

большинство пациентов с ФП (55,9-69,4%) имеют патологические варианты организации кровообращения, причем отличаются от пациентов с АГ и ИБС без ФП значительно большей долей лиц с СД и ПС типами, особенно при постоянной форме ФП (до 16,7%). Это указывает на ослабление миокарда у таких пациентов. Величина коэффициента a_1 в исходной регрессионной модели ассоциирована с повышенным риском рецидивов ФП: при a_1 , равном и менее 0,435 (при построении характеристической кривой) ОР развития рецидива ФП составляет 0,39 (95% ДИ 0,16-0,97, $P=0,039$).

Литература

1. Хурса, Р.В., Месникова И.Л. Оценка эффективности комплексной амбулаторной терапии хронических форм ишемической болезни сердца: новые возможности объективизации// Мед. новости-2010.-№7.-с.85-90.
2. Хурса, Р.В. Пульсовое давление крови: роль в гемодинамике и прикладные возможности в функциональной диагностике// Мед. новости.-2013.-№4.-С.13-19.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: тревога является достаточно выраженным симптомом у большинства пациентов с депрессивными расстройствами. Что же обозначает термин «тревога»? В современной медицинской психологии проблема тревоги является одной из наиболее разрабатываемых. Тревога характеризуется двумя видами проявлений: психическими и физиологическими. Психические элементы тревоги представляют собой ряд довольно специфических переживаний, включающих субъективное состояние напряжения, озабоченности и беспокойства, мрачных предчувствий, переживание личной угрозы; чувство беспомощности и неполноценности, недовольство собой и пр. Со стороны физиологических изменений тревога выступает в виде активации вегетативной нервной системы, о чем свидетельствуют учащение сердцебиения и дыхания, увеличение артериального давления, повышение скорости обменных процессов, ряд биохимических сдвигов. У пациентов с депрессивными расстройствами переживание тревоги обычно приобретает

дополнительные черты: чувство собственной беспомощности, ощущение надвигающейся катастрофы, напряженное и истощающее физически ожидание неприятностей, овладевающие сознанием озабоченность, колебания и сомнения.

Шкала оценки тревоги Гамильтона [M. Hamilton, 1959] – это личностный опросник, направленный на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги. Содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги. Включает симптомы тревожного настроения, фобические симптомы, эмоциональной напряженности, нарушения сна, депрессивного состояния, из соматических симптомов – мышечные (боли, судороги и др.), сенсорные (например, шум в ушах), кардиоваскулярные, респираторные, гастроинтестинальные, урогенитальные, нейровегетативные. Значительное внимание уделяется поведению во время опроса. Положительно зарекомендовал себя при диагностике различных невротических расстройств, в частности, таких как депрессивный эпизод лёгкой и средней степени с соматическими симптомами и без соматических симптомов, рекуррентное депрессивное расстройство.

Цель исследования: оценить уровень тревоги и раскрыть структуру тревожного синдрома у пациентов с депрессивными расстройствами.

Методика исследования: рейтинговая шкала оценки тревоги Гамильтона с использованием стандартизированного интервью.

Материал исследования: в исследовании участвовало 59 испытуемых, страдавших депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести, из которых 30 пациентов (50%) – с первичным депрессивным эпизодом, 29 пациентов (50%) – с рекуррентным депрессивным расстройством. Возраст испытуемых – от 25 до 49 лет, из них 22 мужчины, 37 женщин. Длительность депрессивного эпизода составляла от 1 до 4 месяцев. Длительность рекуррентного депрессивного расстройства – от 1 года до 5 лет. При этом количество депрессивных эпизодов составляло от 2 до 6.

Применялись следующие методы статистического анализа:

- 1) частотный анализ,
- 2) корреляционный анализ,

3) метод главных компонент.

Полученные результаты.

Все обследованные пациенты характеризовались повышенным уровнем тревоги. Из них у 60% (35 человек) выраженность тревоги по шкале Гамильтона была 25 баллов и более, что соответствует наиболее выраженному уровню тревоги на момент обследования.

По данным корреляционного анализа была выявлена выраженная связь с общим показателем тревоги таких тревожных симптомов как: тревожное настроение, напряжённость, страхи, бессонница, трудности концентрировать внимание и запоминать, депрессивное состояние, симптомы желудочно-кишечного тракта: боли или дискомфорт в области желудка, тошнота или рвота, запоры или послабление стула, изжога или урчание в животе; симптомы мочеполовой системы: учащённое мочеиспускание, срочные позывы к мочеиспусканию, снижение интереса к сексуальным отношениям; поведение во время интервью: беспокойство, суетливость, неспособность расслабиться, изменения моторики, тремор рук, появление морщин между бровями, напряженное выражение лица, частые вздохи, учащенное дыхание.

С помощью метода главных компонент была установлена факторная структура тревожного синдрома у обследованных пациентов.

Всего было выделено 5 факторов:

1. Тревожная депрессия.
2. Расстройство когнитивных функций.
3. Вегетативные симптомы.
4. Фобическая тревога.
5. Соматические симптомы.

По результатам исследования были сделаны следующие *выводы*:

1. Высокая выраженность тревоги у пациентов с депрессивными расстройствами.
2. Полученные результаты коррелируют с общим показателем.
3. Было выделено 5 факторов в структуре тревожного синдрома у обследованных пациентов.

Литература

1. Кабанов, М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М., Медицина, 1985.
2. Вертоградова, О.П. , Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака – Журн. невропатол. и психиатр. , 1993.
3. Карсон, Р. , Батчер Дж. , Минека С. Анормальная психология , Питер , 2004.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ВОРСИНОК ТОНКОЙ КИШКИ 2-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА

Чернышевич Ю.Н., Мацюк Я.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Даже при нормально протекающей беременности происходит изменение функций гепатобилиарной системы [23]. По мере прогрессирования беременности истощаются резервные возможности печени, увеличивается риск возникновения холестаза [1]. Последний оказывает весьма отрицательное влияние на плод [3]. Несмотря на повсеместный рост числа заболеваний гепатобилиарной системы, особенно с явлениями экстрапеченочной механической желтухи, сведения о влиянии данной патологии на развитие потомства, становление у него органов и систем, в частности тонкого кишечника, единичны, что в свою очередь определяет актуальность проведённого исследования.

Материалы и методы исследования. Исследование проведёно на 16 крысятах 2-суточного возраста, полученных от 14 матерей. Опытную группу составили 8 животных, родившиеся от самок, которым на 17 сутки беременности моделировали обтурационный холестаз. Животные, полученные от матерей, которым в тот же срок беременности проводили лишь лапаротомию, служили контролем. Крысят контрольных и опытных групп, достигших 2-суточного возраста, выводили из опыта лёгким эфирным наркозом с последующей декапитацией и забирали у них двенадцатиперстную, тощую и подвздошную кишку. Одни кусочки после фиксации в жидкости Карнуа