

определённым датам, что не даёт возможности принимать во внимание влияние индивидуальных БРС. При этом надо отметить, что в некоторых странах уже активно используют на практике биоритмологический фактор, что позволяет студентам выбирать дату экзамена по дисциплине учебного плана в соответствии с гибким графиком, основываясь на принципе академической свободы. Такой подход позволяет не только более оптимально организовать распределение учебных нагрузок, но и повысить качество образовательного процесса в целом. Следовательно, игнорировать значение и важность влияния биоритмологического фактора на академическую успеваемость студентов было бы нецелесообразно [3, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Повзун, В.Д. Роль учета биоритмов в повышении академической успеваемости студентов университета / В.Д. Повзун, В.В. Апокин, А.В. Сальков // Теория и практика физической культуры. - 2013. - № 4. - С. 86-88.

2. Иванов, В.Д. Влияние биоритмов на физическую и умственную работоспособность студентов / В. Д. Иванов, С. Е. Елизаров, К. М. Кауль // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития: м-лы IV Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 26 февр. 2017 г.) - Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. - С. 10–13.

3. Алешина, Т.Е. Влияние биоритмов на умственную работоспособность / Т.Е. Алешина, А.А. Наумова, Т.А. Наумова // Universum: химия и биология. – 2016. – № 9 (27). – С. 11–13.

4. Шуралева, Е.В. Влияние биологических ритмов на физическую и умственную работоспособность студентов / Е.В. Шуралева, М.В. Славинский, Я.А. Озорнов [и др.] // Научный альманах. – 2015. – № 9 (11). - С. 1068–1072.

ИНСОМНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Королева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

К основным критериям состояния инсомний относят:

- нарушения засыпания и неудовлетворенность качеством сна;
- нарушения процесса засыпания не менее 3 раз в неделю в течение 1 мес;
- психологическое состояние страха и/или озабоченности самими нарушениями сна и его последствиями;
- субъективное плохое самочувствие и нарушение профессиональных и социальных функций в результате нарушений сна;

- физиологический сон состоит в угасании и временном прекращении активной сознательной деятельности, при этом психофизиологическая релаксация имеет разную глубину.

В этот период происходит селекция и усвоение информационного материала, продолжается неосознанная психическая деятельность.

Деятельность мозга ночью составляет важнейший этап фиксации и переработки информации.

Фиксация информации представляет собой перевод ее из кратковременной памяти в долговременную.

Нарушение сна порождает и нарушения обработки конфликтной информации, не устраняя психологических противоречий, приводит к ослаблению интеллектуальной и мнестической деятельности, к эмоциональной неустойчивости, астенизации, обуславливает ускорение дебютов и утяжеление многих психических и соматических заболеваний.

Укорочение фаз медленного сна характерно для астенических состояний психогенного и соматического происхождения.

У многих больных сон с возрастом становится поверхностным, «прозрачным», при этом часто сохраняется тягостное ощущение продолжающейся умственной работы.

Изменения структуры, продолжительности и субъективной удовлетворенности сном относятся к начальным проявлениям церебрального атеросклероза.

Для них наиболее характерно затруднение процесса засыпания. Смена фаз затруднена, сновидения почти не регистрируются.

На фоне снижения уровня сознательной психической деятельности проходит утомительное «прокручивание» пережитых событий, чаще с неприятной эмоциональной окраской, и дальнейшее истощение системы информативной переработки.

На невротической стадии нарушения сна можно рассматривать как облигатное проявление клинической картины данного заболевания и, одновременно, важнейший механизм его прогрессирования.

Неврозоподобные расстройства при атеросклерозе (сопутствующие инсомнии) характеризуются:

- снижением работоспособности (затруднение концентрация внимания, усвоение новой информации или фрагментарное ее восприятие),

- ослаблением репродуктивных мнестических возможностей,
- утратой подвижности, гибкости в межличностных отношениях.

Эмоциональный симптомокомплекс проявляется:

- в неустойчивости настроения с тенденцией к снижению и ипохондричности,
- ранимости, благодушии и инфантильной беспечности,
- личностно-психологической дезорганизации сознания и деятельности-фрустрации в реализации желаний.

Агринические расстройства вследствие общемозговой недостаточности характеризуются следующими особенностями:

- диссоциированностью между субъективной и объективной оценкой качества сна, агипногией,
- изменением структуры сна: снижением общей продолжительности,
- нарушением в чередовании циклов и фаз сна,
- сокращением фазы быстрого сна, заполнением мучительными сновидениями - сценическими непрекращающимися сюжетами,
- перестройкой циркадных соотношений сна и бодрствования: императивной сонливостью при психических нагрузках, парадоксальной сонливостью при невозможности заснуть,
- отсутствием границ между дневным и ночным сном, утренней и дневной сонливостью с частыми короткими засыпаниями,
- увеличением времени засыпания, частыми спонтанными пробуждениями, ночным бодрствованием.

Указанные расстройства поддерживаются и соматоневрологическим неблагополучием.

Бессонница болезненно воспринимается – никталгия при гипертонической болезни:

- характерным является увеличение числа незавершенных ритмов сна при снижении общей продолжительности его;
- несоответствие между характером жалоб и действительным сном, сочетанность нарушений сна с вегетативно-сосудистыми пароксизмами.

Агринический синдром при старческих (инволюционных) психозах в начальный период характеризуется неустойчивыми обсессиями: навязчивыми воспоминаниями, тревогой, страхами на фоне прерывистого, диссоциированного сна.

В последующем эти колебания, как и при церебральном атеросклерозе, сглаживаются, на первый план выступает

психотическая симптоматика, сопровождающаяся стойкими нарушениями сна, монотонным беспокойством, возбуждением.

Естественно, нарушения сна, являющиеся следствием дезорганизации в различных системах мозга (диэнцефальных, стволовых, лимбических) не могут не сопровождаться вегетовисцеральными, сенсомоторными расстройствами.

Агрипнические расстройства чрезвычайно полиморфны, характеризуются тотальной дезорганизацией структуры сна и стойким аффектом страха (изнуряющие сновидения: удушье, преследования, насильственной смерти и т.п.)

Как и цефалгический синдром, нарушения сна не всегда соответствуют тяжести основного заболевания.

По мере прогрессирования заболевания на фоне стойких нарушений сна могут возникать психотические расстройства с возбуждением, ажитацией, сужением сознания.

Неврологические и эмоциональные последствия инсомний: когнитивный дефицит, нарушение концентрации внимания, нарушения памяти, раздражительность, дистресс, нарушения межличностных отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин, Я. И., Ковров, Г. В. Некоторые современные подходы к терапии инсомнии // Я.И.Левин, Г.В.Ковров.-Лечащий врач. – 2003. – № 4.
2. Котова, О. В., Рябоконь, И. В. Современные аспекты терапии инсомнии // О.В.Котова, И.В.Рябоконь.-Лечащий врач. – 2013. – № 5.
3. Бережкова, Л. В. Как избавиться от бессонницы / Л.В.Бережкова. – Санкт-Петербург: Нева, 2003. – 57 с.

ОЖИРЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМ В ТЕРАПИИ

Королева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Можно ли говорить об ожирении как о болезни? Это зависит от определения болезни в целом и от социальной оценки. А социальные и общественные оценки зависят от культуры и цивилизации общества в целом, от духа времени и субъективных и индивидуальных оценок каждого члена общества в отдельности. Объективный же подход к процессам ожирения с медицинской точки зрения, бесспорно говорит, что с ним связано много соматических заболеваний, риск возникновения которых тесно