

синдром двигательных нарушений был выявлен у 10 (18 %) детей. Практически во всех случаях неврологическая симптоматика характеризовалась симптомами гипотонии и гипорефлексии.

Со стороны сердечно-сосудистой системы чаще всего были выявлены функционирующие фетальные коммуникации — 35 (53 %) новорожденных. У 8 (12 %) детей были диагностированы врожденные пороки сердца, малые аномалии развития сердца наблюдались у 22 (32 %) новорожденных.

Более частое и длительное течение неонатальных желтух в ряде случаев связывают с общим состоянием здоровья и питания беременных женщин, а так же с неблагоприятным воздействием внешне средовых факторов. Проведенный нами анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей и структуры экстрагенитальной патологии выявил значительные отклонения здоровья женщин, а также патологию течения беременности и родов. Наиболее часто отмечались инфекции мочеполовой системы (в том числе кольпит, сифилис и т. д.), которые были выявлены у 32 (38 %) женщин, эрозия шейки матки у 10 (12 %) женщин. Угроза прерывания беременности в I, II, III триместрах наблюдалась у 24 (29 %) женщин. 23 (27 %) женщины перенесли острые респираторные заболевания в различные сроки беременности. Экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, вегетативная дисфункция, хронический гастрит, анемия и т. д.) отмечались у 20 женщин. Патология родов (преждевременное излитие околоплодных вод, тугое обвитие пуповины, узлы пуповины и т. д.) была выявлена у 17 (20 %) женщин.

#### **Выводы**

Проведенными исследованиями установлено, что неонатальные желтухи чаще всего развивались на 2–3 сутки жизни и носили, в основном, конъюгационный характер. Гипербилирубинемия сопровождалась проявлениями гипоксии и интоксикации, обусловленными внутриутробными инфекциями, в первую очередь врожденной пневмонией. У значительного числа детей токсическое действие непрямого билирубина проявлялась в виде энцефалопатии токсикогипоксического генеза. Развитию неонатальных желтух в значительной мере способствовали экстрагенитальная патология и неблагоприятный акушерско-гинеко-логический анамнез матерей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дементьева, Г. М. Профилактика нарушений адаптации и болезней новорожденных: лекция для врачей / Г. М. Дементьева, Ю. Е. Вельтишев. — М., 2003. — 75 с.
2. Володин, Н. Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики / Н. Н. Володин, А. В. Дегтярева // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 5. — С. 18–23.
3. Болезни печени и желчевыводящих путей : рук-во для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: М-вести, 2002. — 416 с.

УДК 612.821.33:057.34

## **ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ СТУДЕНТОВ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ**

*Атдаев Н. Ч.*

**Научный руководитель: ассистент Н. Ю. Бондаренко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Восприятие времени у человека не является врожденным. С формированием личности ребенка, с возникновением и развитием самосознания начинается этап осознания человеком течения времени своей жизни.

Работа «внутренних часов» отражает активность физиологических процессов, а также зависит от особенностей высшей нервной деятельности (уровня тревоги).

Внутренний отсчет отрезков времени лежит в основе чувства временной пунктуальности, необходимого для успеха и результативности многих видов деятельности (учебная

деятельность, работа врача), требующих разнообразных проявлений рассудочного и эмоционального характера [1].

Высокая точность восприятия времени необходима студентам, вовлеченным в процесс обучения, поскольку замедленное или ускоренное течение индивидуального времени препятствует усвоению новой информации, рассматриваемой на занятиях.

В любой популяции можно выделить как минимум три типа особей:

- 1) индивидуальная минута (ИМ) близка к астрономическому времени;
- 2) ИМ недооценивается;
- 3) ИМ переоценивается [2].

### **Цель**

Проанализировать особенности восприятия ИМ у студентов в момент сдачи зачета и во время учебной разгрузки (перерыва).

### **Материал и методы исследования**

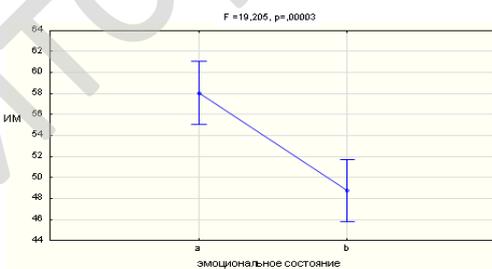
Оценку индивидуального восприятия времени у студентов 2 курса ГомГМУ проводили в момент сдачи зачета и во время учебной разгрузки. Общее количество испытуемых ( $n_{\text{общ.}}$ ) — 60 человек.

В ходе определения ИМ без внутреннего счета времени (ИМб/с) в период учебной разгрузки испытуемого усаживали на стул, добивались спокойного сосредоточенного состояния — без учащенного сердцебиения, повышенного эмоционального фона или физической активности. Экспериментатор присаживался напротив, включал секундомер и сообщал испытуемому, чтобы тот голосом дал команду прекратить отсчет времени («Стоп!») спустя одну минуту с момента запуска секундомера. При этом испытуемым запрещается отсчитывать секунды «про себя». Результат теста регистрировали на секундомере.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Как показал опыт, ИМб/с студентов зависит от уровня тревожности. В спокойном эмоциональном состоянии (тестирование проводили в незачетный день, на перерыве) ИМ близка к астрономическому времени (среднее значение ИМ = 58 с) — внутренние часы хорошо работают. Однако перед сдачей зачета (за 5 минут до его начала) ИМ недооценивалась (среднее значение ИМ = 49 с).

Визуализация результатов дисперсионного анализа представлена на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Значение средних показателей двух выборок**

**Примечание:** выборка а — спокойное эмоциональное состояние; выборка б — состояние стресса

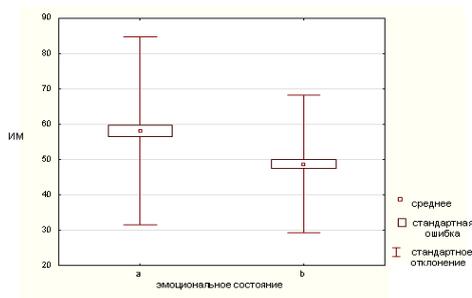
Различие между средними двух выборок оценили с использованием однофакторного дисперсионного анализа в модуле ANOVA One-way пакета «Statistika» 6.0. F-критерий показывает, что различие между средними величинами ИМб/с статистически значимо (на уровне 0,0003, то есть меньше, чем критическое значение 0,05) с вероятностью 99,9 %.

Ошибка среднего выборок примерно одинакова (1,7 и 1,3), однако выборка б более стандартизирована — меньше стандартное отклонение и дисперсия выборки (таблица 1).

**Таблица 1 — Результаты статистической обработки полученных данных**

Уровень тревожности	Среднее	Стандартная ошибка	Стандартное отклонение	Дисперсия выборки
Эмоциональное спокойствие (а)	58	1,7	13,3	176
Стресс (б)	49	1,3	9,7	94

Визуализация статистических параметров двух факторов представлена на рисунке 2.



**Рисунок 2** — Показатели стандартной ошибки и стандартного отклонения в двух выборках  
*Примечание:* выборка **а** — спокойное эмоциональное состояние; выборка **б** — состояние стресса

### **Выводы**

Встревоженное состояние нервной системы студентов (неосознанное дерганье ног, сухость во рту, покраснение кожи лица) отразилось на большей скорости течения времени. После проведения опыта студенты признались в том, что время перед сдачей зачета «бежало», поэтому ИМ укорачивалась. Тревожное состояние повлияло на укорочение ИМ, а также отразилось на результатах сдачи зачета. Студенты, чья ИМ была близка к астрономической, имели лучшие результаты (оценки) в день сдачи зачета. Проведенный опыт доказал, что чем точнее восприятие времени, тем успешнее деятельность.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ковалев, В. И. Категория времени в психологии (личностный аспект) / В. И. Ковалев // Категории материалистической диалектики в психологии. — М.: Наука, 1988. — С. 216–230.
2. Элькин, Д. Г. Восприятие времени / Д. Г. Элькин. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1962. — 312 с.

**УДК 616.36-002-004**

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ (АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ + ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ) У УМЕРШИХ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

*Байдак Е. И.*

**Научный руководитель: ассистент И. Ф. Шалыга**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В 1819 г. Лаэннек впервые описал клиническую картину заболевания, сопровождающегося резким уменьшением размеров печени (как терминальная стадия хронического алкогольного поражения печени), и предложил термин «цирроз печени» («рыжая печень»). Долгое время различали два вида цирроза: атрофический цирроз печени Лаэннека и гипертрофический цирроз Гано. На вирусную этиологию цирроза впервые указал Мэллори в 1911 г. В экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14–30 случаев на 100 тыс. населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 20 лет отмечается непрерывный рост смертности от этого заболевания. В США смертность от цирроза печени.

При циррозе печени отмечается диффузное нарушение архитектоники печени. Паренхима органа пронизана большим количеством узелков(регенератов), состоящих из гепатоцитов и отделенных друг от друга неравномерными и анастомозирующими прослойками фиброзной ткани. И узелки, и фиброзные прослойки имеют различные величину и толщину в зависимости от формы цирроза. Все это является результатом воспалительной реак-