

благоприятное состояние систолического выброса. Такие же результаты были получены при изучении систолического объема крови, который уменьшался.

В меньшем числе случаев отмечено повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Это благоприятный анаболический вариант метаболизма и экономный режим функционирования, свидетельствующий о том, что организм адаптировался к условиям экзаменационной сессии.

Наблюдались признаки рассогласования в деятельности висцеральных систем, о чем свидетельствовало уменьшение коэффициента Хильденбранта. Такое состояние было типичным для абитуриентов.

Уровень гемодинамической нагрузки на ССС до начала экзаменационной сессии был средним, а перед экзаменом и после него – низкий. Результаты указывали на ослабление сердечной мышцы под влиянием интенсивной эмоциональной нагрузкой. Об этом мы судили по индексу Робинсона.

Перед экзаменом коэффициент экономичности кровообращения увеличивался у абитуриентов на 56%, у студентов – на 52%. Результаты убеждали в том, что эмоциональный стресс приводил к перестройке центрального кровообращения за счет повышенного расхода резервов организма. Возрастало пульсовое и среднее давление в большей мере у абитуриентов.

При анализе состояния менструального цикла установлено, что изменения сводились к нарушению ритма, продолжительности менструации и уменьшению количества выделявшейся крови. Такие изменения отметили 26,4% опрошенных студентов. Большинство из них составляли бывшие абитуриентки.

Обсуждение результатов. установлено, что во время экзаменационных сессий возникает эмоциональное напряжение, которое характеризуется комплексом вегетативных перестроек, зависящих от вероятностного прогноза ожидаемой оценки, степени подготовленности к экзамену и его результата. По этой причине изменения были большими у абитуриентов. Выявлена четкая множественная корреляция между характером прогноза ожидаемого на экзаменах результата и изменением физиологических показателей. Вероятностное прогнозирование экзаменационной оценки проявляется одновременно в деятельности различных функциональных систем организма, определяет адаптационные реакции в предэкзаменационный период и вместе с полученной оценкой влияет на процесс нормализации функционального состояния после экзамена.

Практическая значимость работы сводится к совершенствованию учебного процесса с целью оптимизации психоэмоционального состояния студентов и снижения уровня ситуационной тревоги, так как эмоциональные напряжения не проходят бесследно для здоровья студентов. Работа имеет и теоретическое значение, которое сводится к расширению представлений о происхождении эмоций.

Практическая значимость работы сводится к совершенствованию учебного процесса с целью оптимизации психоэмоционального состояния студентов и снижения уровня ситуационной тревоги. Теоретиче-

ское значение - состоит в расширении представлений о механизме развития эмоций.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ БОРЬБЫ С ЭНДОТОКСИКОЗОМ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Фурсов С.А., Наров Ю.Э.,
Любарский М.С., Морозов В.В.
*Институт клинической и
экспериментальной лимфологии,
Новосибирск*

Перспективным направлением коррекции эндотоксикоза у онкологических пациентов на фоне проведения полихимиотерапии (ПХТ) является моделирование функций лимфатической системы, поскольку именно начальные отделы лимфатической системы являются «первым барьером организма». Целью настоящего исследования являлось создание технологии, которая одновременно обеспечивала бы потенцирующее воздействие на дренажно - детоксикационную функцию лимфатической системы, профилактику гнойно-воспалительных осложнений после радикального хирургического лечения по поводу рака толстой кишки и надежное купирование эндотоксикоза на фоне проведения ПХТ.

В качестве компонентов комбинированной схемы ведения послеоперационного периода у больных с колоректальным раком на фоне проведения ПХТ нами были выбраны межкостистая лимфотропная антибактериальная терапия (МЛАБТ), обеспечивающая введение в лимфатическую систему антибактериального препарата с последующим воздействием на лимфатический дренаж, и энтеросорбция как наиболее легко воспроизводимый метод детоксикации.

Под наблюдением находились 28 пациентов с колоректальным раком в возрасте 48-76 лет (в среднем 60,3 года), которым после радикального оперативного вмешательства проводилась адьювантная ПХТ по схеме: лейковорин + 5-фторурацил. 13 пациентам контрольной группы лечение проводилось по традиционной схеме (инфузионная, антибактериальная, метаболическая терапия). 15 пациентам основной группы традиционная терапия была дополнена назначением энтеросорбента «Энтеросгель» (суточная доза 45 г в 3 приема, продолжительность курса – 14 дней, начиная с первого дня ПХТ) и МЛАБТ (курс инъекций 1 г цефтриаксона в составе лимфотропной смеси в межкостистую связку позвоночника на уровне Th 9 – L 1 N3).

Клинические симптомы интоксикации, связанной с проведением ПХТ, при применении комбинированной схемы лечения не наблюдались в 20% случаев, а у большинства пациентов (66,7%) относились к проявлениям легкой степени. По сравнению с данными контрольной группы частота появления тошноты (рвоты) была ниже в 3 раза, астении – в 2,4 раза, диареи – в 2,9 раза, лихорадки – в 3 раза. Гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде у пациентов основной группы не наблюдалось, тогда как в контрольной группе у 23,1 % паци-

ентов наблюдалась длительная лихорадка (не связанная с введением цитостатиков), у 15,4 % имело место появление инфильтрата послеоперационной раны. Клинические данные, полученные в основной группе, соответствовали наблюдаемым изменениям лабораторных показателей - не было выявлено достоверной динамики биохимических маркеров эндотоксикоза (ферментемии, билирубинемии, концентрации среднемолекулярных пептидов и мочевины), на фоне лечения к 3-м суткам от начала ПХТ отмечалась нормализация содержания общего белка и альбумина, достоверно не изменились показатели красной крови, не отмечалось лейкопении (уменьшение количества лейкоцитов составило 49,7 % от исходной величины), соотношение клеточных элементов в лейкоцитарной формуле нормализовалось (исходно наблюдались относительная лимфопения и относительный нейтрофилез, после завершения курса ПХТ было отмечено повышение количества лимфоцитов на 77,7 %, моноцитов - на 77,9 %, снижение числа палочкоядерных нейтрофилов на 180,2 %, сегментоядерных нейтрофилов на 14,1 %). Соответственно, снизилась величина лейкоцитарного индекса интоксикации на 150,0 % от исходных данных, гематологического показателя интоксикации - на 175%.

Таким образом, методика сочетанной сорбционной и лимфотропной коррекции эндотоксикоза при раке толстой кишки на фоне адьювантной ПХТ обеспечивает улучшение качества жизни пациентов во время лечения и является надежным способом профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

Хвостова С.А.

*ГУ РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А.Илизарова,
Курган*

Психологическое состояние 280 людей (возраст 70-80 лет) с переломами, как следствием остеопороза, мы изучали по тесту Кэттелла-16РРГ, так как он рассчитан на выявление функциональных изменений, которые возникают в процессе лечения больных. Установивали также черты характера, интеллектуальные и эмоционально-волевые (Кэттелл) особенности больных. Использовали также вопросник ЕРІ Айзенка (1963). Тесты Айзенка и Кэттелла дополняют друг друга, располагаясь на разных уровнях обобщенности. Для оценки состояния личности в динамике лечебного процесса применяли опросник ММРІ. Диагностику реального и идеального "Я", межличностных отношений больных между собой и медицинским персоналом, поведение в группе (палате), отделения, формы реакции в конфликтных ситуациях, проводили по методике Т.Лири (1954). Мнение испытуемого о себе и его представление о том, каким его видят другие, определяли по тесту "Q - сортировка". Выявляли акцентуации личности больных и особенности реакции в трудных ситуациях (тест Х.Шмишека). Применяли тесты на выявление уровня тревожности (Спил-

бергер-Ханин), одиночества (Рассел, Пепл, Фургюсон), стиля поведения и личностной предрасположенности к конфликтному поведению (опросник К.Томаса). Для оценки отношений между родителями и детьми был выбран тест Я.А. Варга и В.В. Столина.

Непосредственно после наложения аппарата больные переживали состояние эмоциональной нестабильности. Характерна нетерпеливость и плохая переносимость ожидания, раздражительность и несдержанность. Все это говорило о заниженности субъективной оценки своих возможностей. Преобладало состояние внутреннего напряжения, подозрительность и раздражительность, неуступчивость, своенравность и недоверчивость. Отмечена фиксация внимания на неудачах, осторожность в поступках и эгоцентризм. Больные вели себя беспокойно, были полны тревоги, страха перед дальнейшей судьбой, подавлены, ранимы, погружены в раздумья. Отмечена подозрительность к новым людям, склонность к морализации. Больные самолюбивые, контролировали свои эмоции и поведение, проявляли активность несмотря на быструю утомляемость.

Больным остеопорозом без переломов присуща умеренная выраженность (39±3 балла) личностной тревожности. В группе с переломами уровень ситуационной тревоги - высокий (42,6±3,9 балла). Ситуационная тревога включала все элементы от ощущения внутренней напряженности до тревожно-боязливой возбудимости. Она проявлялась озабоченностью, нервозностью, беспокойством и напряжением. Лечение становилось основным о чем думали больные, преобладающим в переживаниях. Особенно существенными были слова "операция", "аппарат", "сращение", "костная мозоль".

В начале лечения тревожность высокая для нее было характерно беспокойство за ход регенерации и лечения в целом, сомнения в возможностях своего организма, снижение претензий и побуждающих к действию мотивов в структуре личности. Завышенная оценка своих требований часто служила в палате источником дополнительной эмоциональной напряженности и длительных отрицательных эмоций. Эффективными словесными раздражителями в этот период были: "нормальная" или «ослабленная регенерация», "ремонт аппарата" и "удаление спиц". Наиболее распространенным вариантом ответа на все значимые раздражители являлись слова "снятие аппарата", «восстановление функции».

Высокий уровень тревоги после травмы сопровождался адаптационными нарушениями в виде изменения поведения и фрустрационных реакций. В это время больные часто берут вину на себя, но при этом ищут и оправдания. Такая реакция свидетельствует о слабом "Я", отсутствии умения найти адекватный выход из трудных ситуаций, когда больному трудно переносить состояние фрустрации без снижения уровня своего психического состояния, что находит отражение в вербальных и поведенческих реакциях.

Динамика тревожности свидетельствовало о возможном влиянии ее на включение адаптационных механизмов и повышение интенсивности их действия, улучшение сбалансированности за счет изменения поведения.