

коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Gamma). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

Полученные результаты. В ходе исследования установлено, что герпетический менингоэнцефалит чаще протекает с выраженной головной болью (корреляция +0,92; $p < 0,001$), рвотой (корреляция +0,95; $p < 0,001$), при отсутствии экзантемы (корреляция - 0,61; $p < 0,01$), но при наличии экзантемы (корреляция с явлениями стоматита +0,71; $p < 0,01$), с судорогами (корреляция + 1,0; $p < 0,0001$), нарушениями сознания (корреляция +0,98; $p < 0,001$), при наличии менингеального симптомокомплекса (корреляция +0,96; $p < 0,001$). Состояние больных с момента поступления чаще определяется как тяжелое (корреляция +0,98; $p < 0,001$). Степень выраженности лихорадки и ее продолжительность при герпетической инфекции не определяют риска развития менингоэнцефалита. Герпетический менингоэнцефалит чаще протекает при наличии у больных относительной лимфопении (корреляция с относительным числом лимфоцитов формулы крови -0,52; $p < 0,05$) и низкого содержания числа лимфоцитов в абсолютном выражении (корреляция с содержанием лимфоцитов в абсолютных числах - 0,71; $p < 0,01$), при наличии повышения ЛИИ (корреляция +0,42; $p < 0,05$), при явлениях палочкоядерного сдвига влево (корреляция +0,69; $p < 0,01$), преобладания нейтрофилов в формуле крови (корреляция +0,55; $p < 0,05$) и наличии тенденции к нарастанию удельного содержания нейтрофилов в формуле в течение первой недели разгара (корреляция +0,66; $p < 0,01$). Также характерна базофилия в течение первой недели болезни (корреляция + 1,0; $p < 0,01$). Длительность пребывания больных ВПГ – инфекцией при развитии менингоэнцефалита существенно нарастает (корреляция +0,62; $p < 0,01$). Достоверной связи частоты развития герпетического менингоэнцефалита с типом вируса не отмечено. Не выявлено также значимой связи менингоэнцефалита с возрастом больных.

Выводы. Существует ряд признаков, позволяющих опираться на них при обосновании герпетического менингоэнцефалита (общемозговые симптомы: головная боль, рвота, судороги, нарушения сознания, менингеальные знаки,- гематологические признаки: нейтрофиллез со сдвигом формулы крови влево, нарастание ЛИИ, базофилия).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Степанюк К.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно
Научный руководитель – к.м.н. Хмельницкая Э.Г.*

Достаточно часто нарушение психоэмоциональной сферы является не столько следствием бесплодия, сколько его причиной. Многие авторы, описывая личностные особенности функционально стерильных женщин, говорят об отклонении материнской роли, нарушении отношений между партнерами, отношении женщины к самой себе и ребенку (Bibring, Goldschtein и др.). Целью данного исследования является изучение психологических особенностей таких женщин, для разработки психодиагностически обоснованных стратегий психологической интервенции.

Обследовано 12 женщин, наблюдающихся в кабинете бесплодия областного клинического роддома. В контрольную группу вошли 15 беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности. Были использованы следующие методики: 16-факторный личностный опросник Кеттелла, опросник «Измерения родительских установок и реакций» (PARY), шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES'3).

Полученные данные позволяют описать различия в личностных особенностях, родительских установках и тип семейной системы. Женщин, имеющих проблемы с зачатием, в отличие от беременных женщин, можно описать как пессимистичных, осторожных, стремящихся к безопасности и надежности, через избегание ошибок и трудностей. Чрезмерно фиксирующихся на деталях, обеспокоенных поддержанием социально одобряемого образа себя, имеющих высокие личностные стандарты и желание гордиться своими успехами, честолюбивых, чрезмерно практичных, закрытых опыту, избегающих новых подходов и решений; имеющих низкую значимость таких родительских установок, как «жертвенность» и формирования зависимости у ребенка; отрицающих наличие проблем в реальном семейном функционировании и потребность в изменении типа семейной системы.

Обсуждение полученных результатов с исследуемыми, позволит повысить их мотивацию к психотерапии, прохождению групп тренинга, к индивидуальной психотерапевтической работе, что сможет оптимизировать психотерапевтическую работу. Составление психодиагностически обоснованных программ психотерапии для этой категории больных, конечно же, требует исследования большего количества пациентов и проведения исследования после психотерапевтической интервенции. Однако полученные результаты позволяют выделить мишени психотерапевтической работы для исследованной группы больных. Ими должны стать работа с поведением избегания, закрытостью опыту, высокими личностными стандартами.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Степенкова Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Караулько И.В.

Артериальная гипертензия (АГ) – это одно из самых распространенных заболеваний, для которого характерен неуклонный рост числа больных. С этим связано то, что АГ часто сочетается с другими заболеваниями, например, с бронхиальной астмой (БА). Выбор препаратов для лечения АГ у больных с бронхиальной обструкцией ограничен. Им противопоказаны β -адреноблокаторы, ограничен прием мочегонных, а применяемые при БА β_2 -адреномиметики могут вызывать тахикардию, повышение АД, чем усугубляют АГ.

Целью данной работы являлось выявить особенности лечения АГ у больных, страдающих БА.

Нами исследовано 27 больных БА. Среди них было 23 женщины и 4 мужчин. Возраст больных составлял 17-81 год. Все больные поступали в стационар в стадии обострения БА, при этом у 2-х больных отмечены двух- и трехкратные обострения за этот период. По клиническим данным и результатам дополнительного обследования, БА средней степени тяжести диагностирована у 17 больных, тяжелой – у 10-ти. У 16 больных отмечалась АГ II-III степени, риск 3-4; у 10 больных ИБС. Среди обследованных выделены 3 группы больных. Базисная терапия включала ИКС и СКС, β_2 -агонисты короткого действия, пролонгированные ксантины, сердечные гликозиды и при необходимости мочегонные. Первая группа включала 10 больных с тяжелой степенью БА и сопутствующей АГ и ИБС, получавших в комплексной терапии 10 мг амлодипина на ночь. Вторую группу составили 8 больных средней и тяжелой степенью БА с сопутствующей АГ и ИБС, в комплексную терапию был включен эналаприл в дозе 10 мг 2 раза в сутки. Третья группа (контрольная) – 8 больных БА средней степени