включало в себя медленно нарастающую мозжечковую атаксию и другие дегенеративные реорганизации ЦНС. Тогда данную болезнь назвали «куру», в переводе означавшая-дрожание, тем самым открыв список медленных инфекций человека, обновляющийся в настоящее время.

Из написанного выше можно вывести определение медленных инфекций – это такая группа заболеваний человека и животных, которая характеризуется длительным инкубационным периодом, отличительным поражением клеточных структур, затяжным течением со смертельным исходом.

Рассматривая этиологию МИ, можно выделить основных возбудителей, к ним относятся: вирионы (покоящаяся стадия вируса), прионы (белки с аномальной третичной структурой). К заболеваниям, вызываемыми этими агентами, относятся: болезнь Крейтцфельдта – Якоба (характеризуется дистрофическими изменениями в коре больших полушарий, базальных ганглиях и спинном мозге), синдром Герстманна – Штраусслера (подострая губкообразная энцефалопатия). Также отдельно выделяют группу медленных инфекций человека с предполагаемой этиологией, в которую входят э вилюйский энцефаломиелит, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз и болезнь Паркинсона [2, с. 98]. Немного коснемся характеристики возбудителей. Вирионы в большинстве случаев переносят геном вирусов из клетки в клетку или же из одного организма в другой. Они полиморфные, размеры их от 20 до 300 нм. Строение их сходно с вирусами (наличие капсида, нуклеоида, в некоторых случаях суперкапсида). В большинстве случаев они не проявляют признаков своей биологической активности, однако соприкоснувшись с клеткой макроорганизма, образуется патогенный комплекс «вирус—клетка», который теперь может воспроизводить новые вирионы. Прионы, в отличие от вирионов, не передают свой генетический код организму-хозяину. Они способны к росту, но не имеют