

Таким образом, анализ литературных источников по проблеме формирования функциональных показателей у школьников, проживающих в условиях воздействия экологически неблагоприятных факторов в сочетании с комплексом социально-экономических и психологических факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья населения, позволил сделать следующие **выводы**:

1. Полученные различными исследователями данные о функциональных показателях ФР детей, проживающих в различных урбоэкологических условиях, носят разрозненный и неоднозначный характер, а выявляемые тенденции зачастую противоречивы.

2. В большинстве работ признается, что ухудшение среды обитания вызывает существенные изменения функциональных характеристик организма человека и, в связи с этим, необходим постоянный мониторинг за их состоянием у школьников, которые являются наиболее экосенситивной группой населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: рук-во для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 142–163.
2. Безруких, М. М. Здоровье школьников, проблемы, пути решения / М. М. Безруких // Сибирский педагогический журнал. — 2012. — № 9. — С. 11–16.
3. Гемодинамические показатели и особенности регуляции сердечного ритма у детей с функциональной диспепсией / Л. А. Михайлова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. — 2013. — № 6 (84). — С. 22–26.
4. Грицина, О. П. Влияние занятий в организациях дополнительного образования на физическую работоспособность и функциональные показатели детей / О. П. Грицина // Здоровье. Медицинская экология. Наука. — 2015. — Т. 62, № 4. — С. 74–78.
5. Гудков, А. Б. Проходимость воздухоносных путей у детей старшего школьного возраста — жителей Европейского Севера / А. Б. Гудков, О. Н. Кубушка // Физиология человека. — 2006. — Т. 32, № 3. — С. 84–91.

УДК 616.891.6+616.447-087.87

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В.¹, Зыблев С. Л.¹, Лихошанка М. В.¹

Научные руководители: *А. В. Величко², З. А. Дундаров¹*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гиперпаратиреоз — заболевание, связанное с патологической гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ), опухолево-измененными или гиперплазированными паратиреоидными железами.

Повышение уровня ПТГ в плазме крови приводит к нарушению гемостаза кальция крови в сторону его повышения, с развитием поражения органов-мишеней (почки, костная система). Влияние гиперкальциемии на ЦНС проявляется в виде различных психических заболеваний, с развитием состояния эйфории или тревожных состояний, в следствие нарушения проводимости нервного импульса.

В настоящее время ряд авторов относит психоэмоциональную форму ПГПТ к малосимптомным формам, тем самым подтверждая актуальность данной проблемы.

Цель

Сравнительный анализ уровня тревоги пациентов с первичным гиперпаратиреозом в дооперационном периоде, и в отдаленные сроки после паратиреоидэктомии.

Материал и методы исследования

В нашем исследовании оценивался уровень тревожности пациентов до и после паратиреоидэктомии. Для исследования была выбрана шкала Цунга для самооценки тревоги (Zung Self-Rating Anxiety Scale ZARS) — ценный инструмент в изучении психических расстройств пациентов. Данная шкала является неспецифическим методом самоопределения уровня тревоги.

Для проведения исследования, нами была сформирована группа из 90 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ»). Средний возраст пациентов составил 56 лет (26–77 лет). Количество мужчин составило 11 (12 %) человек, количество женщин составило 79 (88 %) человек.

Всем пациентам была выполнена паратиреоидэктомия. При этом следует отметить, что по виду проведенной операции все пациенты в послеоперационном периоде были разделены на 3 группы: 1-я группа — прооперированные с использованием стандартного доступа по Кохеру, с применением эндотрахеальной анестезии; 2-я группа — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа, с применением эндотрахеальной анестезии; 3-я группа — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа с применением местной инфильтративной анестезии раствором Новокаина.

Все респонденты были опрошены с помощью шкалы самооценки уровня тревожности Цунга до операции (за 2–4 дня) и в позднем послеоперационном периоде, в промежутке (9–14 месяцев с момента операции).

Исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе мы оценивали уровень тревоги пациентов каждой из выделенных групп за 2–4 дня до операции и проводили сравнительный анализ полученных данных.

На втором этапе мы оценивали уровень тревоги пациентов через 9–14 месяцев с момента операции и проводили сравнительный анализ данных каждой из выделенных групп, полученных до и после операции.

На третьем этапе мы сравнивали показатели уровень тревоги после операции пациентов, оперированных различными методами.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования мы сравнили уровень тревоги трех групп до операции. Были выявлены значимые различия только между 1-й и 2-й группами ($U_{\text{эмп}} = 178$, $p < 0,01$), а также между 1-й и 3-й группами ($U_{\text{эмп}} = 282,5$, $p < 0,01$).

На втором этапе мы сравнили уровень тревоги трех групп после операции. Удалось выявить значимые различия только между 1-й и 3-й группами ($U_{\text{эмп}} = 311,5$, $p < 0,05$).

Третий этап был посвящен сравнительному анализу уровня тревоги трех групп до и после операции. Удалось выявить значимые различия между значениями всех групп до и после операции: для 1-й группы — $U_{\text{эмп}} = 121,5$, $p < 0,01$; для 2-й — $U_{\text{эмп}} = 311$, $p < 0,05$; для 3-й — ($U_{\text{эмп}} = 196,5$, $p < 0,01$).

Так у пациентов 1-й и 3-й групп наблюдали статистически значимое снижение уровня тревожности, однако, данных различий не оказалось во 2-й группе ($p = 0,144$). В 1-й группе в послеоперационном периоде наблюдали статистически значимое снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности ($p = 0,003$), статистически значимое повышение доли пациентов с низким уровнем тревожности ($p < 0,001$), статистически значимых различий по доле пациентов с высоким уровнем тревожности не выявлено ($p = 0,491$). В 3-й группе в послеоперационном периоде наблюдали аналогичные изменения — статистически значимое снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности ($p = 0,001$), статистически значимое повышение доли пациентов с низким уровнем тревожности ($p = 0,001$), статистически значимых различий по доле пациентов с высоким уровнем тревожности не выявлено ($p = 1,000$).

Таким образом, в 1-й и 3-й группах пациентов наблюдается снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности за счет перехода пациентов в состояние низкой тревожности.

Выводы

1. Низкий уровень тревожности до операции во 2-й и 3-й группах пациентов отмечался чаще, по сравнению с 1-й группой. Возможно, данное явление обусловлено именно характером планируемого операционного доступа и объемом операции. Также на данное предположение указывает и наибольшая частота встречаемости высокого уровня (6,7 %) тревожности в 1-й группе.

2. Видно, что у пациентов, прооперированных с использованием стандартного доступа по Кохеру, в большей степени происходит снижение уровня тревоги в сравнении с пациентами, прооперированными с использованием мини-доступа.

Таким образом, оперативное вмешательство в целом способствует снижению уровня тревоги пациентов. Применение инновационных методов, таких как стандартный доступ по Кохеру с применением эндотрахеальной анестезии, с одной стороны повышает уровень тревожности пациентов до операции; с другой стороны — приводит к более существенному снижению уровня тревоги после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Parathyroid Task Group of the EANM. EANM parathyroid guidelines / E. Hindie [et al.] // Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. — 2009. — Vol. 36. — P. 1201–1216.

2. Rose, J. Management of Primary Hyperparathyroidism. Thyroid and Parathyroid Diseases / J. Rose, A. Marlon. — New Insights into Some Old and Some New Issues. Guerrero Department of Surgery, University of Arizona, Tucson. — Arizona USA, 2012. — P. 203–220.

3. Negative preoperative localization studies are highly predictive of multiglandular disease in sporadic primary hyperparathyroidism / F. Sebag [et al.] // Surgery. — 2003. — Vol. 134. — P. 1033–1041.

УДК 616-053.3:618.3-002-022

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Приходько А. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внутриутробное инфицирование плода на современном этапе является одной из ведущих проблем в акушерстве и неонатологии. Данная проблема отличается своей полиэтиологичностью и отсутствием четких взаимосвязей между тяжестью течения инфекционно-воспалительного заболевания матери и степенью поражения плода. В основе наличия и тяжести поражения плода имеют значение вид возбудителя, защитные резервы матери, эффективность лечения заболевания (правильный подбор антибиотика, длительность курса, контроль лечения) и способность плода к иммунному ответу [1].

Цель

Оценить наличие признаков внутриутробного инфицирования у новорожденных, матери которых страдали инфекционными заболеваниями во время беременности.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй родов медицинских карт двух групп беременных. Основная группа включила в себя 50 женщин, которые получали антибактериальную терапию во время беременности по поводу инфекционного заболевания. Группу сравнения составили 64 женщины без инфекционных патологий, и беременность которых протекала без осложнений. Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета компьютерных программ «MedCalc» 10.2.0.0. и «Microsoft Office Excel». Обработка ре-