

обезболивание проводилось неспецифическими противовоспалительными препаратами в сочетании с трамалом и синтетическими антагонистами-агонистами опиатных рецепторов. От назначения наркотических анальгетиков отказались из-за депрессивного действия их на дыхательный центр, способности провоцировать рвоту и спазм желчевыделительного сфинктера.

Таким образом, принятая в стационаре методика отбора больных с высоким риском для плановых ЛХЭ, методы подготовки к операции, анестезиологическое пособие соответствуют степени хирургической агрессии на данном этапе оснащения анестезиологической службы. Однако для дальнейшего расширения показаний к плановому оперативному лечению пациентов пожилого и старческого возраста у больных с сопутствующими органными дисфункциями необходимо внедрение более чувствительных методов диагностики, мониторинга, более управляемых анестетиков, менее агрессивных аппаратов ИВЛ, лифтинговых методов исполнения оперативных вмешательств.

ИЗМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЧАСОВ

Дудинский А.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Балбатун

Индивидуальная минута отражает психофизиологическое состояние организма и ее величина пропорциональна степени эмоционального напряжения. Длительность индивидуальной минуты коррелирует с изменениями сомато-вегетативных показателей и поэтому может использоваться при оценке возможностей адаптации организма. Целью данного исследования являлось изучение изменения длительности индивидуальной минуты при переводе часов с зимнего

на летнее время.

В исследовании приняли участие 36 студентов 2-4 курсов ГрГМУ в возрасте от 18 до 27 лет, не имеющие отклонений в физическом развитии. У всех испытуемых проводили психологическое тестирование. При помощи теста Айзенка (EPI) определяли степень нейротизма и экстра-интраверсии. Длительность индивидуальной минуты определяли по Моисеевой Н.И. (1989 г.). Измерения проводили на протяжении 6-ти недель, в воскресенье, в 8⁰⁰. В последующем производили статистическую обработку результатов: подсчитывали среднее значение показателя и его стандартную ошибку ($M \pm m$), проводили корреляционный анализ.

Длительность индивидуальной минуты до перевода часов составила: 2 недели до перевода часов – $63,9 \pm 2,43$ с; 1 неделя до перевода часов – $63,6 \pm 1,87$ с. Перевод часов вызвал статистически достоверное укорочение индивидуальной минуты до $55,5 \pm 1,53$ с по сравнению с данными 1-ой и 2-ой недель до перевода часов ($p < 0,005$). Затем происходило постепенное восстановление длительности индивидуальной минуты: 1 неделя после перевода часов – $61,1 \pm 1,59$ с; 2 неделя после перевода часов – $61,8 \pm 1,64$ с; 3 неделя после перевода часов – $59,8 \pm 1,44$ с. Обнаружена слабая отрицательная корреляция между степенью экстра-интраверсии испытуемых и длительностью индивидуальной минуты на 3-ей неделе после перевода часов ($r = -0,38$; $p < 0,05$). Не обнаружены достоверные корреляционные связи между степенью нейротизма студентов и изменением длительности индивидуальной минуты при переводе часов.

У взрослых здоровых лиц индивидуальная минута - достаточно стойкий показатель, в то время как у людей с пониженной адаптацией она значительно уменьшается. Например, у суицидентов обнаружены очень низкие значения индивидуальной минуты: от 22 до 35 секунд (Самохина Т.В., 1980). Низкие величины индивидуальной минуты

выявлены также у людей с проявлениями напряжения адаптации и, особенно, с начальными признаками срыва адаптации, у лиц со стойкими системно-деструктивными расстройствами (онкология, ишемическая болезнь сердца). Таким образом, нарастание тревожности ведет, как правило, к укорочению индивидуальной минуты, переоценке времени. Учитывая выраженное, статистически достоверное укорочение индивидуальной минуты сразу после перевода часов с зимнего на летнее время, можно утверждать, что перевод часов вызывает развитие десинхроноза и повышение напряженности функционирования организма. Измерение длительности индивидуальной минуты может использоваться в качестве критерия оценки степени развития десинхроноза при переводе часов и планировании возможных профилактических мероприятий.

НАРУШЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра биохимии

Научный руководитель – к.м.н., доцент А. А. Масловская

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) составляют до 50 % от всех травм среди населения трудоспособного возраста. Для клиницистов главным (часто субъективным) критерием оценки степени тяжести ЧМТ является длительность потери сознания. Вместе с тем, клиническая картина ЧМТ и состояние пациента могут не отражать тяжести имеющихся повреждений. Тем не менее, ЧМТ сопровождается существенными повреждениями нейронов и нарушением их функций, как на уровне психической деятельности человека, так и на уровне вегетативных расстройств. В связи с этим для оценки тяжести поражения головного мозга при ЧМТ актуальным является поиск