

мя нахождения пациента в стационаре клинические проявления синдрома отмены алкоголя были купированы. При исследовании психо-эмоционального статуса больных накануне их выписки было установлено достоверно значимое уменьшение показателей тревоги ($5,7 \pm 1,1$), депрессии ($6,2 \pm 0,7$) и улучшение параметров самочувствия ($5,1 \pm 1,1$), активности ($5,0 \pm 1,8$), настроения ($4,9 \pm 1,2$), утверждающие о стабилизации психологического состояния пациентов. Выводы. Существенно не изменившиеся составляющие физического и психического компонентов здоровья пациентов с синдромом отмены алкоголя свидетельствуют о необходимости и важности включения в лечебный процесс помощи врача-психотерапевта

Захаркевич В.А.

О НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ОБОЖЖЕННЫХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Меламед В.Д., к.м.н., доцент

Цель. Изучение психо-эмоционального статуса ожоговых больных. Материал и методы. Выделены четыре группы: 1. 7 больных с ожогами II-III А степени; 2. 15 пациентов, подготовленных к аутодермопластике; 3. 6 больных с постожоговыми рубцами; 4. Контрольная группа – случайная выборка (8 человек). Анализировали показатели личностной и реактивной тревожности, субъективной самооценки и отношения к болезни. Методики проведения исследования: клиническая беседа; опросник тревожности Спилберга-Ханина; методика Дембо-Рубенштейн; цветовой тест Люшера. Результаты и обсуждение. В 1-ой группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50%, соответственно), который может быть связан не только с полученными ожогами, но с другими факторами (проблемы в семье, коллективе и т.д.), выявленными в результате клинической беседы. У пациентов определяется низкий уровень тревожности по цветовому тесту Люшера (25%) ввиду того, что поверхностные ожоги имеют благоприятное течение и результат. Во 2-ой группе также выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной группой (87,5% и 50% соответственно). Тревога была обусловлена предстоящей операцией и опасением по поводу её исхода. В 3-ей группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50% соответственно). Выводы. Во всех группах пациентов выявлен более высокий уровень тревожности (личностной и реактивной) по сравнению с контрольной. Несоответствие между результатами методик и субъективной оценкой своего состояния может оцениваться как механизм психологической защиты, сложившийся в ответ на стрессовую ситуацию. Завышенную самооценку во всех трех группах можно рассматривать как процесс компенсации своего состояния. Выявленные нарушения психо-эмоционального статуса у обожженных обуславливают необходимость проведения поддерживающей психотерапии, сопровождающей процесс медикаментозного и хирургического лечения. Психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на оптимизацию процесса переживания болезни и адаптацию к актуальному состоянию.

Зяц А.Н., Шишко В.И.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНЫХ ВЛИЯНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Шишко В.И., к.м.н., доцент

Оценка регуляторных влияний вегетативной нервной системы у пациентов молодого возраста с гипертензивным синдромом. Среди патогенетических механизмов артериальной гипертензии (АГ) важную роль играет вегетативная дисфункция с гиперреактивностью симпатической нервной системы. Тем не менее опыт исследований демонстрирует вегетативную неоднородность патологии. Целью исследования явилась оценка спектральных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) при гипертензивном синдроме в зависимости от исходного вегетативного тонуса (ИВТ). Обследовано 165 мужчин (средний возраст $22,4 \pm 1,8$ лет). На основании комплекса клинико-инструментальных данных пациенты были разделены на группы: 1-ю группу составили 26 прак-

тически здоровых мужчин, 2-ю группу – 86 пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СД ВНС), 3-ю – 53 пациента с АГ 1 степени. Исследовались спектральные показатели ВРС по данным 5-минутной записи электрокардиограммы. В зависимости от ИВТ сформированы подгруппы: А – пациенты с исходной симпатикотонией, Б – исходной ваготонией, В – исходной нормотонией. В 1-й группе у 5 (19%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 5 (19%) – ваготония, у 16 (62%) – нормотония. Во 2-й группе у 36 (42%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 15 (17%) – ваготония, у 35 (41%) – нормотония. В 3-й группе у 27 (51%) обследованных определена исходная симпатикотония, у 6 (11%) – ваготония, у 20 (38%) – нормотония. В группах исследования у пациентов с исходной симпатикотонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: LF, мс²/Гц – 1884(1341;2253), 837(559;1860), 810(515;1116), соответственно, $p_{1-2}=0,005$; HF, мс²/Гц – 1070(612;1547), 438(180;814), 322(160;589), соответственно, $p_{1-2}=0,02$, $p_{1-3}=0,005$; VLF% – 32(23;38), 47(35;57), 51(39;58), соответственно, $p_{1-2}=0,03$, $p_{1-3}=0,009$; HF% – 24(19;26), 15(9;20), 12(10;19), соответственно, $p_{1-2}=0,02$, $p_{1-3}=0,008$. В группах исследования у пациентов с исходной ваготонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: HF% – 55(42;69), 48(41;54), 53(40;71), соответственно, $p_{1-2}=0,007$, $p_{1-3}=0,03$. В группах исследования у пациентов с исходной нормотонией выявлены следующие статистически значимые изменения показателей ВРС: TP, мс²/Гц – 2905(1986;4288), 4565(3037;7423), 3276(2726;5232), соответственно, $p_{1-2}=0,03$; VLF, мс²/Гц – 894(569;1637), 1834(1140;3101), 1434(882;2898), соответственно, $p_{1-2}=0,01$; VLF% – 33(30;38), 43(31;56), 46(28;59), соответственно, $p_{1-2}=0,04$; HF% – 36(33;41), 29(24;35), 25(22;38), соответственно, $p_{1-2}=0,02$. Выводы. В группах пациентов с СД ВНС и АГ 1 степени преобладает исходная симпатикотония. При исходной симпатикотонии у пациентов с СД ВНС и АГ 1 степени в сравнении со здоровыми мужчинами ниже мощность спектра симпатических и парасимпатических влияний с преобладанием надсегментарных механизмов регуляции. При преобладании ваготонии в ИВТ у данной категории пациентов ниже вагусные влияния на модуляцию ритма сердца. При исходной нормотонии у пациентов с СД ВНС преобладают гуморально-метаболические механизмы регуляции сердечного ритма, вагусная активность снижена. Отсутствие значимых отличий между пациентами с СД ВНС и АГ 1 степени указывает на общность вегетативных нарушений при гипертензивном синдроме.

Зяц И.Г., Ярошук О.П.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Гурина Л.Н.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) зависит от изменений в плаценте, акушерской или соматической патологии у матери, состояния плода и является актуальной проблемой перинатологии, из-за высокой заболеваемости у детей, рожденных от матерей с ФПН. Целью данного исследования являлось изучение влияния стадии фетоплацентарной недостаточности на раннюю адаптацию новорожденного ребенка, их физическое развитие. Был проведен ретроспективный анализ 135 историй родов и историй развития новорожденного. Детей в зависимости от стадии ФПН у матерей распределили на 3 группы. 1-ю гр. (сравнения, n равно 110) сформировали из младенцев, матери которых имели ФПН в стадии компенсации. Во 2-ю гр. включили новорожденных рожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН (n равно 12). 3-ю гр. составили дети, матери которых во время беременности страдали ФПН декомпенсированной формой (n равно 13). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Сравнение качественных признаков в группах проводилось с помощью точного критерия Фишера достоверные значения при p меньше 0,05. По результатам исследования было определено, что в состоянии умеренной асфиксии родилось 10 новорожденных из 1-й группы, 2 из 2-й, дети из 3-й группы не имели признаков асфиксии (p больше 0,05). Масса тела при рождении у 104 пациентов 1-й группы распределилась между 10 и 90 перцентилью, у 6 – ниже 10 перцентилья, показатели массы тела новорожденных из 2-й и 3-й