

al. Эпидемиологический анамнез и филогеография линии вируса Западного Нила 2. *Infect. Genet. Evol.* 2013; 17: 46–50.

3. Молекулярная эпидемиология и эволюция вируса Западного Нила в Северной Америке. Брайан Р. Манн, Эллисон Р. Макмаллен, Даниэль М. Светнам и Алан Д. Т. Барретт. 2016. С. 2-4.

4. Платонов А.Е., Каран Л.С., Шопенская Т.А., Федорова М.В., Колясникова Н.М., Русакова Н.М., Шишкина Л.В., Аршба Т.Е., Журавлев В.И., Говорухина М.В. и др. Генотипирование штаммов вируса лихорадки Западного Нила, циркулирующих на юге России, как метод эпидемиологического исследования: принципы и результаты. *Ж. Микробиол. Эпидемиол. Иммунобиол.* 2011; 2: 29–37.

5. Львов Д.К., Бутенко А.М., Гайдамович С.Я., Ларичев В.Ф., Лещинская Е.В., Лазаренко В.В., Петров В.Р., Триханов С.Т., Хуторецкая Н.В., Шишкина Е.О., Яшков А.Б. Эпидемия менингоэнцефалита в Краснодарском крае и Вол-

гоградской области, вызванная вирусом Западного Нила. *Вопр. вирусол.* 2000. № 1. С. 37-38.

6. Львов Д.К., Бутенко А.М., Вышемирский О.И., Гайдамович С.Я., Громашевский В.Л., Ларичев В.Ф., Морозова Т.Н., Скворцова Т.М., Хуторецкая Н.В., Шишкина Е.О., Яшков А.Б., Платонов А.Е., Шипулин Г.А., Шипулина О.Ю., Жуков А.Н., Лазоренко В.В., Русакова Н.В., Азарян А.А., Гришанова А.П., Глимзинов Х.М., Гринкова Е.П. Выделение вируса лихорадки Западного Нила от больных людей в период эпидемической вспышки в Волгоградской и Астраханской областях. *Вопр. вирусол.* 2000. № 3. С. 56-64.

7. Субботина Е.Л., Локтев В.Б. Молекулярная эволюция вируса Западного Нила. Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. 2014. № 1. С. 31-37.

8. Чанси К., Гринев А., Волкова Э., Риос М. Глобальная экология и эпидемиология вируса Западного Нила. *BioMed Res. Int.*, 2015 (2015), С. 376230.

Медицинские науки

ХАРАКТЕРИСТИКА ОЖОГОВ У ПАЦИЕНТОВ РЕГИОНАЛЬНОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2020 ГОД

Ананьев И.А., Антропова Е.А.

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия МЗ РФ», Ижевск,
e-mail: nir@igma.udm.ru*

Придерживаясь цели, изучить частоту различных типов ожогов в разных возрастных группах и выявить преобладающий тип для дальнейшей характеристики ожоговых поражений по глубине, площади и приводящим к ожоговой травме факторам, было проведено исследование в региональном хирургическом ожоговом центре Удмуртской Республики, который расположен в городе Ижевске. В ходе исследования проведен сбор медицинской информации из историй болезней пациентов, поступивших в 2020 году с ожогами. Авторы работы провели статистический анализ собранных материалов. Выявлено 364 случая ожогов. Установлено, что во всех возрастных группах преобладают термические ожоги. Большая часть термических ожогов носят поверхностный характер. Лидирующим обстоятельством получения ожогов во всех возрастных группах являются горячие жидкости. Средняя площадь поражения при термических ожогах не превысила 10% от поверхности тела. Исследование проведено в области ожоговой медицины (или комбустиологии) в частности и травматологии в общем. Тема важна изучением частоты различных типов ожогов и их характеристик, кроме этого данные, полученные в результате исследования, помогают отслеживать ситуацию по ожоговым травмам в регионе.

Ожог – это травма кожи или других органических тканей, причиняемая, в основном, высокими температурами, а также излучением, радиоактивностью, электричеством, трением или контактом с химическими веществами. [1]

В той или иной степени, с различными типами ожогов сталкивается каждый человек, так

как использование высоких температур широко распространено во многих сферах жизни как в быту, так и в производстве. Нельзя также исключать влияние факторов окружающей среды на возникновение ожогов. Ожоговые поражения происходят довольно часто (например, в 2004 году почти 11 миллионов человек в мире получили ожоги такой степени тяжести, что потребовалась медицинская помощь), помимо этого ожоги являются угрозой для полноценного здоровья и жизни (в мире ежегодно происходит 180 000 случаев смерти от ожогов). [2]

Актуальность работы состоит в изучении частоты различных типов ожогов и их причин. Если четко представлять возможные причины получения ожогов, то ожоговой травмы можно избежать. Помимо этого, данная тема важна для оценки ситуации в регионе.

Цель: дать характеристику наиболее частому типу ожогов по глубине и площади поражения исходя из данных историй болезней пациентов ожогового центра УР.

Задачи: 1. Изучить истории болезней пациентов ожогового центра УР за 2020 год. 2. Провести статистический анализ полученных данных. 3. Определить частоту всех типов ожогов по возрастным группам, выявить наиболее частый тип ожогов. 4. Дать характеристику по глубине и площади поражения организма при наиболее частом типе ожогов. 5. Определить факторы, вызывающие самый частый тип ожогов. 6. Найти особые случаи получения ожогов.

Для раскрытия темы нужно разобраться с основами комбустиологии.

Ожоговые поражения имеют множество различных классификаций для полноценной характеристики ожога. Основные классификации делят ожоги по следующим положениям: обстоятельству получения и действующий на организм фактор, глубина поражения, площадь ожога.

По характеру действующего фактора выделяют: термические (ожоги пламенем, кипятком, паром, горячими поверхностями), химические

(повреждение различными веществами: кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, некоторые газы), электрические (электротравма), лучевые (могут быть вызваны инфракрасным, ультрафиолетовым и ионизирующим излучением). [3]

Особенно важна классификация ожогов по глубине поражения, так как от этого зависит тактика лечения. Выделяют данные степени термических ожогов: I степень – поражение на уровне эпидермиса, проявляющееся гиперемией и отеком кожи; II степень – повреждение всего эпителия с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью; III степень – некроз кожи; IV степень – некроз всей кожи и подлежащих тканей (подкожной клетчатки, фасции, мышц, костей). Выделяют IIIA степень (некроз эпителия и поверхностных слоев дермы) и IIIB степень (некроз всех слоев дермы с переходом на подкожную клетчатку).

Ожоги I, II и IIIA степеней относят к поверхностным, а IIIB и IV – к глубоким. Такое разделение носит принципиальный характер. При всех поверхностных ожогах возможно самостоятельное закрытие дефекта, при глубоких ожогах все возможные источники роста эпителия погибают, самостоятельное закрытие поврежденного участка невозможно.

Электрические ожоги по глубине разделяются только на 2 степени. А химические на 4 степени без буквенных индексов.

Площадь поражения выражают в процентах. Для определения этого параметра используют метод Уоллеса (правило девяток), по которому площадь отдельных областей тела равна 9% или 18% от поверхности тела, и метод Глумова (правило ладони). Данный метод основан на том, что площадь ладони пациента равна 1% от поверхности его тела. Следовательно, при визуальной оценке можно посчитать примерную площадь ожога. Ориентировочного значения, полученного с помощью этих методов, весьма достаточно для оценки состояния, прогноза и лечения. [1, 3]

При обширных и глубоких ожогах развивается клинически выраженная общая реакция организма, она начинается с первых часов после получения травмы и продолжается некоторое время после полного восстановления кожного покрова. При этом общие расстройства могут быть столь серьезными, что способны вызывать

тяжелые осложнения и приводить к летальному исходу. [4]

Методы: исследование проводилось с 25 июня по 13 июля 2021 года во время производственной практики на базе ожогового хирургического отделения (Регионального ожогового центра) в БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР». Данная больница расположена в городе Ижевске.

Авторы работы изучали архив историй болезней пациентов за 2020 год, работа с архивом была согласована с руководством отделения. Из карт выписывалась информация о месяце поступления больного, поле и возрасте пациента, типе ожога, степени и площади поражения. Личные данные пациентов, а также информация, относящаяся к врачебной тайне, не разглашались.

За время исследования изучено 426 историй болезни пациентов ожогового центра 2020 года. Из них случаи ожогов составляют 364. Авторы работы руководствуясь классификацией возрастных групп ВОЗ разделили всех пациентов на 3 группы. Первая группа – дети (0-17 лет); вторая группа – молодые люди и люди среднего возраста (18-59 лет); третья группа – пожилые люди, люди старческого возраста и долгожители (более 60 лет). По этим группам высчитывалось количество термических, химических, электрических и лучевых ожогов. [5]

Так как более распространены термические ожоги, по ним высчитывалась частота причин получения ожога и проводилась классификация по глубине и площади поражения.

Результаты: в результате исследования в ожоговом центре Удмуртской Республики за 2020 год выявлено 364 случая ожогов. В ходе расчетов частоты типов ожогов получились следующие значения (Таблица 1).

Из таблицы видно, что во всех группах преобладают термические ожоги. В первой группе на долю термических ожогов приходится 92,3%. Во второй группе – 88,1%. В третьей группе – 96,7%. Общее процентное соотношение типов ожогов по всем группам: термические – 90,9%; лучевые – 4,7%; химические – 3%; электрические – 1,4%.

Преобладающим типом оказались термические ожоги. Случаи термических ожогов были распределены по глубине (Таблица 2) и площади поражения.

Таблица 1

Количество различных типов ожогов за 2020 год среди пациентов ожогового центра УР

	Термический	Химический	Электрический	Лучевой	Случаев в группе
1 группа (0-17 лет)	109	1	0	8	118
2 группа (18-59 лет)	163	10	4	8	185
3 группа (более 60 лет)	59	0	1	1	61
Всего случаев по типам	331	11	5	17	

Таблица 2

Распределение случаев термических ожогов по глубине поражения среди пациентов ожогового центра УР за 2020 год

	поверхностные ожоги	глубокие ожоги
1 группа (0-17 лет)	88	21
2 группа (18-59 лет)	118	45
3 группа (более 60 лет)	34	25
Всего случаев	240	91

Таблица 3

Факторы термических ожогов у пациентов ожогового центра УР за 2020 год

	пламя	горячая жидкость	пар	горячая поверхность
1 группа (0-17 лет)	9	93	0	7
2 группа (18-59 лет)	42	86	5	30
3 группа (более 60 лет)	11	34	2	12
Всего случаев	62	213	7	49

На термические ожоги I-II-III степени (поверхностные ожоги) приходится в общем 240 случаев (72,5% от числа термических ожогов). Глубокие термические ожоги (наличие у пациентов ожогов III-IV степени) составляют 91 случай (27,5% от числа термических ожогов).

Процентное соотношение поверхностных и глубоких ожогов по возрастным группам: 80,7% и 19,3% в первой группе; 72,4% и 27,6% во второй группе, 57,6% и 42,4% в третьей группе.

Были установлены факторы (обстоятельства получения ожоговой травмы), вызывающие термические ожоги у данных пациентов (Таблица 3).

Во всех группах преобладающим фактором ожогов является горячая жидкость (горячие напитки, кипяток, еда). В первой и второй группе на следующих позициях пламя и горячие поверхности. В третьей группе на втором месте горячие поверхности, а затем пламя.

Таким образом, 58,5% термических ожогов вызывает горячая жидкость; 17% – пламя; 13,5% – горячие поверхности; 1,9% – пар.

Авторы работы рассчитали среднюю площадь термических ожогов, которая составила 9,9% от поверхности тела. В зависимости от факторов возникновения термических ожогов средние площади составили: 12,1% – ожог пламенем; 10,5% – ожог горячей жидкостью; 9,7% – ожог паром; 5,1% – ожог горячей поверхностью.

В ходе работ было обнаружено 6 случаев получения ожогов при эпилептическом припадке в бане при прикосновении к печке (ожоги термические контактные глубокие). Также выявлено 2 случая попытки суицида путем самосожжения (оба пациента поступали с обширными глубокими термическими ожогами). Обнаружен необычный случай, как мужчина получил удар током от горячего электрического чайника и об-

лил себя кипятком из-за сокращения мышц (от действия электрического тока).

Вывод: во время производственной практики авторами работы были изучены истории болезней пациентов ожогового центра Удмуртской Республики за 2020 год. Общее количество историй болезней 426, из них случаями получения ожогов являются 364.

В ходе анализа полученных данных были определены самый частый тип ожогов и вызывающие его факторы.

Преобладающим типом ожогов являются термические. У детей до 18 лет 92,3% ожогов вызваны термическими факторами. У людей молодого и среднего возраста (18-60 лет) 88,1% ожогов термические. У людей старше 60 лет 96,7%. Общее процентное соотношение типов ожогов по всем возрастным группам: термические – 90,9%; лучевые – 4,7%; химические – 3%; электрические – 1,4%.

Распределение термических ожогов по глубине поражения показало, что 72,5% ожогов являются поверхностными. В случае 27,5% ожогов присутствуют глубокие повреждения.

Самым частым фактором, вызывающим термические ожоги, является действие горячих жидкостей. Горячие жидкости вызывают 58,5% термических ожогов. Следующие факторы: 17% – пламя; 13,5% – горячие поверхности; 1,9% – пар.

Средняя площадь термических ожогов составила 9,9% от поверхности тела.

При работе с историями болезней обнаружены случаи получения ожогов при эпилептических припадках в бане и при попытках суицида.

Список литературы

1. Шаповалов С.Г. Комбустиология чрезвычайных ситуаций. СПб.: Политехника-сервис, 2014. 164 с.
2. Всемирная организация здравоохранения, ожоги: официальный сайт. 2018. [Электронный ресурс]. URL:

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/burns> (дата обращения: 10.07.2021).

3. Петров С.В. Общая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 832 с.

4. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1981. Т. 17.

5. Ярыгин В.Н. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 720 с.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Бакунина Е.С., Селезенева Д.Р., Ганеева Е.Р.

*ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России, Пермь, e-mail: elbakunina@mail.ru,
selezeneva2000@bk.ru, ganeevaperm@mail.ru*

Среди студентов Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера определялась частота встречаемости обсессивно-компульсивного расстройства и возможные причины его возникновения. Выявлено, что больше половины обучающихся имеют признаки данной патологии разной степени тяжести: 46,8% из них имеют легкую степень, 33,3% – среднюю, 8,1% – тяжелую и 0,9% – крайне тяжелую, а у 10,8% признаки заболевания отсутствуют. Степень выраженности проявлений обсессивно-компульсивного расстройства имеет зависимость от пола. Риск возникновения значительно выше у женщин (78,8%), чем у мужчин: 2/3 тяжелых и крайне тяжелых проявлений невроза выявлены у девушек. Стоит отметить, что на развитие расстройства также влияет стереотипное поведение и темперамент: высокая предрасположенность встречается у сангвиников, а меланхолики продемонстрировали минимальный риск формирования данного заболевания. Все студенты с проявлениями обсессивно-компульсивного расстройства в тяжелой и крайне тяжелой степени охарактеризовали себя как интроверты. Необходимо подчеркнуть, что значимыми причинами являются постоянный стресс (96,2%) и усталость (96,9%). А также существует большое количество факторов, которые способствуют прогрессированию и поддержанию данного заболевания.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – это особая форма невроза, характеризующаяся обсессиями (навязчивые мысли, образы и эмоциональные переживания) и компульсиями (навязчивые, часто ритуализированные действия, которые помогают справиться с обсессиями), которые субъективно считаются больными как «защитные» [1].

Ярким примером является самая распространенная фобия контаминации. У пациента

каждый раз после контакта с потенциально загрязненной поверхностью появляется мысль (обсессия), что он должен помыть руки (компульсия, ритуал). Для постороннего это может показаться безумием: мыть руки очень горячей водой почти каждые пять минут. Но только постоянное совершение этого ритуала помогает человеку справиться с навязчивой мыслью, что через грязь на руках в его организм попадет вирус или патогенные бактерии [2].

В современной классификации болезней (МКБ-10: F42), обсессивно-компульсивное расстройство является самостоятельной нозологической формой, которая имеет свои диагностические и терапевтические протоколы. Распространенность заболевания в популяции составляет 1,9% – 3,3% [3]. В среднем данная патология начинает развиваться в 19-20 лет. Ближе к 14-ти годам расстройство встречается у 25% больных, а в возрасте старше 35 лет манифест заболевания наблюдается довольно редко [4].

Причинами данного вида невроза могут выступать: биологические факторы (изменение биохимических процессов в нервной системе), генетическая предрасположенность, аутоиммунные заболевания (теория PANDAS-синдрома), вызванные стрептококковой инфекцией. Также следует учитывать особенности характера (мнительность, склонность к сомнениям, перепроверкам), строгое воспитание. Эти факторы определяют поведенческие причины, которые связаны с чувством страха и опасности, а также когнитивные причины, направленные на неправильную интерпретацию собственных мыслей. Особое место среди стимулов, способных запустить процесс расстройства, принадлежит окружающей среде, постоянному стрессу, переутомлению, усталости.

Помимо причин, вызывающих расстройство, существуют факторы, способствующие прогрессированию и поддержанию данного заболевания. К ним относятся: избегание происходящего вокруг, преувеличение своих возможностей, чрезмерная концентрация на отрицательных мыслях, переоценка опасности и нетерпимость к неопределенности, перфекционизм, заикливание, стереотипное поведение.

Манифест заболевания в молодом возрасте, значительно затрудняет дальнейшую социальную адаптацию людей, а именно: приобретение социальных отношений, навыков и необходимой квалификации. Поэтому такие вопросы, как распространение, степень выраженности патологии, а также связанные с этим задачи профилактики и лечения обсессивно-компульсивного расстройства, имеют большое практическое значение.

Вследствие психологического барьера и боязни осуждения большое количество людей с обсессивно-компульсивным расстройством