

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шацберг, А. Ф.* Руководство по клинической психофармакологии / А. Ф. Шацберг, Чарлз де Батиста; пер. с англ.; под общ. акад. РАН А. Б. Смулевича, проф. С. И. Иванова. — 2-е изд., доп. и перераб. — М., 2017. — 656 с.
2. *Машковский, М. Д.* Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — 16-е изд., перераб. и доп. — М.: Новая волна: Издатель Умеренков, 2012. — 1216 с.
3. Abuse and dependence potential for the nonbenzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data / G. Hajak [et al.] // *Addiction*. — 2003. — Vol. 98. — P. 1371–1378.
4. Интернет-источник: <http://present5.com/son-ego-fiziologicheskoe-znachenie-vidy-i-fazy/>. — Дата доступа: 27.02.2019.

УДК 616.891.6:616-089.168.1

**РАЗВИТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
НА ФОНЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ**

Трухан Л. В., Гребенщикова М. В.

Научный руководитель: ассистент *Д. Ю. Лайша*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Предоперационная тревога может значительно повлиять на развитие послеоперационного болевого синдрома. В виду того, что умеренная тревога считается адекватной реакцией человека на предстоящее стрессовое воздействие, каким и является предстоящее оперативное вмешательство. Чрезмерная тревога, может привести к патологическим реакциям, одной из которых может явиться выраженный болевой синдром, что в значительной степени снижает настроение пациента и может влиять на скорость его выздоровления.

Цель

Оценить влияние личностной и ситуационной тревоги на выраженность послеоперационного болевого синдрома у пациентов, перенесших торакальное оперативное вмешательство.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 40 пациентов (16 женщин и 24 мужчины), выполнялась видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) по поводу различной внутригрудной патологии. Возраст пациентов колебался от 17 до 64 лет. Средний возраст $35,6 \pm 9,45$. За час до операции и за 30 мин до премедикации оценка тревоги проводилась следующими опросниками: «Шкала тревоги Спилберга — Ханина», «Шкала Джина Эндикотта», «Шкала тревоги Тейлора». Через 2 дня проводилась повторная оценка послеоперационной тревоги аналогичными шкалами. Уровень боли определялся по вербальной описательной шкале оценки боли.

Результаты исследования и их обсуждение

По шкале Спилберга — Ханина 2 (5 %) пациента испытывали низкую ситуационную тревожность, 20 (50 %) умеренную, 18 (45 %) высокую. Личностная тревога у 2 (5 %) пациентов была низкая, у 30 (75 %) умеренная, у 8 (20 %) высокая. В послеоперационном периоде 36 (90 %) пациентов испытывали боль. 8 человек (20 %) испытывали слабую боль, 24 (60 %) — терпимую, 4 (10 %) — сильную. По шкале Спилберга 2 (5 %) пациента испытывали низкую ситуационную тревогу, 32 (80 %) — умеренную, 6 (15 %) — высокую. 4 (10 %) пациента низкую личностную тревогу, 28 (70 %) — умеренную, 8 (20 %) — высокую. Выявляется зависимость боли от по шкале Спилберга. Пациенты с низким уровнем тревоги испытывали слабую боль. 28 (70 %) пациентов с умеренным уровнем тревоги испытывали терпимую боль, 4 (10 %) — сильную. 16 (40 %) пациен-

тов) с высокой ситуационной тревогой и 10 (25 %) с высокой личностной тревогой испытывали сильную боль. По шкале Джина Эндикотта найдена зависимость уровня боли от качества жизни: люди с высоким качеством жизни испытывали более сильные болевые ощущения, нежели люди с более низким уровнем жизни.

Выводы

В результате исследования установлено влияние предоперационного уровня тревожности на выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Несмотря на преобладание умеренного уровня личностной и ситуационной тревоги, выявлено наличие зависимости между уровнем тревоги и качественной оценкой боли, согласно которой пациенты предадут большее значение непосредственно ситуационной тревоге. Ввиду того, что болевой синдром отмечается как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах, рекомендуется оказывать психотерапевтическое пособие в обоих периодах для профилактики. Это может быть достигнуто путем введения должности психотерапевта для хирургических отделений, либо увеличения количества ставок психотерапевтов в общесоматических стационарах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов, А. В. Психология стресса / А. В. Попов, Л. А. Китаев-Смык. — М.: Наука, 1983.
2. Авдейкин, С. Н. Взаимосвязь дооперационной тревоги с послеоперационным болевым синдромом / С. Н. Авдейкин. — М., 2013.

УДК 612.393.1:378-057.875

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ

Фей Е. В., Харитоненко К. А., Деркач Е. В.

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

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

Введение

Исследователи здоровья студентов в течение последнего десятилетия подтверждают, что алкоголь по-прежнему остается самым распространенным видом аддикций среди студентов, в том числе и медицинских вузов [1, 2]. Этому способствует начало самостоятельной жизни, свобода выбора, традиции, передающиеся между поколениями студентов из года в год [2]. Возможно, что на уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя, влияют условия среды, где обучается студент, социально-психологические особенности каждого конкретного вуза, гендерные отличия [3].

Цель

Сравнить уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя, у студентов различных высших учебных заведений (вузов) г. Гомеля.

Материал и методы исследования

Было проведено скрининговое анонимное тестирование 154 студентов 3 курса учреждений образования: «Гомельский государственный медицинский университет» (ГГМУ, n = 37), «Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины» (ГГУ, n = 45), «Белорусский государственный университет транспорта» (БГУТ, n = 37) и «Гомельский государственный технический университет» им. П. О. Сухого (ГГТУ, n = 35). В исследовании использовался тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [1]. Тест разработан ВОЗ и является стандартом диагностики уровня проблем, связанных с употреблением алкоголя. Его десять вопросов касаются употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев. Стандартная порция алкоголя означает 10 г абсолютного спирта (1 банка пива 330 мл, 1 бокал вина 140 мл, 1 рюмка крепкого алкоголя 40 мл) [1].