

Группа № 3. «Эксперты-аналитики».

3. Решение поставленной проблемы каждой группой исходя из предложенных условий. Процесс принятия решения основан на подготовленности студентов к занятию, совместной коммуникации.
4. Презентация каждой рабочей группой принятых результатов решения и необходимой для этого решения доказательной базы.
5. Заключительная часть занятия. Студенты оценивают индивидуальный вклад в достижение поставленных в начале занятия целей, собственную активность, а также эффективность и увлекательность предложенной формы работы. Преподаватель подводит итоги занятия, оценивая реализацию компетенций студентов в ходе занятия: познавательных, коммуникативных и организаторских.

Результаты и их обсуждение. Отмечено, что в процессе реализации «Баскет-метода» у студентов формируются навыки принятия решения исходя из существующих условий, навыки публичной презентации путей решения проблемных вопросов, возможность участия в групповой дискуссии с целью представления доказательной аргументированной базы, что способствует развитию коммуникативных способностей и навыков межличностного общения.

Плоская Н.С., Кремко А.А.

Городская клиническая больница № 3, Гродно, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСКУРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ВЕСТИБУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ

Актуальность. Среди пациентов невролога значительная доля лиц предъявляет жалобы на головокружение. Таким пациентам часто выставляются диагнозы «вегетососудистая дистония», «дисциркуляторная энцефалопатия», «вертебробазиллярная недостаточность», «периферический вестибулярный синдром». Под маской таких диагнозов в большинстве случаев протекают тревожные и депрессивные расстройства. Использование специальных опросников повышает

точность проведения дифференциальной диагностики, постановки клинического диагноза у пациентов с коморбидными состояниями при наличии сопутствующих психоэмоциональных нарушений.

Цель. Установить особенности когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов с ДЭ и ПВС.

Методы исследования. Обследовано 27 пациентов, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении. Из них 14 (51,8%) с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) и 13 (48,2%) с периферическим вестибулярным синдромом (ПВС). Использовался комбинированный бланк-опросник, включающий: опросник большой депрессии (MDI), тест для оценки уровня тревожности (GAD-7), краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), Питсбургский опросник определения индекса качества сна. Использованы непараметрические методы статистического анализа критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса.

Результаты и их обсуждение. В возрастной группе пациентов 30–60 лет с ДЭ был 1 пациент (7,2%), старше 60 лет – 13 (92,8%); с ПВС 9 пациентов (69,2%) и 4 (30,8%) соответственно. При оценке психического статуса по шкале MMSE, у 7 (50%) пациентов с ДЭ отсутствовали нарушения когнитивных функций, у 4 (28,6%) выявлены умеренные когнитивные нарушения, у 2 (14,3%) деменция легкой степени, деменция умеренной степени – у 1 (7,1%), тяжелой степени не выявлена. При ПВС отсутствовали нарушения когнитивных функций – у 12 (92,3%) при сопоставлении с ДЭ ($p=0,048$), выявлены умеренные когнитивные нарушения – у 1 (7,7%). При определении уровня тревоги с помощью теста GAD-7 у пациентов с ДЭ: низкий уровень тревоги – у 4 (28,6%), умеренный – у 7 (50%), средний – у 1 (7,1%), высокий – у 2 (14,3%). Результаты пациентов с ПВС: низкий уровень – у 5 (38,5%), умеренный – у 2 (15,4%), средний – у 6 (46,1%), высокого уровня тревоги не выявлено, $p>0,05$. При использовании опросника MDI: у 6 пациентов (42,6%) с ДЭ не выявлено депрессии, легкие изменения – у 6 (42,6%), признаки тяжелой депрессии – у 2 (14,3%). У 7 пациентов (53,8%) с ПВС нет признаков депрессивных расстройств, признаки легкой депрессии – у 6 (46,1%), $p>0,05$. При определении индекса качества сна у пациентов с ДЭ: хорошее у 3 (21%), плохое – у 11 (79%). У пациентов с ПВС хорошее у 7 (54%), плохое у 6 (46%), $p>0,05$.

Таким образом, у пациентов с ДЭ значимо чаще выявлялись когнитивные нарушения, влияющие на постановку диагноза. Однако уровень выявления тревожно-депрессивных расстройств и нарушений качества сна был сопоставим в сравниваемых группах. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне коморбидных тревожно-депрессивных состояний у пациентов с жалобами на головокружение. Недооценка данных показателей может стать источником диагностических ошибок и неэффективности лечебных мероприятий.

Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЙ СТЕПС)

Актуальность. Проводимое нами в качестве координаторов по Брестской области исследование СТЕПС 2016–2017 и 2019–2020 гг. явилось частью комплекса мер, осуществляемых ВОЗ. Исследование проводилось по унифицированной стандартной методологии во всех регионах.

Цель. Установить особенности курения как фактора риска в хронических неинфекционных заболеваниях в современных условиях.

Методы исследования. В Брестской области в рамках исследования, которое проходило с сентября 2016 г. по март 2017 г., охвачено 920 человек взрослого населения в возрасте 18–69 лет. СТЕПС 2019–2020 охватил 885 участников.

Результаты и их обсуждение. Доля курящих в 2016–2017 гг. в Брестской области составила 28,6%, из них ежедневно курят 26,7% населения, что ниже показателей в среднем по стране. Женщины в Брестской области курят значительно меньше – 12,6% по стране против 9,1% соответственно, в то время как количество выкуренных сигарет в день превышает среднереспубликанский (14,9) показатель и составляет 16,7 штук. Количество сигарет, выкуриваемых ежедневно женщинами также выше – 12,1 против 10,3 штуки. При этом в Брестской