

ГрГМУ (4%), ПФ ГрГУ (2,2%) и пятикурсников ЛФ ГрГМУ (3,6%). Не выявлено депрессивных расстройств у лиц старших курсов ПФ ГрГУ.

Таким образом, у студентов выявлены психоэмоциональные изменения.

Выводы

1. У большинства студентов младших курсов (I–III) ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ имели место признаки «слабой астении» и тенденции к пониженному настроению.

2. У половины студентов всех курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ отмечены признаки импульсивности. Неуправляемая эмоциональная возбудимость характерна для лиц III курса ЛФ ГрГМУ и IV курса ПФ ГрГУ.

3. Установлено превалирование склонности к тревожности у студентов ПФ ГрГУ.

4. Легкое депрессивное состояние присуще студентам III курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ. Характерно отсутствие депрессии у лиц ПФ ГрГУ на старших курсах.

5. Изменения психоэмоционального состояния студентов дает возможность учета создания «благоприятной атмосферы» в процессе обучения, совершенствования педагогического общения со студентами, оптимизации учебного процесса.

Литература.

1. Буйлов В. Нервно-психическое состояние студентов / В. Буйлов, Г. Куропова, Н. Сенаторова // Высшее образование в России. – 1996. – С. 35–43.

2. Маркова Ю.А. Социально-психологические и возрастные характеристики периода студенчества / Ю.А. Маркова, Е.Б. Мареева, Л.Ю. Севидова // Русский медицинский журнал. – 2004. – N 3. – С. 53–58.

3. Милорадова Н.Г. Студент в зеркале психологии / Н.Г. Милорадова // Архитектура и строительство России. – 1995. – N 9. – С. 33–41.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В СПИНЕ

Блохина А.А., Васкевич Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н. Лебейко Т.Я.

Актуальность. Число больных с болями в спине, или дорсалгиями, в последние годы неуклонно увеличивается. Наиболее частой причиной дорсалгии являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Факторы риска развития болей в спине – возраст, занятия тяжелым физическим трудом, подъем тяжестей [1]. Боль в спине ограничивает повседневную активность, вызывает нарушения жизнедеятельности, эмоциональный дискомфорт, создает препятствия для жизни.

Цель и задачи исследования. Изучить изменения повседневной активности пациентов с различными болевыми синдромами в спине.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 пациента с дорсалгией (30 мужчин и 34 женщины). Средний возраст составил 43,3 года. Среди них пациентов рабочих специальностей выявлено 46 человек (71%), служащих – 14 (23%), не работающих – 4 человека (6%). У обследованных пациентов диагностированы различные рефлекторные и корешковые синдромы: люмбалгия у 6 пациентов (9%), люмбоишалгия – у 39 (61%), радикулопатия – у 15 (24%), торакалгия – у 4 человек (6%). Для оценки психологических, социальных и поведенческих аспектов у пациентов с дорсалгией использовался Многофакторный Опросник Боли [2].

Результаты. Выраженный болевой синдром отмечен у 4 пациентов (67%) с люмбалгией, у 17 (44%) – с люмбоишалгией, у 7 (47%) – с радикулопатией, у 1 пациента (25%) с торакалгией. Выраженное препятствие для жизни боль в спине создавала 2 (33%) пациентам с люмбалгией, 7 (18%) – с люмбоишалгией, 2 (13%) – с радикулопатией. У пациентов с торакалгией боль не привела к препятствиям для жизни. Оценивалась поддержка и забота о пациентах со стороны близких. Выявлено, что

большинство больных (55 человек (86%)) проживают с супругами и поддерживаются ими на 83–100% независимо от нозологической формы и статуса пациента. Оценивался эмоциональный дистресс у пациентов с болями в спине. Чувствовали себя раздраженными, испытывали тревогу и внутреннее напряжение 1 (17%) пациент с умеренной болью при люмбалгии, 7 (18%) больных с различной интенсивностью болевого синдрома при люмбоишалгии, 4 (27%) человека с умеренной и выраженной болью при радикулопатии и 1 (25%) пациент с интенсивным болевым синдромом при торакалгии. Проводилась оценка различной повседневной деятельности пациентов: ведение домашнего хозяйства, пребывание вне дома, общение с окружающими. Так, например, установлено, что с нарастанием интенсивности болевого синдрома общительность пациентов значительно уменьшается. Из 17 пациентов с люмбоишалгией, имеющих выраженный болевой синдром. 12 человек испытывали затруднение в общении с окружающими.

Выводы. Болевой синдром в спине оказывает значительное влияние на качество жизни пациента. От интенсивности боли зависит настроение, активность пациента, удовлетворенность от общения с близкими и окружающими. Для пациента важна поддержка близким человеком во время наличия болевого синдрома.

Литература:

1. Болезни нервной системы. Под редакцией Н.Н. Яхно. Москва «Медицина», 2007. – с. 321
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Москва, 2004. – с. 73–77

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бобученко М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – доц. Матиевская Н.В.

Цель исследования. Оценить характер и частоту причин смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов в 2 регионах Республики Беларусь (РБ) в современный период и определить роль ассоциированных с ней факторов.

Материалы и методы. Проанализированы частота, причины и факторы риска различных причин летальности в 2 группах ВИЧ-инфицированных пациентов: 1 группа – Гродненская область РБ, 2 группа – Светлогорский район Гомельской области. В 1 группу был включен 91 ВИЧ-инфицированный пациент, умерший в регионе с 2001 г. по 2010 г., во 2 группу – 98 пациентов, умерших с 2004 г. по 2008 г.

Результаты. СПИД-ассоциированные причины летальности (оппортунистические инфекции, СПИД-маркерные опухоли) чаще встречались во 2 группе пациентов (50,5% и 68,7%, соответственно, $p > 0,05$). Среди СПИД-ассоциированной летальности в обоих регионах доминировал туберкулез, который имел агрессивное течение на фоне ВИЧ-инфекции.

Частота «печеночных» причин смерти была одинаковой в 2 группах наблюдения (19,8% и 21,2%, соответственно, $p > 0,05$) и заняла 2 место после туберкулеза. У большинства пациентов, умерших от «печеночных» причин, отмечена декомпенсация цирроза печени (94,4% и 87,5%, соответственно), установлена высокая частота коинфекции вирусом гепатита С (58,2% и 78,8%, соответственно), наркопотребления (77,8% и 47,2%), алкоголизма (72,2% и 81%, соответственно). СПИД был установлен в 61,1% в 1 группе и в 42,9% – во 2 группе. Отсутствие ВААРТ у большинства пациентов в обеих группах, несмотря на манифестные стадии ВИЧ-инфекции, можно рассматривать как один из факторов прогрессирования поражения печени и смерти.

Заключение. В настоящее время основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в регионах РБ являются СПИД-ассоциированные причины летальности, что связано с относительно недавним (с 2005 г.) повсеместным внедрением ВААРТ в РБ. «Печеночные» причины смерти составляют около 20% в