

пока на государственном уровне будут проводить профилактические беседы о вреде курения, не устраняя истинную причину, количество курящих подростков в нашей стране и за ее пределами будет неуклонно расти вместе с этиопатогенетически связанными с курением заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы сайта Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья <http://www.rchep.by/>.
2. Мухина, Н. А. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / Н. А. Мухина; под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 1264 с.
3. Human Carboxyhemoglobin at 2.2 Å Resolution: Structure and Solvent Comparisons of R-State, R2-State and T-State Hemoglobins / G. B. Vásquez [et al.] // Acta Crystallogr. D. — 1998. — Vol. 54 (3). — P. 355–366

УДК 616.12-008.331.1:17.021.2

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Пендрикова О. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Несмотря на общепризнанную роль стресса, как фактора риска артериальной гипертензии (АГ), систематические исследования эффективности программ снижения стресса в предупреждении АГ отсутствуют. Изучение и внедрение психологических методик, применяемых для диагностики возможных механизмов развития АГ с целью использования способов альтернативного лечения данного заболевания, немногочисленны [1, 2]. Особо актуальным является применение данных методик у детей с целью выбора индивидуальной тактики ведения пациента.

Цель

Продемонстрировать целесообразность применения проективных методик на примере рисунка в свободной форме у детей и подростков с АГ, основываясь на данных клинического случая.

Материал и методы исследования

Продемонстрирован клинический случай пациента П. 16 лет, находящегося на обследовании и лечении в кардиологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы по поводу АГ. У подростка использована и проанализирована проективная методика (рисунок в свободной форме), а также оценена степень нейротизма по данным личностного опросника Айзенка [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент (П.) 15.05.2003 г. рождения поступил в Гомельскую областную детскую клиническую больницу по направлению скорой медицинской помощи с жалобами на головную боль, головокружение, потерю сознания во время школьного урока связи с повышением артериального давления (АД) до 160/100 мм рт. ст. Страдает АГ в течение 3 лет, регулярно принимает гипотензивную терапию (пантопризол). Регулярно отмечает приступы подъема АД, которые регистрируются во время тревоги, страха, переживания,

перенапряжения в учебе, которые купируются приемом капроприла. Наследственный анамнез отягощен: АГ зарегистрирована у бабушки, дедушки по отцовской линии и у отца.

Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет синдрома АГ. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические узлы не пальпируются. Границы относительной сердечной тупости перкуторно не расширены. Тона сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум в зоне Боткина, ЧСС — 90/мин. В легких везикулярное дыхание, ЧД 18/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Пульс на бедренных артериях определяется. Физическое развитие: выше среднего, ИМТ = 22, ожирение 1 степени.

Проведены следующие исследования:

Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи по Зимницкому, общий анализ мочи: без патологии. Эхокардиография: патологии не выявлено, физиологическая регургитация на трехстворчатом клапане и легочной артерии. Электрокардиограмма: ритм синусовый, ЧСС — 73/мин, ЭОС — нормальная. Холтеровское мониторирование: ритм синусовый, среднесуточная ЧСС — 72/мин, зарегистрировано 22 наджелудочковых и 17 желудочковых изолированных экстрасистол. Суточное мониторирование АД: среднесуточное АД 144/66 — 150/68 мм рт. ст., соответствует лабильной АГ систолического АД, нормотензии диастолического АД. По данным УЗИ органов брюшной полости, брахиоцефальных артерий, щитовидной железы, почечных и внутривисцеральных артерий, результатов электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии: патологии не зарегистрировано. Радиоизотопная ренография: экскреторная функция правой почки замедлена. Осмотр офтальмолога: глазное дно в норме, артерии умеренно сужены.

Клинический диагноз: Эссенциальная АГ 2 степени, средний риск. Ожирение 1 степени. Получает лечение: эналаприл, фенибут, винпоцетин.

Пациенту предложено нарисовать рисунок в свободной форме согласно проективной методике, цель которой выявить возможные тревожные факторы и наличие личностного конфликта в психоэмоциональной сфере ребенка (рисунок 1).



Рисунок 1 — Проективная методика: рисунок пациента с АГ в свободной форме

Согласно стандартной интерпретации проективной методики у мальчика констатирована нервозность, импульсивность, заниженная самооценка, частые переживания, чувство страха и «тревожного ожидания чего-то», на этом фоне возможны панические атаки. Так, например, установлено, что в доме не хватает семейного уюта, что свидетельствует небольшой дымок из трубы. Крыша — сфера фантазии, свидетельствует о том, что у мальчика, возможно, присутствует очень много нереализованных действий, которые остаются на уровне фантазий и не выходят в жизнь. Установлен невротиче-

ский конфликт, признаки чувства одиночества. Заслуживает внимания зависимое поведение и упование на авторитетную фигуру. Тестируемый ищет покровителей, на них надеется, рассчитывает. Авторитетной личностью может быть и сама мама пациента, причем мальчик пытается оправдать ее ожидания, получить ее любовь, поэтому он так сильно переживает за каждую оценку в школе, за каждое выступление, что может приводить к гипертоническим кризам. Опросник Айзенка показал высокую степень нейротизма у подростка (18 баллов).

Выводы

Установлена целесообразность введения в обследование детей с АГ стандартных методов психодиагностики, в частности различных вариантов проективных методик, что позволит индивидуализировать лечение, включая не только медикаментозную терапию, но альтернативные методы (когнитивно-поведенческая терапия, личностно-ориентированная психотерапия и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Linden, W.* The efficacy of behavioral treatments for hypertension / W. Linden, J. Moseley // VAppl Psychophysiol Biofeedback. — 2006. — Vol. 31(1). — P. 51–63.
2. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial / K. Blom [et al.] // Am. J. Hypertens. — 2014. — V. 27(1). — P. 122–129.
3. Личностный опросник ЕРІ (методика Г. Айзенка) / Альманах психологических тестов. — М., 1995. — С. 217–224.

УДК 616-033.31-053.4/7

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ 5–17 ЛЕТ

Победин Д. А., Бычков Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пароксизмальные состояния (ПС) у детей отличаются высокой частотой, выраженным полиморфизмом и привлекают внимание исследователей разных специальностей [1, 2]. Однако данные по распространенности и особенностям клинических проявлений эпилептических пароксизмальных расстройств у детей немногочисленны, что продиктовало необходимость проведения данного исследования.

Цель

Оценить структуру пароксизмальных состояний эпилептического генеза и охарактеризовать клиничко-анамнестические особенности данных состояний у детей 5–17 лет.

Материал и методы исследования

Проведен анализ историй болезни (за период июнь–декабрь 2018 г.) 35 детей, находящихся на стационарном обследовании и лечении в неврологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы по поводу пароксизмальных состояний. Среди них: 15 (42,9 %) мальчиков и 20 (57,1 %) девочек. Анализировались данные анамнеза жизни и заболевания, жалобы, особенности клинической картины, а также данные следующих инструментальных исследований: электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ).