

проявлениями заболевания, чтобы наметить пути коррекции выявленных нарушений.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 40 больных БА средней степени тяжести смешанной формы, которые лечились стационарно в пульмонологическом отделении 4 ГКБ г. Гродно. Для определения тонуса ВНС использовали опросник А.М. Вейна и индекс Кердо. Оценку уровней тревоги и депрессии производили по госпитальной шкале HADS. Соматические нарушения фиксировались с помощью опроса больных, физикальных и инструментальных методов исследования.

**Полученные результаты.** У 19 больных БА преобладал симпатический отдел ВНС (I гр.) у 14 – парасимпатический (II гр.). У 7 пациентов не выявлено дисбаланса ВНС (III гр.), индекс Кердо равен нулю ( $p < 0,05$ ). По госпитальной шкале HADS у больных I гр. по шкале тревоги получен результат –  $12 \pm 1$  балла ( $p < 0,05$ ), что соответствует клинически выраженной тревоге, а у больных II гр. по шкале депрессии получен результат –  $13 \pm 1,9$  балла ( $p < 0,05$ ), что соответствует клинически выраженной депрессии. У больных III гр. уровни тревоги и депрессии не превышали 8,0 баллов (норма – до 7,0 баллов). Это указывает на то, что при лечении больных необходимо стремиться к устранению дисбаланса ВНС.

Больных I гр., где преобладал симпатический отдел ВНС, беспокоил в основном сухой кашель и в легких выслушивались сухие свистящие хрипы, а у больных II гр., у которых преобладал парасимпатический отдел ВНС, отмечен кашель с большим количеством белой вязкой мокроты, а в легких выслушивались сухие жужжащие хрипы.

**Выводы.** При лечении больных БА надо учитывать взаимосвязь соматических и психовегетативных проявлений заболевания. При лечении больных I гр. необходимо назначать транквилизаторы и уменьшать дозу адреномиметиков, усиливающих тревогу. При лечении больных II гр. необходимо назначать антидепрессанты, а адреномиметики следует заменять на холинолитики, которые понижают тонус блуждающего нерва и уменьшают образование мокроты в бронхах.

Литература:

1. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – Москва: МИА, 1998. – 346 с.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ Врублевская Е.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра педиатрии № 2*

Пиелюэктазия является первым признаком обструктивной уропатии у плода, однако единые эхографические критерии расширения лоханки при нарушении уродинамики отсутствуют. По мнению большинства исследователей, динамическому наблюдению подлежат случаи, в которых переднезадний размер лоханки превышает 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности. Однако нет единого мнения, как наблюдать детей, имеющих расширение лоханки, не достигших указанных размеров.

**Цель исследования:** выявить факторы, предрасполагающие к возникновению инфекции мочевой системы у детей, имеющих антенатально расширение лоханок почек.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели нами были изучены данные фетальных паспортов из 1128 амбулаторных карт детей грудного возраста. Для дальнейшего анализа были отобраны 46 карт детей, у которых антенатально зафиксирована пиелюэктазия, то есть переднезадний размер лоханки превышал 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности, а также 269 карт детей, у которых пренатально было выявлено расширение лоханок почек, не достигших указанных параметров. Таким образом, из 1128 амбулаторных карт

было отобрано 315, что составило 27,9%. Был проведен анализ возраста матери, особенностей течения беременности и состояния ее здоровья, наличия изменений в общем анализе мочи у детей.

**Результаты.** Мальчиков было 54,2%, девочек – 45,8%. Возраст матери на момент рождения ребенка составил: 18-21 год – 27 женщин (8,6%), 22-24 года – 76 (24,2%), 25-29 лет – 119 (37,8%), 30-35 лет – 73 (23,1%), 36-39 лет – 14 (4,4%), 40 и старше – 6 человек (1,9%).

Анализ патологии антенатального периода показал, что в 88,9 % случаев отмечалась сочетанная патология. Так, гестоз был у 20,6% женщин, инфекционная патология диагностирована в 93,6% случаев, фетоплацентарная недостаточность – в 19,4%, другие факторы составили 9,5%. Болезни почек зарегистрированы у 96 женщин (в 30,5% случаев). Нефроптоз диагностирован у 50 матерей (15,9%), гидронефроз – у 15 (4,8%), МКБ – у 6 (1,9%), инфекция мочевой системы (ИМС) – у 25 женщин (7,9%). Инфекции, передаваемые половым путем, были выявлены во время беременности у 21 женщины (6,7%).

Анализ мочи были проведены 232 детям с пренатально выявленным расширением лоханки, при этом выявлено, что 71 ребенок на первом году жизни перенес ИМС (30,6%). Мальчиков, перенесших инфекцию мочевой системы, было 33 (46,5%), девочек – 38 (53,5%).

35 детям, у которых пренатально диагностирована пиелэктазия, на первом году жизни были выполнены анализы мочи и выявлено, что у 8 человек имеется ИМС (22,9%). Из 46 детей с пренатальной пиелэктазией УЗИ почек проведено 14 детям, из них у 8 патологии не выявлено, у 3 – левосторонняя пиелэктазия, у 3 – двухсторонняя пиелэктазия.

У 221 ребенка, у которого пренатально диагностировано расширение лоханок менее 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности, по данным общего анализа мочи выявлено 63 ИМС, что составило 28,5% случаев.

**Выводы:**

1. Со стороны матери факторами риска развития инфекции мочевой системы у детей является наличие инфекционной патологии у беременных женщин, гестоза, фетоплацентарной недостаточности, патологии почек у матерей.

2. По данным фетальных паспортов почти у 1/3 детей (27,9%) выявляется расширение лоханок почек.

**ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТРЕССОВ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Н.В. Выберанец, А.В. Жданович**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – ассист. Синяк В.Г.*

В настоящее время к проблеме профессионального стресса обращено особое внимание психологов, так как в современном обществе меняется отношение людей к работе, работающие теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения. Человек, встречаясь с какой-то сложностью, не может полноценно реализовать накопившуюся энергию и тогда эта энергия начинает разрушать самого человека и, как следствие, растёт психическое, эмоциональное напряжение, связанное со стрессом на рабочем месте. Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. Клиническая картина СЭВ многогранна и