

(преимущественно миопия слабой и средней степени тяжести), патология сердечно-сосудистой системы, патология МПС. За время учебы в университете количество студентов, страдающих заболеваниями органов пищеварения, не уменьшается и остается высоким на протяжении всех лет обучения.

С каждым годом увеличивается количество молодых людей, имеющих сниженную остроту зрения. Это объясняется тем, что школьная среда (увеличение умственных нагрузок, уменьшение двигательной активности, неудовлетворительный световой климат) способствует увеличению количества школьников с патологией зрения. 23% детей оканчивают школу с миопией, что способствует формированию патологии зрения у студентов.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии причинно-следственных связей между состоянием здоровья школьников и студентов в учреждениях образования.

Литература

1. Лавриненко, Г.В., Болдина, Н.А. Динамика состояния здоровья современных подростков / Г.В. Лавриненко, Н.А. Болдина// Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. – Вып. 10. – С. 121-126.
2. Физическая подготовленность и состояние здоровья учащихся старших классов в г. Гомеле: материалы конференции / О.А. Ковалева, О.В. Тузик. – 2001. – 73-74 с.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ

Габрусевич М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – к.м.н. Ассанович М.А.

Цель настоящего исследования состояла в скрининговой оценке уровня психологической адаптации врачей различных специальностей. Методами психогической диагностики являлись «Тест нервно-психической адаптации» (ТНА) и «Шкала уровня самооценки депрессии Зунга». Всего было исследовано 435 врачей терапевтического и хирургического профиля. Терапевтическая группа включала 266 чел. (61%), хирургическая – 169 чел. (39%). Распределение по полу: 156 мужчин (36%) и 279 женщин (64%). Возрастной диапазон составил 25 – 78 лет, при этом наибольшее количество испытуемых соответствовало диапазону 28 - 50 лет. Врачебный стаж колебался от 1 до 45 лет, с преобладающим числом испытуемых в диапазоне 3 – 25 лет.

Результаты исследования с помощью методики ТНА распределились следующим образом:

- 1 группа (здоровые) – 123 чел. (28%);
- 2 группа (практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками) – 146 чел. (34%);
- 3 группа (практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками) – 79 чел. (18%);
- 4 группа (состояние предпатологии) – 52 чел. (12%);
- 5 группа (признаки психической патологии) – 35 чел. (8%).

Анализ данных исследования с помощью шкалы Зунга показал, что абсолютное большинство испытуемых (94%) не обнаруживает каких-либо значимых депрессивных переживаний. Лишь 1% (6 чел.) испытуемых признал у себя наличие достаточно выраженных депрессивных симптомов.

Не обнаружено каких-либо достоверных связей между данными исследования с помощью указанных выше психодиагностических методик и принадлежностью испытуемого к той или иной специальности, полу, возрастному диапазону.

Сопоставление результатов исследования с помощью ТНА и шкалы Зунга выявило лишь умеренную корреляционную связь между уровнем психологической дезадаптации и выраженностью депрессивных переживаний.

С целью более точной классификации испытуемых был проведен кластерный анализ на основе показателей ТНА и шкалы Зунга. В результате проведенной кластеризации выделены две группы испытуемых, находящихся на значительном расстоянии друг от друга. Первая группа состояла из 132 чел. (30%), вторая - из 303 чел. (70%). Анализ межгрупповых различий в показателях методик ТНА и шкалы Зунга показал, что первая группа отличается достоверно более высокими значениями показателей по обоим указанным методикам. Учитывая значительную величину евклидова расстояния между группами, первая группа испытуемых может квалифицироваться как группа риска по развитию нарушений психологической адаптации. Данная группа врачей не имеет каких-либо специфических особенностей в плане пола, возраста, стажа и принадлежности к какой-либо специальности. Анализ перцентильных границ значений показателей ТНА и шкалы Зунга в каждой из обеих групп позволил выделить критерии отнесения испытуемого к указанной группе риска.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околоулак

Сложные оперативные вмешательства на сонных артериях, включая резекцию артерии с последующим анастомозированием «конец в конец», либо замещением при аневризмах сонных артерий и удалении опухолей шеи с вовлечением каротидных артерий, диктуют необходимость расширения знаний о вариантной анатомии данных кровеносных сосудов. У 16-26% взрослого населения выявляются различные варианты удлинения и извитости сонных или позвоночных артерий на шее.

Цель исследования – оценка имеющихся данных о вариантной анатомии сонных артерий по материалам отечественных и зарубежных изданий.

Объект исследования – 10 источников: 3 отечественной и 7 зарубежной литературы.

В общей сонной артерии, как в правой, так и в левой, принято различать три отдела: 1) от грудино-ключичного сочленения до нижнего края верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы, 2) от нижнего края лопаточно-подъязычной мышцы до места деления общей сонной артерии, и 3) собственно место бифуркации общей сонной артерии. Длина ствола общей сонной артерии колеблется в зависимости от расположения дуги аорты и плечеголового ствола. Правая общая сонная артерия составляет 6-13 см., левая 9 – 16 см. Наибольшая длина встречается у мужчин в возрасте от 25 до 44 лет и у женщин в возрасте от 17 до 24 лет.

НАРУЖНАЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ.

В наружной сонной артерии различают два основных отдела: от бифуркации общей сонной артерии до заднего брюшка двубрюшной и шилоподъязычной мышцы; и от указанной мышцы до уровня деления наружной сонной артерии на ее конечные ветви – верхнечелюстную и поверхностную височную артерию. Наружная сонная артерия может располагаться над-, под – или позади внутренней сонной артерии.