

Выводы

При обследовании пациентов с воспалительными заболеваниями ушей установлено, что боли локализовались на стороне поражения, чаще без иррадиации (53,3 %). При этом чаще всего болевой синдром был умеренным, ноцицептивным. При этом депрессия и тревога у пациентов были не выражены, а боль была связана с имеющейся патологией и носила саногенетический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кастыро, И. В. Рецензия на монографию. Методы диагностики и структура острого болевого синдрома в оториноларингологии / И. В. Кастыро, В. И. Попадюк. // Журнал Вестник РУНД. 2016. № 10. С. 93–95.
2. Попадюк, В. И. Возрастной аспект при оценке острого болевого синдрома в оториноларингологии / В. И. Попадюк, И. В. Кастыро, Чулуунбаатар Саруулю // Вестник РУДН, серия Медицина. 2012. № 2. С. 94–97.
3. Кастыро, И. В. Эпидемиология острого болевого синдрома в оториноларингологии / И. В. Кастыро // Бюллетень ВСНЦ со РАМН. 2012. № 4 (86), Ч. 2. С. 64–67.
4. Кустов, М. О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода / М. О. Кустов // Российская оториноларингология. 2012. № 1 (56). С. 111–117.

УДК 159.942:378.6-057.875(476.2)

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Арбатов Д. Г., Аллабердиев О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Тревожно-депрессивное расстройство — это состояние, при котором у человека одновременно в равной степени присутствуют симптомы и тревоги, и депрессии, но по отдельности они выражены не так ярко, чтобы четко определить расстройство. Его опасность заключается в том, что оно может закончиться суицидом.

На данный момент тревожно-депрессивное расстройство является предварительным диагнозом, а пациенты наблюдаются у врачей-психиатров и психотерапевтов [1, 2]. Однако в ближайшее время с утверждением МКБ-11 (Международной классификации болезней) планируется выделить тревожно-депрессивное расстройство как самостоятельную диагностическую категорию [3, 4].

Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья. Учебная нагрузка студентов, получающих медицинское образование, в среднем в два раза выше, чем у студентов других вузов. К основным стрессовым факторам, возникающим в процессе изучения клинических дисциплин, относятся: большой объем учебной нагрузки, неуверенность в собственных профессиональных качествах и значительный объем усилий, необходимых на выполнение домашнего задания, которые зачастую приводят к стресс-индуцированным расстройствам.

Цель

Изучить эмоциональное состояние студентов третьего Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ).

Материал и методы исследования

Было проведено анонимное анкетирование 80 студентов 3 курса ГомГМУ, среди них — 44 студента женского пола, 36 студентов мужского пола. Среди опрошиваемых 61,3 % — студенты в возрасте 21–23 годов, 27,5 % — 19–20 годов, 11,3 % — больше 23 лет. Для анкетирования использовалась госпитальная

шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием компьютерной программы «Statistica 12.0», «Microsoft Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам обследования уровень тревоги студентов 3 курса составил 8 (6; 10) баллов, а уровень депрессии равнялся 7 (4; 9) баллов.

Выводы

Таким образом, у студентов 3 курса выявлен субклинический уровень тревоги при отсутствии депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и связанных со здоровьем проблем. 10-й пересмотр (МКБ-10). Женева, 1992.
2. Соловьева, Э. Ю. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство / Э. Ю. Соловьева // Справочник поликлинического врача. 2009. № 6. С. 3–7.
3. Рекомендации Общественной палаты Российской Федерации по итогам общественных слушаний на тему: «О перспективах имплементации в Российской Федерации рекомендаций экспертов ВОЗ в области охраны психического здоровья». М., 2017. 7 с.
4. Корабельникова, Е. А. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств / Е. А. Корабельникова, А. М. Будик // Лечащий врач. 2009. № 9. С. 36–42.

УДК 616-009.7-052-089.168.1

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОМ ПАТОЛОГИЕЙ

Высоцкая А. В., Хидджаз Н. Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Ежегодно в мире проводится более 300 млн хирургических вмешательств. Несмотря на признание распространенности послеоперационной боли и улучшение методов обезболивания, плохо контролируемая послеоперационная боль остается серьезной нерешенной проблемой во всем мире [1].

Хирургические методы, инструменты, процедуры и оборудование претерпели глубокие изменения за последние годы. Многие процедуры, которые когда-то требовали открытых хирургических методов, могут быть выполнены лапароскопически, количество процедур и пациентов, подходящих кандидатов для амбулаторных процедур, продолжает расти, а передовые хирургические инструменты и инновации еще больше облегчили когда-то сложные процедуры. Эти изменения оказали и продолжают оказывать глубокое влияние на послеоперационную боль [2].

Однако, послеоперационная боль все еще часто не лечится или лечится недостаточно и может привести к формированию хронического болевого синдрома. Это в свою очередь приводит к соответствующим социально-экономическим последствиям и снижению качества жизни пациентов.

Развитие хронических болевых синдромов после хирургического вмешательства не является редкостью и может оставаться незамеченным клиницистами [3]. Частота хронической послеоперационной боли зависит от операции, но может достигать 85 % — при ампутациях; пациенты, перенесшие мастэктомию сталкиваются с хронической болью в 20–50 % случаев, перенесшие герниорафию — в 5–35 %, перенесшие торакотомию — в 30–40 %, перенесшие операции на груди — в 20–30 %, при операции коронарного шунтирования — 30–50 % [4].