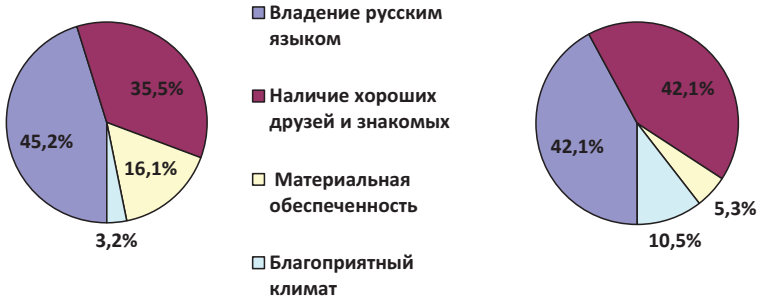

Респонденты мужчины *Респонденты женщины*

Доминирующим фактором успешной адаптации является владение русским языком и наличие хороших друзей.

На вопрос о том, что лучше помогает познать культуру России, мы получили достаточно интересный ответ. По мнению респондентов, для того, чтобы узнать язык и традиции России, необходимо не только разговаривать на русском языке, но и читать литературу, смотреть кино- и телепрограммы, посещать музеи, приобщаться к истории России. Необходимо полностью погрузиться в новую социокультурную среду, и тогда процесс адаптации не будет таким сложным и длительным.

Таким образом, одним из важнейших условий успешной адаптации иностранных студентов к новой образовательной среде можно считать организацию межличностного взаимодействия и взаимопонимания между профессорско-преподавательским составом и студентами, студентами – представителями разных культур внутри группы, факультета, академии.

Трудности, которые возникают в процессе адаптации иностранных студентов, в основном связаны с новым коллективом, непривычной обстановкой и общением на неродном языке.

Включение иностранного студента в практическую межкультурную коммуникативную деятельность, будет способствовать формированию у него позитивного отношения к стране пребывания.

Процесс адаптации к новой среде протекает как в рамках учебного процесса, так и во время проведения внеаудиторных мероприятий, что, по нашему мнению, способствует ускорению данного процесса, а также формирует языковую, речевую и социокультурную компетенцию.

Учитывая позитивный психологический климат, складывающийся в процессе обучения иностранных студентов, можно уверенно говорить об успешной адаптации большинства иностранных студентов ВГМА.

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЫХ ФАКТОРОВ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ЦИКЛА ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

[1]Ильдербаева Г.О., [1]Жетписбаев Б.А., [2]Ильдербаев О.З.

[1]Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

[2]Евразийский национальный университе им Л. Гумилева, Астана, Казахстан, e-mail: oiz5@yandex.ru

Целью работы явилось исследование обмена пуриновых нуклеотидов при сочетанном воздействий стрессогенных факторов. Нами выполнены эксперименты на 45 белых крысах самцах: I гр. – интактные, II гр. – подвергавшие эмоциональному стрессу и III гр. – эмоциональный стресс+облученные. Животных III группы облучали за 90 суток до исследования в дозе 6 Гр. Для исследования выделяли лимфоциты из периферической крови и готовили гомогенаты из печени, селезенки. У всех животных определяли активности 5′-НТ, АДА и АМФ-дезаминазы. Активность 5′-НТ в печени у животных II группы возросла на 83,87% ($p<0,01$), у животных III группы на 64,51%. Активность АДА у контрольных животных регистрировался в пределах 0,165±0,023, тогда как у опытных животных в пределах 0,831±0,075 ($p<0,001$); у III группы – 0,585±0,061 ($p<0,001$). Активность АМФ-д-зы в печени у животных II группы была снижена более чем в 1,51 раза ($p<0,05$) в сравнении с контрольными величинами. У животных III группы отмечена повышение на 285,51% ($p<0,001$). Активность АДА в селезенке у животных после стресса повышается до 2,87±0,21 ($p<0,001$), а в III группе отмечено снижение на 36,84% ($p<0,01$). Активность АМФ-д-зы в селезенке II группы остались без изменений, а после стрессогенных факторов повышена на 55,25% ($p<0,05$). Результаты показали, что у животных после стресса активность ферментов 5′-НТ и АМФ-ДА в лимфолизате возросла до 0,062±0,005 ($p<0,001$) и до 0,027±0,002 ($p<0,001$), соответственно. А в III группе активность ферментов 5′-НТ и АДА в лимфолизате снижена на 26,67% ($p<0,05$) и на 25 % ($p<0,05$), соответственно. Снижение активности 5′-НТ и АДА указывает на угнетение синтеза ферментов пуринового обмена, являющегося одним из путей освобождения аммиака из аминокислот и синтеза АТФ.

Таким образом, под воздействием стрессогенных факторов происходит активация обмена пуриновых нуклеотидов в основном в печени, снижение в селезенке и лимфолизате, что характеризует напряжение адаптационных механизмов организма на воздействие сочетанного фактора.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Корабельникова И.С., Гребенникова И.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: pchylka94@gmail.com

В последнее время отмечается тенденция к росту злокачественной патологии, как взрослого населения, так и детей [4, 6, 9]. По данным Воронежского областного клинического онкологического диспансера (ВОКОД) в Воронежской области за последнее десятилетие заболеваемость злокачественными новообразованиями выросла на 16,8%, и она выше, чем в среднем по РФ [3]. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) яв-

ляется самым частым онкологическим заболеванием детского возраста [1, 6, 4, 5].

Материалы и методы исследования

Исследование охватывает период с 2011 по 2013 год (3 года). Объектом исследования служит детское население от рождения до 17 лет включительно, проживающее на территории Воронежской области.

Материалом для исследования были первичные документы о заболевших и умерших от ОЛЛ детях, находившихся в отделении гематологии и онкологии БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1».

В связи с тем, что данная категория детей госпитализируется только в ВОДКБ №1, мы считали возможным определить госпитализированную заболеваемость и смертность как показатель в Воронежской области.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2011 по 2013 гг. было выявлено 45 детей с впервые установленным диагнозом ОЛЛ. Среди заболевших 19 мальчиков (42,2%) и 26 девочек (57,8%). Соотношение мальчики / девочки (м/д) составило 1:1,4. Хотя по данным литературы мальчики болеют ОЛЛ чаще, чем девочки (т.е. соотношение заболеваемости мальчиков и девочек – 1.6:1-1.3:1.0) [1, 2, 5].Что, вероятно, связано с небольшой выборкой больных.

Проведённый статистический анализ показал, что лейкоз встречается во всех возрастах детства с подъемом в 3–5лет (27 детей – 60%). Пик заболеваемости приходится на возраст 4 лет, что соответствует данным большинства авторов [1, 5].

Структура заболеваемости детей ОЛЛ выглядит следующим образом (табл. 1). В среднем за 3-летний период «грубый» показатель заболеваемости ОЛЛ детей Воронежской области составил 4, 1 на 100 тыс. детского населения. Данный показатель является близким к таковым, приводимым по ряду регионов России у детей [1, 7, 8]. Заболеваемость ОЛЛ неуклонно прогрессирует с 3,0 в 2011 г. до 5,1 на 100 тыс. детского населения в 2013 г.

За 3-х летний период в отделении умерло 6 детей (13,3%), средний грубый показатель смертности составил 0,54 на 100 тыс. детского населения. Среднегодовые показатели смертности детей от ОЛЛ в различных регионах России колебались от 0,46 на 100 тыс. детского населения в Московской области, до 2,13 на 100 тыс. детского населения в Астраханской области [8]. В 2011 году умерло 3 детей, в 2012 – 2 девочки и в 2013 году – 1, т.е. показатель смертности имеет четкую тенденцию к снижению (рис. 1), что связано, вероятно, с улучшением результатов лечения ОЛЛ (внедрение в практику международных программ лечения, соблюдение стандартов гемотрансфузионной и сопроводительной терапии, совершенствование лабораторной диагностики). Отличительной особенностью явилось то, что все умершие дети были из районов области.

Наибольшее число заболевших приходится на районы области –27 случаев (60%). Показатель заболеваемости в Воронеже имеет тенденцию к росту, так же как и в районах области. По районам Воронежской области заболеваемость распределилась неравномерно (рис. 2).

Таблица 1

Уровень заболеваемости ОЛЛ (грубый показатель) детей Воронежской области с 2011 по 2013 год

Место жительства	Заболеваемость на 100 тыс. детского населения (абс. число заболевших)			Среднее значение	Всего заболевших	%
	2011 г.	2012 г.	2013 г.			
г. Воронеж	2,1(3)	5,6(8)	4,8(7)	4,2	18	40
Район	3,6(8)	3,1(7)	5,4(12)	4	27	60
Итого по области	3,0	4,1	5,1	4,1	45	100

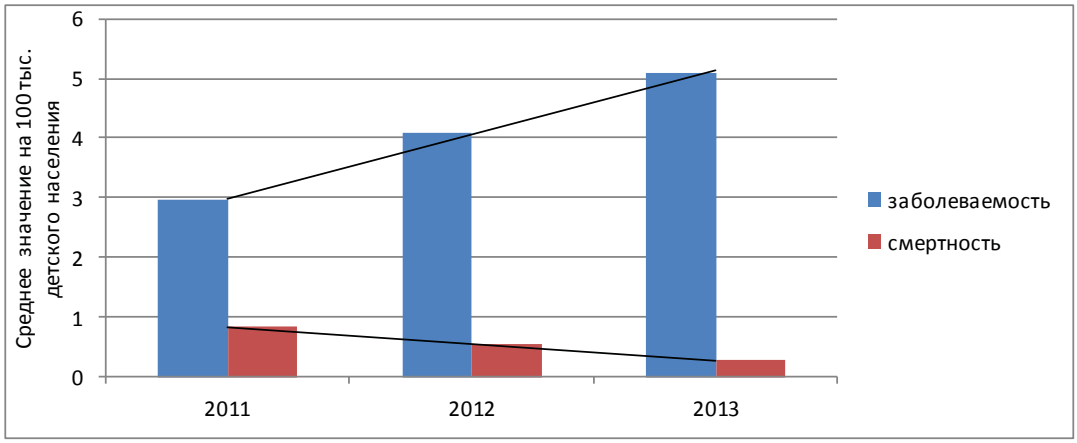

Рис. 1. Уровень заболеваемости и смертности (грубый показатель) ОЛЛ Воронежской области у детей за 2011-2013 гг.

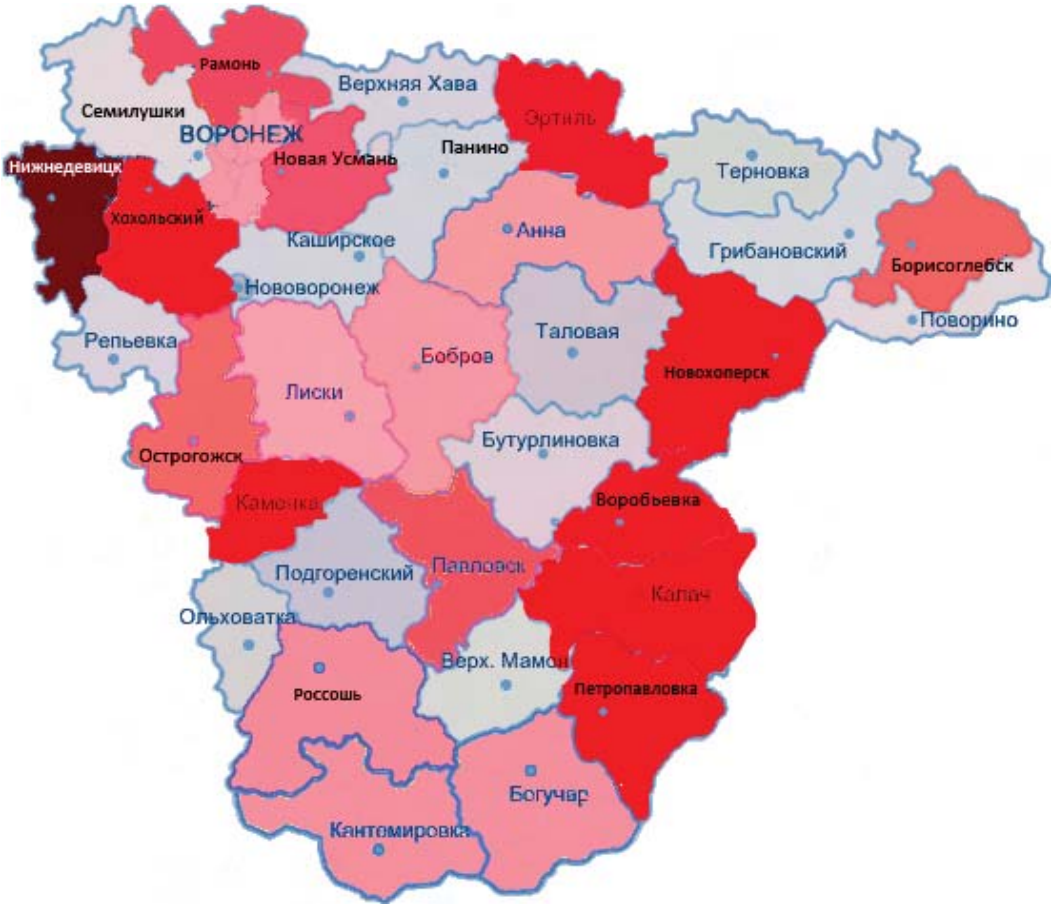

Рис. 2. Распределение заболеваемости ОЛЛ по районам Воронежской области

Максимальный уровень заболеваемости за исследуемый период зарегистрирован в Нижнедевицком районе, по данными ВОКОД г. Воронежа этот район относится к территории со стабильно высокой заболеваемостью злокачественными новообразованиями [3]. Высокие показатели выявлены в Воробьевском, Петропавловском, Каменском, Новохоперском муниципальных районах. По данным Н.М. Пичужкиной с соавт. (Управление Роспотребнадзором по Воронежской области) на перечисленных территориях был высокий коэффициент суммарного загрязнения питьевой воды [6].

Выводы

1. Уровень заболеваемости ОЛЛ в Воронежской области за период 2011-2013 гг. остается стабильно высоким, а уровень смертности непрестанно падает.

2. Лейкоз встречается во всех возрастах детства с подъемом в 3-5 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 4 лет.

3. Показатель заболеваемости, как в городе, так и в районах области имеет тенденцию к росту.

Список литературы

1. Балашева И.И. 50 лет клинико-эпидемиологических исследований острых лейкозов у детей Томской области / И.И. Балашева, Р.Н. Лучинина, Л.Ф. Десятова // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 1.– С. 23-28.

2. Беликова Л.Ю. Пособие для врачей гематологов / Л.Ю. Беликова, А.И. Карачунский, Е.В. Самочатова. – М., 2002. – 51 с.

3. Ведринцев В.В. Онкологическая ситуация в Воронежской области / В.В. Ведринцев, И.П. Мошуров // Сборник научных статей / под редакцией И.Э. Есауленко [и др.] – Воронеж: «Научная книга», 2014. – С. 10-17.

4. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака // Вестник РАМН. – 2001. – № 9. – С. 6–14.

5. Практическое руководство по детским болезням. Гематология/онкология детского возраста / под ред. Румянцев А.Г. – М.: ИД Медпрактика, 2004. – Т. 4. – С. 518-536.

6. Экологическая обусловленность злокачественных новообразований у детей в Воронежской области / Н.М. Пичужкина [и др.] // Экология человека. – 2009. – № 4. – С. 8-14.

7. Эпидемиологические аспекты онкогематологических заболеваний у детей в Республике Беларусь / С.П. Петрович [и др.] // Вопросы онкологии. – 2002. – № 3. С. 301–305.

8. Эпидемиологические характеристики острого лимфобластного лейкоза у детей омской области за период 1993-2010 гг. / Н.Н. Коцкая [и др.] // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 9-13.

9. Risk of Ionizing Radiation Exposure to Children: a subject review / American Academy of Pediatrics; Committee on Environmental Health // Pediatrics. – 1998. – № 101. – P. 717–719.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА

Репина Д.А., Раскина Е.А., Новикова А.О., Дорохов Е.В., Карпова А.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, e-mail: reppa07@mail.ru

Общеизвестно, что студенческий экзамен представляет собой одну из наиболее напряженных форм умственной деятельности обучаемого, включающей в себя не только реальную оценку подготовки учащегося, но и его способность концентрироваться и справляться с эмоциональным напряжением. Как правило, в период сессии, студенты, мотивированные получением высокого результата, используют большинство