высокой стрессоустойчивости последних. С нашей точки зрения данные качества утреннего типа способствовали тому, что подавляющее их большинство (90%) имело среднюю успеваемость. Отсутствие среди них студентов с высокой успеваемостью, по всей видимости связано с несоответствием начала занятия их биологическим ритмам, когда для утреннего типа начало занятий является поздним.

Среди студентов индифферентного типа преобладали лица с миролюбивым характером (45%), при этом доминировали реалисты и в сравнении с утренним типом возросло количество лиц с высокой успеваемостью 21% и стало несколько меньше лиц с низкой успеваемостью. У вечернего типа был самый большой процент лиц с умеренной агрессивностью и меньше всего оптимистов, студентов с высокой успеваемостью наблюдалось больше всего среди вечернего типа.

Следовательно, индивидуальные особенности организации сна однозначно влияют на успеваемость студентов. Что касается отрицательных и положительных свойств личности, а также агрессивности то чёткой связи их с индивидуальными особенностями организации сна установлено не было, так как по всей видимости выше указанные качества определяются генотипом и воспитанием.

Литература

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов / В.А. Бодров. – М.. ПЕР СЭ, 2001 – 511 с.
2. Данилова Н.Н. Психофизиология: учебник/ Данилова Н.Н. - М.: Аспект Пресс, 2012. - 368 с.
3. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. — СПб.: Питер, 2009. — 576 с.
4. Сычёв, О.А. Психология оптимизма: учебно-методическое пособие к спец-курсу / О.А. Сычев; Бийский пед. гос. ун-т им. В. М. Шукшина. – Бийск : БПГУ им. В. М. Шукшина, 2008. – 69 с.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Г. И. Заборовский, М. С. Мороз

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Уровень и состав госпитализированных пациенток в специализированный стационар позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую гинекологическую заболеваемость женского населения. Целью данного исследования являлось изучение причин и структуры госпитализированной заболеваемости по поводу болезней органов малого таза у женщин.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 196 женщин, лечившихся в гинекологическом отделении стационара. На специально разработанную статистическую карту проведена выкопировка интересующих данных из «Медицинских карт стационарного больного».

Полученные результаты. Состав госпитализированных в основном представлен лицами, проживающими в городской местности (79,0%), а 21,0%

Репозиторий ГрГМУ

– жительницы села. Среди лечившихся немногим более четверти (27,0%) – не работали, в большинстве своем по причине достижения пенсионного возраста (63,0%). У 39,0% преобладал физический труд, у 28,0% – умственный и в 6,0% – смешанный тип труда. Важную роль в оценке здоровья и качества жизни женщин играет уровень образования в связи с различиями в медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения. Основная часть обследованных женщин имела средне-специальное (49,0%) и общее среднее (26,0%) образование, остальные – высшее (25,0%).

Проведенное исследование показало связь уровня госпитализации с возрастом. Вступление в детородный период, а также начало трудовой деятельности (20-29 лет) сопровождается резким увеличением числа госпитализируемых (в 7,7 раза) относительно подросткового возраста. В целом гинекологическая заболеваемость, формируясь в возрастной группе 25-29 лет (24,0 случая на 100 обследуемых), незначительно снижаясь, сохраняет этот уровень на протяжении всего плодовитого периода. В дальнейшем наблюдается рост числа госпитализируемых в пенсионном возрасте преимущественно за счет фибромиом матки, полипов, опущений и выпадений влагалища и матки.

Структура гинекологической заболеваемости, сопровождавшейся госпитализацией, характеризуется преобладанием в молодых возрастах воспалительных болезней, а с увеличением возраста – повышается значимость невоспалительной патологии. Основной патологией, явившейся причиной госпитализации в гинекологический стационар, были невоспалительные болезни женских половых органов (60,5%), в структуре которых превалировали опущения, выпадения матки и влагалища (29,5%), кисты яичников (28,4%), аномальные кровотечения из матки и влагалища (20,0%). На последующих позициях по частоте госпитализации расположились доброкачественные новообразования матки (21,0%), воспалительные болезни женских тазовых органов (10,2%). Последняя группа на 93,8% сформирована за счет сальпингитов и оофоритов.

Особенностью исследуемого контингента является значительное количество сопутствующих заболеваний, которые имелись почти у каждых двух из трех госпитализированных (64,0%). В среднем на каждую женщину приходилось по 1,2 сопутствующих заболеваний, причем около трети данной патологии (30,3%) представлена болезнями женских половых органов, остальные – экстрагенитальные заболевания (69,7%). Среди последних превалируют болезни системы кровообращения (43,1%), органов пищеварения (13,0%), дыхания (4,7%), мочеполовых органов (3,3%), эндокринной системы (3,3%) и прочие (2,3%). Сопутствующая патология у 32,0% женщин диагностирована в виде одного заболевания, 17,0% – два, у 9,0% – три, у 6,0% – четыре и более. Учет сопутствующих болезней женской половой сферы и заболеваний, послуживших причиной госпитализации, позволило определить показатель гинекологической заболеваемости в 161,0 случая на 100 госпитализированных женщин.

Репозиторий ГрГМУ

Продолжительность пребывания женщин в гинекологическом стационаре в среднем составляет 8,6±0,9 дня. Этот срок варьирует в пределах от 2,0±0,1 дня при полипах цервикального канала до 11,2-11,4 дня при разрывах кисты яичника, фибромиомах матки, опущениях внутренних половых органов (p<0,05). Продолжительность лечения у неработающих в 1,2 раза выше, чем у работающих (p<0,05). Средний срок одного случая нетрудоспособности у работающих равен 8,1 дня, а число дней нетрудоспособности у госпитализированных – 806,8 дня на 100 работающих.

В стационаре всем пациенткам проведены лабораторные, а 79,0% – инструментальные исследования. Однако, согласно экспертной оценке, в 7,2% случаев лабораторные и 3,6% случаев инструментальные исследования неадекватны и несвоевременны. Кроме того, часть исследований была выполнена не в полном объеме (6,1% – лабораторные и 6,3% – инструментальные).

Выводы. Таким образом, полученные материалы позволили установить уровень, структуру гинекологической патологии, состав госпитализированных в зависимости от возраста, образования, места жительства, характер сопутствующей патологии, что может быть использовано при разработке мероприятий по своевременному выявлению, лечению и профилактике гинекологических заболеваний.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СКОЛИОЗА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ГРОДНО, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ПРОФИЛАКТИКИ

О. В. Заяц

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В современном мире состояние здоровья подрастающего поколения является актуальной проблемой. Одним из наиболее значимых вопросов является проблема состояния опорно-двигательного аппарата, в частности, позвоночника и недостаточный объем знаний по проведению профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний позвоночника. Наиболее распространенным заболеванием позвоночника, начиная с раннего возраста, является сколиоз. Сколиоз – это боковое искривление позвоночника, возникает в детском подростковом возрасте. Причины сколиоза: травмы, врожденные изменения, параличи, дисплазии и др. Различают сколиозы по их локализации: шейный, шейно-грудной, грудопоясничный, поясничный, пояснично-кресцовый и тотальный. Искривление может иметь одну дугу (С-образный сколиоз), 2 дуги (S-образный сколиоз) и более (несколько вершин). Сколиоз обязательно сопровождается поворотом тела позвонка в выпуклую сторону, что приводит к появлению мышечного валика в поясничном отделе и реберного горба в грудном отделе [1]. Серьезность проблемы нарушений осанки у детей и подростков обусловлена тем, что без своевременной коррекции статические

Репозиторий ГрГМУ