

иллюзорные способы своего, якобы наилучшего, существования, доходя при этом до тяжелых болезненных состояний крайнего истощения тела, психики, которые могут оканчиваться летальным исходом. При этом в поведении подростков и молодежи происходит инверсия сознания и форм поведения от, якобы стремления к здоровому образу жизни и красоте – к противоположному, в итоге саморазрушительному поведению.

Литература:

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. – 2015. – Вып. № S1. – С. 13-23.
2. Голанд А.Я., Суслова М.Б. «Пациент зеркало» – эффективный фактор в психотерапевтическом процессе // <https://goland.su/principyi-psixoterapii-cherez-videozapisi-pacient-zerkalo.html>.
3. Голанд Я. Г. Методика работы // <https://goland.su/metod.html>.
4. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 1 // http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49969_full.shtml.
5. Павлова Е. В., Добряков И. В. Детско-родительские отношения в семьях, имеющих ребенка с анорексией // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. Том 5 / Под ред. А. В. Шаболтас. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2017. – С. 50-62.
6. Ступак, Р., Бочавер А. А. Социально-психологические механизмы и культурно-исторические предпосылки возникновения анорексии // Психологический журнал. – 2013. – Том 35. – № 2. Март-апрель, 2014. – С. 83-90.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НЕДИФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Петрошук А.Ю., Дудик А. В., Зейналова Е.С.

студенты 5 курса лечебного факультета

Научный руководитель – к. м. н., доцент Хильмончик Н.Е.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяется проблеме дисплазии соединительной ткани, которая связана с высокой распространенностью ее индивидуальных проявлений в популяции, которая, по данным разных авторов, колеблется от 26 до 80%.

В последние годы большое внимание уделяется проблеме дисплазии соединительной ткани, что связано с высокой распространенностью

отдельных ее проявлений в популяции, которая, по данным разных авторов, колеблется от 26 до 80%.

Цель. Изучить влияние социального статуса матерей с экстрагенитальной патологией, связанной с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, на появление плода с задержкой внутриутробного развития и определить связь социального статуса и патологии беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучено 242 истории родов за период 2017-2018 годов в ГОКПЦ о течении родов и состоянии новорожденных со ЗВУР и без у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Результаты. Критериями для изучения материалов стали: возраст пациенток, наличие среднего и высшего образований, вредные привычки, семейное положение, место жительство – город или район - и установлена связь с количеством беременностей и исходами каждой из них.

Средний возраст рожениц составил 28 лет, при этом максимальный возраст – 47 лет, а минимальный – 23 года. 78,1% рожениц замужем, у 53,1% – высшее образование, 72,7% – проживают в городах и 27,3% рожениц были с районов.

Из выбранных нами респонденток у 23,14% было более 2 беременностей, более 3 беременностей – у 10,33%, более 5 – у 2,89%. Из 2,89%, у которых было более 5 беременностей, на долю 6 беременностей пришлось 57%, на долю 7 беременностей – 28,5%, на 8 беременностей – 14,28%. Интересно, что процент курящих составил 21,07%.

Нами был подробно изучен социальный статус беременных и его влияние на исход беременностей. Получены следующие данные.

По 2 беременности было у 23,6% рожениц, из них замужем – 77%, 74% – городские жители и 19,0% рожениц курят. Первая беременность завершилась срочными родами у 51%. Наиболее часто встречающийся патологический исход первых родов – выкидыш (10,5%).

По 3 беременности было у 12,4% рожениц, из них замужем 83%, городские жители – 77%, курят 20%. Первая беременность завершилась срочными родами у 40%, а вторая – у 36,6%. По исходам беременностей у 16,6% зарегистрирован выкидыш.

По 4 беременности было у 3,3% человек всего, из них 87,5% замужем, 75% городские жители и 25% курят. По исходам беременностей определено, что у 62,5% – самостоятельный выкидыш.

По 5 беременностей было у 4,1% рожениц, из них 60% замужем, 60% – городские жители и 30% курят. Наиболее часто из патологических исходов встречается выкидыш – у 40% рожениц.

По 6 беременностей было у 1,7 % рожениц, из которых 50% – замужем, 50% из города и 25% курит. В качестве исхода в 50% случаев зарегистрирована замершая беременность.

7 беременностей зарегистрированы у 0,82% рожениц, 100% замужем, 50% из города. 100% не курят. В 50 % случаев зарегистрирован медицинский аборт 2 раза за 7 беременностей.

В 0,41% случаев встретилась пациентка с 8 беременностями. Примечательно то, что она замужем, городской житель, не курит. По исходам 37,5% случаев зарегистрировано РМЦ.

Все дети, рожденные обследуемыми пациентками, были распределены по прецентильным таблицам по росту и весу. Общее количество девочек 45,9%, общее количество мальчиков – 54,1%. Рождены в 36 недель – 0,8%, в 37 недель – 2%, в 38 недель – 12,90%, в 39 недель – 46 ребенка (19,0%), в 40 недель – 29,8%, в 41 недель – 33%, в 42 недели – 2,50%.

По весу девочки распределены по интервалы в следующем расположении: в норму от 50 до 75 прецентилей – 41 %, от 25 до 50 прецентилей – 27%, от 10 до 25 прецентилей – 6,3%, ниже 3 прецентилей – 2,7%, от 75 до 90 прецентилей – 2,7%, от 90 до 97 прецентилей – 1,8 %.

По весу мальчики распределены в следующем порядке: от 10 до 25 прецентилей – 5,3 %, от 3 до 10 прецентилей – 9,9 %, от 25 до 50 прецентилей – 29,7%, от 50 до 75 прецентилей – 44 человек 33,8%, от 50 до 75 прецентилей – 33,6%, от 75 до 90 прецентилей – 11,4%, ниже 3 прецентилей – 3,05%, от 90 до 97 прецентилей – 3,8 , выше 97% – (3,05%).

По росту распределение девочек следующее: от 25 до 50 прецентили – 25,2%, от 50 до 75 прецентилей – 22,5%, от 75 до 90 прецентилей – 15,3%, от 90 до 97 прецентилей – 11,7%, выше 97 прецентилей – 18,9%, от 10 до 25 прецентилей – 2,7%, от 3 до 10 прецентилей – 3 человек 2,7%, ниже 3 прецентилей – 1 человек 0,9%.

По росту мальчики рапределены в следующем варианте: от 50 до 75 прецентилей – 42 человек 32,06%, от 25 до 50 прецентилей – 13,7%, от 75 до 90 прецентилей – 21,4%, от 90 до 97 прецентилей – 1,37%, выше 97 прецентилей – 16,7%, от 3 до 10 прецентилей – 3 человека 2,3%.

В контрольной группе распределение по росту и у мальчиков, и у девочек в коридоре 50-75 прецентилей, по весу – основное количество мальчиков и девочек – в коридоре от 50-75 прецентилей.

В ходе сравнения выявлено, у 18,1% рожениц были рождены дети со ЗВУР. Средний возраст рожениц составил 30 лет. У 45,5 % высшее образование, 20,45% курит, 72,7% городские жители, 77,2% замужем. 79,5% родоразрешились самостоятельно.

В ходе анализа по прецентильным таблицам у 49,5% детей зарегистрирована акселерация по росту. Из них девочек – 44,16%, мальчиков – 55,8%.

Из всех рожениц, кто родил детей с акселерацией по росту, у 55% – высшее образование, 78,3 замужем, 74,1% городские жители, 85% родоразрешились самостоятельно, 22,5% курят.

Выводы:

1. Замужество как фактор брачного поведения влияет на количество запланированных беременностей.
2. Жительницы города с наличием высшего образования и вредных привычек более подвержены патологическому исходу родов в виде выкидыша и рождения ребенка со ЗВУР. Кроме этого, у данных респонденток установлена акселерация роста у новорождённых.

УРОВНИ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В КОНТЕКСТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КОФЕ

Пецевич П.Д., Козел С.В.

студенты 3 курса лечебного факультета

Научный руководитель – к. м. н., доцент Мойсеёнов Е.А.

Кафедра общей гигиены и экологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Тревожность человека – это индивидуально-личностная психологическая особенность, обнаруживающаяся в склонности субъектов постоянно ощущать сильнейшую тревогу по незначительным поводам. Любому человеку присущ определенный, так называемый нормальный уровень тревожности, который носит временный характер и с которым человек при желании может легко справиться. Однако, если состояние тревоги носит длительный характер, человек не может с ним справиться самостоятельно и оно оказывает дезорганизующее влияние на жизнь, то говорят о состоянии повышенной тревожности. Повышение уровня тревожности сопутствует возникновению различных заболеваний и существенному снижению качества жизни. Для измерения уровня тревожности мы взяли за основу метод Тейлора. Тейлор, Джеймс Гарден – специалист экспериментальной психологии, автор методики тестирования «Шкала проявления тревожности». Одним из главных трудов является разработанная им методика определения уровня тревожности человека, опубликованная в 1953 году. Нормы тестирования определялись на основе работы, проведенной с около 2000 тысячами студентами и 100 людьми с некоторыми психическими отклонениями. Эта методика отображает определенную связь между самооценкой, тревогой и восприятием окружающего [1].

Тест Тейлора с успехом применяется в клинико-психологической практике и спортивной психологии. В 1975 году В.Г. Норакидзе дополнил методику шкалой лжи, которая помогает определить искренность ответов.