

группы. В этой группе больных физическое развитие представлено увеличением весоростового коэффициента, преобладанием поперечных размеров. Половое созревание характеризовалось значительным десинхронизмом и нарушением хронологической последовательности в развитии вторичных половых признаков (например, на фоне Рв 3 могло иметь место Ма 0). У пациенток этой группы в 58% имела место дисменорея (n=26) средней степени тяжести, в 6% (n=3) тяжелой степени, в остальных случаях (n=16) дисменорея протекала в лёгкой форме (35%). Паритет горожанок и сельчанок при среднем и лёгком течении дисменореи представлен примерно равными значениями. Представленные нами данные отражают наличие неблагоприятных тенденций в физическом развитии и половом созревании девочек- подростков, проживающих как в городе, так и на селе. Разница в показателях физического развития и полового созревания у девочек-подростков города и села, на наш взгляд, обусловлена помимо экологических особенностей, лучшим медицинским обеспечением горожанок, более сложными бытовыми социально-экономическими условиями жизни на селе, а также менее развитой у них службы медицинской гинекологической помощи. Характерным для девочек подростков, проживающих как в городе, так и на селе, а также их родителей, является слабая обеспокоенность самим процессом полового созревания до 17-18 лет. В связи с чем обращаемость к детскому гинекологу крайне низка, за исключением экстренных случаев (МКПП, киста яичников).

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о том что налицо негативные тенденции как в физическом развитии, так и половом созревании девочек подростков; частота патологии репродуктивной системы находится в прямой зависимости от места проживания и общесоматического здоровья: чем сложнее экологическая и бытовая ситуация, тем выше частота нарушений в репродуктивной системе.

Литература:

- 1.Богданова. Е.А. «Современные профилактические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии //Гинекология 2000-Т2№ 1 с 5-7;
- 2.Чечулина О.В., Уварова Е.А. «Медико-социальный взгляд на проблему репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девочек-подростков в Российской Федерации» //Репродуктивное здоровье девочек-подростков -2007 №5, с 5-11.

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Найден Д.О., Бацукова Н.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Согласно данным исследования NCSR (National Comorbidity Survey Replication), проведенного в США, у больных сердечно-сосудистыми

заболеваниями распространённость депрессивных состояний составляет от 18 до 60% [3]. Многочисленные исследования последних десятилетий обнаружили, что тревога и депрессия являются независимыми факторами риска, влияющими на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией [1, 2].

За последние годы распространённость основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Беларуси существенно не изменилась, в то же время уровень эмоционального стресса существенно увеличился [1, 2, 3].

При проведении исследования нами были использована методика психологического тестирования (оценка уровня реактивной и личностной тревожности по шкале госпитальной тревоги и шкале Цунга) и статистический метод (обработка собственных данных, полученных путем анкетирования 106 пациентов амбулаторно-терапевтического приема Барановичской городской поликлиники №3).

В исследовании приняли участие 106 человек. Из них - 42 мужчины (39,62%) (средний возраст $47,1 \pm 10,9$) и 64 женщины (60,4%) (средний возраст $45,12 \pm 10,44$). Для исследования связи между степенью тяжести АГ и уровнем тревоги пациенты амбулаторно-поликлинического приема были разделены на 4 группы: респонденты с АГ I ст. продолжительностью болезни более 1 года (18 человек: 9 женщин, 9 мужчин) (17%) – 1 группа, с АГ II ст. более 1 года (35 человек: 14 женщин и 21 мужчина) (33%) – 2 группа, с АГ III ст. (11 человек: 7 женщин и 4 мужчины) (10,4%) – 3 группа и пациенты с нормальным уровнем артериального давления (42 человека: 34 женщины и 8 мужчин) (39,6%) – 4 (контрольная) группа.

Психологическое тестирование проводили по шкале Цунга для изучения уровня реактивной и личностной тревожности. Количество набранных баллов 21-44 - тревожное расстройство легкой степени, 45-59 баллов – средней степени тяжести, 60-74 баллов - тревожное расстройство тяжелой степени и 75-80 баллов - тревожное расстройство крайне тяжелой степени. Выраженность тревоги оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии – ГШТД (показатель 7 баллов и менее - норма, 8–10 баллов – субклинический уровень тревоги, 11 баллов и более – клинически выраженный уровень тревоги. Анкета состояла из 56 вопросов, в том числе касающихся пола - возрастного, семейного и социального статуса, занятий физическими упражнениями, гигиенических условий проживания, отношения к вредным привычкам, а также наличия у обследуемых признаков тревожного расстройства и их связи с наличием у пациентов АГ и некоторых выявленных нарушений здорового образа жизни.

В результате анализа шкалы госпитальной тревожности уровень тревоги у пациентов с АГ был на 18,55% выше, чем у здоровых и составил соответственно $8,815 \pm 1,17$ и $7,18 \pm 0,89$ балла по ($p < 0,001$). При изучении соотношения числа пациентов с различным уровнем тревоги установлено,

что показатель не выходил за границы нормы у 34,4% пациентов с АГ, у 51,56% – наблюдался субклинический уровень тревоги, у 14,06% – клинически выраженный уровень тревоги. У 59,5% здоровых лиц показатель не выходил за пределы нормы, у 38,1% выявлялся субклинический уровень тревоги, у 2,4% — клинически выраженный уровень тревоги.

Уровень личностной и реактивной тревожности у пациентов с АГ достоверно выше и составил $49,59 \pm 7,75$ баллов, причем среди пациентов 1-ой группы этот показатель колеблется в пределах $42,1 \pm 10,7$ балла, 2-ой группы – $44,4 \pm 6,13$ балла, 3-ей группы – $61,07 \pm 7,2$, и аналогично $41,4 \pm 6$ балла в группе пациентов, не страдающих АГ ($p < 0,05$), что на 16,5% меньше, чем у пациентов, страдающих АГ.

При установлении связи между суммарным показателем уровня тревоги по шкале госпитальной тревожности и степенью АГ при помощи корреляции, с вероятностью безошибочного прогноза 99,9% можно утверждать, что между этими показателями существует прямая статистически значимая корреляционная связь, т. е с увеличением степени АГ увеличивается уровень тревожности.

При установлении связи между итоговым показателем личностной тревожности по шкале Цунга и степенью АГ корреляционным методом, с вероятностью безошибочного прогноза 99,9% можно утверждать, что между этими показателями существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p < 0,001$), т.е с увеличением степени АГ увеличивается уровень тревожности.

При установлении связи между итоговым показателем личностной тревожности шкалы Цунга и ИМТ респондентов корреляционным методом с вероятностью безошибочного прогноза 95% можно утверждать, что между этими показателями существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p < 0,05$), т.е с увеличением массы тела увеличивается вероятность повышенного уровня тревожности.

При корреляционном анализе итогового показателя личностной тревожности шкалы Цунга и возраста опрошенных с вероятностью безошибочного прогноза 99,9% можно утверждать, что между этими показателями существует обратная статистически значимая корреляционная связь ($p < 0,001$), т.е, чем старше пациент, тем ниже вероятность повышенного уровня тревожности.

Выводы. 1. У лиц, имеющих в анамнезе АГ, по сравнению с пациентами, у которых АД не повышается, отмечается более высокий уровень тревоги и личностной тревожности (по результатам данных шкалы госпитальной тревожности уровень тревоги у пациентов с АГ был на 18,55% выше, чем у здоровых и составил соответственно $8,815 \pm 1,17$ и $7,18 \pm 0,89$ балла соответственно, причем уровень тревоги не выходил за границы нормы у 34,4% пациентов с АГ и у 59,5% здоровых лиц). 2. Чем выше степень АГ, тем больший процент пациентов имеет субклинический и клинически выраженный уровни тревоги, выходящие за границы нормы

(среди пациентов с АГ I 49% имели уровни тревоги, выходящие за пределы нормы; с АГ II - 65,8% соответственно, с АГ III-91%соответственно). 3. Чем выше степень АГ, тем больше пациентов имеют клинически выраженный уровень тревоги (среди пациентов с АГ I субклинический и клинически выраженный уровни тревоги имели 44,4% и 5,5% опрошенных соответственно; среди пациентов с АГ II- 57,1% и 8,7% опрошенных соответственно; среди пациентов с АГ III -45,5% и 45,5% опрошенных соответственно; среди пациентов, на имеющих АГ, -38,1% и 2,4% соответственно).4. Между степенью АГ и уровнем тревожности существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), т.е. с увеличением степени АГ увеличивается уровень тревожности.5. Между итоговым показателем тревожности по шкале Цунга и ИМТ респондентов существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p<0,05$), т.е, чем выше масса тела, тем выше уровень тревожности.6. Между суммарным показателем тревоги по шкале госпитальной тревожности и половой принадлежностью пациентов существует статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), а именно: у мужчин уровень тревожности ниже, чем у женщин.7. Между итоговым показателем тревожности по шкале Цунга и возрастом опрошенных существует обратная статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), т.е., чем старше пациент, тем ниже уровень тревожности.

Литература:

1. Васюк, Ю.А. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы/Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко//М.-2006.-58 с.
2. Сыркин, А.Л. Депрессивные расстройства в кардиологии / А.Л.Сыркин // Consilium medicum. -2003. – С. 7-9.
3. Kawachi, I. A prospective study of anger of coronary heart disease: the Normative Aging Study / I. Kawachi [et al.]// Circulation.- 1996.– P.2070-2095.

МЕСТО СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА В СТРУКТУРЕ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Неверов П.С., Левша Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжают оставаться сложной клинической проблемой современной гастроэнтерологии. Это связано как с увеличением общего числа больных с данной патологией, так и с увеличением частоты встречаемости неязвенных кровотечений, среди которых ведущим является желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейса, СМВ) [1, 2, 3, 4]. По данным центрагастроудоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г.