

Данные ответы указывают на высокую загруженность и переживания студентов, которые истощают их и препятствуют личным увлечениям и хобби. Это может привести к хроническому стрессу и апатии обучающихся.

Также мы получили следующие результаты, узнав у студентов, как часто они срываются на близких из-за стресса: лишь 48 человек (18,7 %) делают это часто, 124 студента (48,2 %) делают это редко или почти никогда (79 студентов, 30,7 %). Причем мужчины делают это реже (1,76), чем женщины (2,06; $p = 0,0014$).

В процессе изучения мы сделали вывод, что синдром эмоционального выгорания интенсивнее выражен в возрастной группе «21–30 лет».

Выводы

Синдром эмоционального выгорания – довольно распространённый феномен, который характерен для лиц любого возраста и пола. Эмоциональное истощение влияет на учебную деятельность, что сказывается на успеваемости студентов, а также на их психологическом благополучии. Изучив данные анкетирования, мы можем предположить, что повышенная тревожность, нарушения сна, эмоциональное истощение, что характеризует синдром эмоционального выгорания, чаще встречается у женщин, чем у мужчин ($p = 0,003$). Причем интенсивнее они выражены в возрастной группе «21–30 лет». Полученные данные могут быть использованы при проведении психообразовательной работы в учреждениях образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Засеева, И. В. Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации в условиях региона / И. В. Засеева, А. С. Татров // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 6. – С. 184–188.
2. Шустова, М. А. Организационные и психотерапевтические подходы к профилактике эмоционального выгорания медицинского работника / М. А. Шустова // *Психическое здоровье человека XXI века*. – 2019. – С. 238–244.

УДК 616.8-008.64-07-057.875

А. Ю. Дедова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ

Введение

В последние годы отмечается увеличение умственных нагрузок в процессе обучения, которые отражаются в изменениях психоэмоциональной сферы некоторых студентов [1]. Важность выявления депрессивных и тревожных состояний у студентов обусловлена темпом и напряженностью учебной деятельности, что предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к социальным и психологическим изменениям и к стрессу. Так, особенность вузовского обучения, совпадает с возрастом наиболее высокого риска манифестации психической патологии, что, возможно, обусловлено не только биологической природой психических заболеваний, но также значительными стрессовыми нагрузками. Следовательно, актуальным направлением медицины являются психогигиенические исследования студентов и профилактические мероприятия, направленные на предотвращение негативных последствий информационного стресса [2].

Цель

Изучение степени распространенности риска депрессивных состояний среди студентов медицинского, гуманитарного и математического профилей вузов.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы анкеты 60 студентов трех вузов: «Гомельский государственный медицинский университет» (ГГМУ), «Белорусский государственный университет» (БГУ), «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» (БГУИР). Использовалась методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга в адаптации Т.И. Балашовой. Уровень депрессии (УД) по данной методике рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = [(\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{обр}})/80] \times 100,$$

где $\Sigma_{\text{пр}}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям анкеты,

$\Sigma_{\text{обр}}$ – сумма цифр к «обратным» высказываниям.

Согласно шкале Зунге в адаптации Т. И. Балашовой:

УД не более 50 баллов – состояние без депрессии; лица, не имеющие в момент опыта сниженного настроения.

УД более 50 баллов и менее 59 – легкая депрессия ситуативного или невротического генеза; незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения.

УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия; значительное снижение настроения.

УД более 70 баллов – истинное депрессивное состояние; глубокое снижение настроения.

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой группы отсутствие депрессивной симптоматики отмечалось у 10 (50 %) студентов, обучающихся в «Гомельский государственный медицинский университет», у 6 (30 %) студентов, обучающихся в «Белорусский государственный университет» и у 8 (40 %) студентов, проходящие обучение в «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники».

Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза была выявлена у 4 (20 %) студентов из ГГМУ, у 7 (35 %) студентов из БГУ, и у 4 (20 %) из БГУИР.

Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия отмечалась у 5 (25 %) студентов обучающихся в ГГМУ, у 5 (25 %) студентов обучающихся в БГУ, и у 4 (20 %) студентов обучающихся в БГУИР.

Истинное депрессивное состояние, глубокое снижение настроения было выявлено у 1 (5 %) студента из ГГМУ, у 2 (10 %) студентов обучающихся в БГУ, и у 4 (20 %) студентов из БГУИР.

Среднее значение по исследуемой методике Зунга в адаптации Т. И. Балашовой:

1. Для студентов обучающихся в «Гомельский государственный медицинский университет» – $51,375 \pm 2,39$ балл.

2. Для студентов обучающихся в «Белорусский государственный университет» – $55,437 \pm 2,93$ баллов.

3. Для студентов обучающихся в «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» – $58,875 \pm 4,1$ баллов.

Выводы

Исходя из проведенного анализа, можно сделать вывод о том, что студенты из «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники» (математический профиль) имели средний балл по исследуемой шкале больше, чем студенты из «Белорусский

государственный университет» (гуманитарный профиль) и «Гомельский государственный медицинский университет» (медицинский профиль) ($p < 0,05$). А наименьший средний балл по исследуемой шкале отмечался у студентов медицинского профиля. Следовательно, студенты математического профиля более склонны к депрессивным состояниям, чем студенты гуманитарного и медицинского профиля. Также об этом свидетельствует выявление истинного депрессивного состояния – 4 (20 %) студента, обучающихся в БГУИР.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов, Д. Е. Влияние учебной нагрузки на уровни депрессии и тревоги у студентов вуза / Д. Е. Иванов, Г. Р. Колоколов // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – №59. – С. 634–635.
2. Филиппова, И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде / И. Д. Филиппова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 4. – С. 211–214.

УДК 615.2:616.89-008.441.13-052.6

В. И. Дымович, А. О. Алисейко

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Введение

Синдром отмены алкоголя проявляется такими симптомами как: тревога, возбуждение, непереносимость света и шума, адренергическая гиперактивность (тошнота, дрожь, артериальная гипертензия, тахикардия), развитием делирия. До сегодняшнего дня патогенез делирия остается предметом научного поиска. Считается, что одним из его звеньев является дисбаланс между холинергической и дофаминергической системами, в частности, снижение уровня ацетилхолина и увеличение уровня дофамина [1]. Важным доказательством правильности этой гипотезы является достаточно высокая клиническая эффективность галоперидола – мощного блокатора дофаминергической системы мозга [2].

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» № 99 от 23 августа 2021 года, начальная доза галоперидола, для лечения состояния отмены алкоголя с делирием, составляет от 0,5 мг в легких случаях, до 10 мг в более тяжелых, с последующим добавлением препарата до достижения клинического эффекта [3]. Максимальную суточную дозу галоперидола назвать чрезвычайно сложно: период его полувыведения составляет от 12 до 35 часов, что и является причинами сложности подбора адекватной дозы. Сама по себе интенсивная терапия делирия является независимым предиктором более длительного пребывания пациентов в отделении реанимации и более высокой стоимости его лечения [4, 5]. Ввиду вышеизложенного, анализ медикаментозной терапии пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием, позволит оптимизировать и, в конечном итоге, улучшить результаты их лечения, а также сократить длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Цель

Проанализировать длительность и особенности медикаментозной терапии у пациентов с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая пси-