

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  $\beta$ -адреноблокаторы, ограничен прием мочегонных, а применяемые при БА  $\beta_2$ -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,  $\beta_2$ -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

тяжести, у 3-х из которых была сопутствующая ИБС и АГ II степени. Эта группа больных получала только базисную терапию.

Результаты исследования. Больные 1-й группы отмечали клиническое улучшение уже на 6-7 сутки лечения. У этих больных исчезли приступы удушья, улучшалась функция внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  на 38,1%, а также нормализовались показатели систолического и диастолического АД, улучшились данные ЭКГ, средний койко-день в этой группе составил 9. Во второй группе также отмечалось клиническое улучшение состояния, функции внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  на 27,4%, но только к 8-му дню лечения. Отмечалась также стабилизация показателей АД. Однако у 50% больных уже к концу первой недели лечения появился ночной кашель, что потребовало у них отмены эналаприла. Койко-день в этой группе составил 11. В контрольной группе улучшение наблюдалось к 7 дню, функция внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  улучшилась на 29,4%, а койко-день составил 10. Достоверного различия показателей койко-дня и дня улучшения в обследуемых группах не отмечено. Однако выявлена тенденция к более быстрому клиническому эффекту, самому короткому койко-дню и достоверное улучшение функции внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  при отсутствии побочных эффектов от лечения в группе №1.

Таким образом, данное исследование позволяет рекомендовать включение амлодипина в комплексную терапию БА, сочетающейся с АГ.

## **ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ**

*Степненко А.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель – ассист. Бутолина К.М.*

Проблема расслаивающей аневризмы аорты до настоящего времени остается актуальной в связи с трудностью прижизненной диагностики и высокой летальностью. Несмотря на то, что возможности раннего клинического распознавания расслаивающей аневризмы аорты расширились, благодаря применению неинвазивных визуализирующих методов, процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов остается высоким.

**Целью нашего исследования** стал клинико-анатомический анализ случаев смерти и причин расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов у умерших от расслаивающей аневризмы аорты за 2003-2006 годы по данным Гродненского областного патолого-анатомического бюро. Нами проанализированы протоколы вскрытия 81 умершего в стационарах области с наличием расслаивающей аневризмы аорты.

**Результаты.** Среди умерших с расслаивающей аневризмой аорты было 25 женщин и 56 мужчин. Средний возраст больных составил  $65,19 \pm 1,28$  года. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $2,66 \pm 0,36$  суток. При этом в первые сутки умерло 45 (55,6%) человек.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов выявлено в 22 случаях (27,16%). Во всех наблюдениях развилось смертельное осложнение расслоения – разрыв стенки аорты. Досуточная летальность в случаях расхождения диагнозов составила 63,6% (14 случаев). В последующие 2 суток умерло еще 5 больных. И только 3 умерших провели в стационаре более 5 суток (8, 9 и 16 суток). Чаще всего расхождение диагнозов было связано с кратковременным пребыванием больных в