

ток. Основная группа – 65 женщин с маловодием, контрольная – 30 пациенток с нормоводием. Изучена первичная документация: истории родов, истории развития новорожденных, протоколы УЗИ, протоколы гистологического исследования последов. Статистическая обработка: компьютерные программы EXCEL, STATISTICA 6,0. Для анализа полученных результатов осуществлялось сравнение групп с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток с маловодием – $26,30 \pm 1,78$ лет, возраст женщин с нормальным количеством вод – $25,92 \pm 1,36$ лет ($p > 0,05$). Частота инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта и ИППП была достоверно выше в группе беременных с маловодием, по сравнению с аналогичными показателями в группе контроля. Угроза прерывания беременности в основной группе – 63,1%, в контрольной группе – 20% ($p < 0,05$). Частота развития гестоза у женщин с маловодием – 38,5%, у женщин с нормоводием – 16,7% ($p < 0,05$). Хроническая плацентарная недостаточность диагностирована у 70,8% женщин в группе с маловодием и у 10% – с нормоводием ($p < 0,05$). Гипотрофия плода чаще встречалась в основной группе, по сравнению с группой контроля – соответственно 55,4% и 6,7% ($p < 0,05$). Критические формы нарушений кровотока (III степень) достоверно чаще встречались у беременных с маловодием – 10,8%, у беременных с нормоводием – 3,3% ($p < 0,05$). У 52,3% беременных с маловодием ультразвуковым методом выявлено преждевременное созревание плаценты, в контрольной группе – у 13,3% ($p < 0,05$). Признаки инфекционного поражения плаценты наблюдалась у 27,7% пациенток с маловодием, у женщин с нормоводием данные признаки отсутствовали. Беременность завершилась срочными родами у 78,5% пациенток с маловодием, преждевременными родами у 21,5%, в контрольной группе у 93,3% и 6,7% соответственно ($p < 0,05$). Слабость родовой деятельности (27,7%) у женщин с маловодием встречалась чаще, чем в контрольной группе (13,3%, $p < 0,05$). Родоразрешение операцией кесарева сечения проведено у 38,5% беременных с маловодием и у 16,7% беременных с нормоводием ($p < 0,05$). В 12,3% случаев новорожденные у пациенток с маловодием были оценены менее 7 баллов по шкале Апгар, в контрольной группе – 6,7% ($p < 0,05$). Гипотрофия различной степени диагностирована у 61,5% детей от матерей с маловодием, и у 6,7% детей от матерей с нормоводием. Течение беременности и родов при маловодии характеризуется большим числом осложнений, новорожденные имеют низкие массо-ростовые показатели, осложненное течение неонатального периода. Полученные результаты подтверждают важную роль инфекции в патогенезе маловодия.

Федорчук А.С., Червоник Д. В.

ПОРТРЕТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Королева Е.Г., д.м.н., профессор

Вопрос о связи рака с психическими и психосоциальными факторами не нов: уже Гиппократ и Гален задавались им. В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем. Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия для возникновения и развития опухоли. Целью данного исследования являлось выявление основных личностных особенностей женщин, страдающих раком грудной железы. Материалом исследования явились женщины, находившиеся на стационарном лечении в областной больницы г.Гродно, в онкоотделении. Методом исследования явилась самостоятельно составленная анкета, по которой производился опрос пациентов. В результате проведенного исследования было выявлено следующее. У раковых больных особенно часто обнаруживаются: • ранняя утрата важных лиц близкого окружения паци-

ента; • неспособность больного открыто выражать враждебные чувства; • сохранение «пуповины» с кем-либо из родителей; • сексуальные нарушения. В качестве «психологических канцерогенов» имелись различные травмирующие жизненные события, трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи, нарушение способности к выражению эмоций, трудности в преодолении конфликтов, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности, безнадежности и отчаяния. Этиологически можно связать личность риска с отягощающими переживаниями в детстве (например, с утратой одного из родителей) при раке молочной железы, с жестоким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого. Незадолго до начала развития болезни многие из больных раком утратили значимые для них эмоциональные связи. При этом чаще всего они относятся к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не

Филипович О.М., Пушкарёва П.С.

ВЛИЯНИЕ ШУМА НА МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Ивашин В. М., к.м.н., доцент

Врач в быту и на рабочем месте постоянно находится под воздействием шума различных параметров. Психологическая сторона проблемы шума имеет большое значение, особенно в отношении шумов малой интенсивности (до 60 дБ). Так, шум, производимый самим человеком, не беспокоит его, в то время как небольшой шум, вызванный каким-либо посторонним источником, дает раздражающий эффект. Известно, что шумы большой интенсивности вызывают изменение вегетативных реакций, важнейшая из которых функция кровообращения. Первые вегетативные реакции выявляются при шуме 60-70 дБ и проявляются тем сильнее, чем выше уровень шума. При этом имеет значение ширина полосы действующего шума. Работы последних лет выявили действие шума на сердечнососудистую систему даже в том случае, когда в кровяном давлении, частоте пульса и электрокардиограмме не было никаких изменений. Исследования влияния шума на пищеварительную систему, почки, селезенку и другие органы показали весьма неблагоприятное воздействие шума и на их функциональное состояние. Отсюда видно, что шум вызывает реакцию организма в целом. Нарушения в органах и системах зависят от уровня шума, распределения его по частотам, времени воздействия и от индивидуальных особенностей человека. В условиях жизни врача, как на рабочем месте, так и в быту большое значение имеет скорость реакции, определяемая временем, которое необходимо человеку для того, чтобы осознанное вызвало моторное действие. Скорость реакции характеризует состояние центральной нервной системы. Итак, вибрация и звук при определенных условиях являются биологически опасным фактором, угрожающим целостности организма. Эта опасность для человека стремительно возрастает в связи с развитием техники, так как увеличивается интенсивность сопутствующих факторов, при действии которых и вибрация, и шум становятся особенно опасными. Учитывая то, что уровень развития медицинской техники, применяемой при обследовании и лечении пациентов, с каждым годом увеличивается, то увеличивается количество источников шумов, которые негативно влияют на самочувствие и здоровье работающего медицинского персонала в организациях здравоохранения. Но не стоит забывать, что причинами возникновения звуковых раздражителей в организациях здравоохранения являются не только медицинская техника, а так же второстепенные системы, такие как системы вентиляции помещений, автономные установленные кондиционеры, а так же офисная техника, применяемая при работе медицинским персоналом. Основываясь на выше изложенном, хотелось бы сказать, что защита от звукового воздействия на медицинский персонал должна учитываться при проектировке новых и модернизации старых зданий (помещений) учреждений организаций здравоохранения для обеспечения более комфортных и безопасных условий работы медицинского персонала. Профилактические мероприятия включают исключение неблагоприятного воздействия вибрации на организм, осуществление диспансеризации, организация профилакториев на производствах, соблюдение строгих норм организации труда.