

**ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**



Научно-образовательный центр «Молодежная наука»

Региональное отделение МОО

**«Федерация представителей молодежных
научных обществ медицинских вузов»**



**80-я итоговая студенческая
научно-практическая конференция
с международным участием,
посвященная 90-летию со дня рождения
профессора Н.С. Дралюк
«Фестиваль молодежной науки – 2016»**

Сборник материалов

**Красноярск
2016**



Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации



НОЦ «Молодежная наука»
Региональное отделение МОО
«Федерация представителей молодежных
научных обществ медицинских вузов»

**80-я итоговая студенческая
научно-практическая конференция
с международным участием,
посвященная 90-летию со дня рождения
профессора Н.С. Дралюк,
«ФЕСТИВАЛЬ МОЛОДЕЖНОЙ НАУКИ-2016»**

- входит в план наиболее значимых мероприятий
образовательной и воспитательной направленностей
в образовательных организациях, находящихся в ведении
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
- является аккредитованным мероприятием предварительного
отбора на программу «УМНИК-2016»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Красноярск
2016

УДК 61(063)
ББК 5
С 30

«Фестиваль молодежной науки-2016» (80-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Н.С. Дралюк) Красноярск, 18-22 апреля 2016г.: Сборник материалов. – Красноярск: КрасГМУ, Версо, 2016. – 572 с.

ISBN 978-5-94285-157-6

Ответственный редактор:

И.П. Артюхов – доктор медицинских наук, профессор, ректор КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Редакционная коллегия:

М.М. Петрова – доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Е.Ю. Можейко – доктор медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, руководитель научно-образовательного центра «Молодежная наука»

Н.А. Малиновская – доктор медицинских наук, профессор кафедры биологической химии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, руководитель научно-образовательного центра «Молодежная наука»



***Глубокоуважаемые коллеги!
Дорогие друзья!***

Студенческое научное общество существует в Красноярском государственном медицинском университете имени профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого с момента его основания, а первая студенческая научная конференция организована в 1943 г.

Каждый студент, занимающийся в студенческом научном кружке, формирует «золотой» кадровый резерв, от которого зависит будущее университета, науки и практического здравоохранения города Красноярска и Красноярского края.

Ежегодные итоговые конференции стали доброй и ценной традицией, позволяющей ещё в студенческие годы молодому исследователю проявить себя, а профессорам по достоинству оценить огромный студенческий потенциал будущих высококвалифицированных специалистов.

Конференции в полной мере охватывают множество проблем клинической и фундаментальной медицины, ставят перед студентами и их руководителями всё новые и новые цели и задачи, способствуют неуклонному прогрессивному развитию медицинской науки. Новые идеи, мысли, планы и перспективы дальнейшего развития медицины, которые закладываются именно молодыми людьми и составляют основу нашего будущего.

Ректорат и профессорско-преподавательский состав КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого поздравляет всех участников и гостей из других городов России и зарубежья 80-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Н.С. Дралюк, Фестиваля молодежной науки-2016, и желает вам удачи, успехов во всех начинаниях, стремлениях и достижения цели, сочетания научных достижений и практической медицины.

*Ректор Красноярского государственного
медицинского университета
имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
доктор медицинских наук, профессор*

Иван Павлович Артюхов



Профессор
Нина Семеновна Дралюк
(01.01.1926-29.03.2014 гг.)

Нина Семеновна Дралюк профессор кафедры нейрохирургии, почетный профессор Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, основатель нейрохирургической службы в Красноярском крае.

Н.С. Дралюк Заведовала кафедрой общей хирургии с 1973 по 1980 годы. Необходимо отметить, что Н.С. Дралюк уделяла огромное значение нейрохирургии, которая в то время рассматривалась в структуре общей хирургии. В 1980 году профессор Н.С. Дралюк способствует разделению нейрохирургии и общей хирургии и созданию отдельной кафедры нейрохирургии, и становится заведующей кафедрой нейрохирургии Красноярского государственного медицинского института. В институте Н.С. Дралюк прошла путь от ассистента до заведующего кафедрой. Вначале – ассистент кафедры госпитальной хирургии, затем, доцент этой же кафедры. В 1964 г. в г. Алма-Ате защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Диагностическое и прогностическое значение изменений сердечнососудистой системы при так называемой «легкой» закрытой травме головного мозга». В 1971 году в г. Ленинграде защитила докторскую диссертацию на тему: «К обоснованию длительной интракаротидной инфузии и регионарной перфузии в лечении тяжелых воспалительных заболеваний мозга и оболочек». За период заведования (1972-1980 гг.) под ее руководством сотрудниками кафедры была проделана большая работа по становлению хирургической и нейрохирургической службы во вновь открывшейся многопрофильной больнице скорой медицинской помощи. Нина Семеновна Дралюк является основателем нейрохирургической службы Красноярского края и кафедры нейрохирургии, которой заведовала с 1980 по 1990 годы. На протяжении 37 лет она являлась главным нейрохирургом Красноярского края - с 1957 по 1990 год. Нина Семеновна – почетный профессор КрасГМУ. Нине Семеновне Дралюк принадлежит создание метода длительной интракаротидной инфузии при различных заболеваниях и травмах головного мозга. Метод после тщательного экспериментального исследования (1964-1965 гг.) был внедрен в практику и широко применяется во многих клиниках по настоящее время. Н.С. Дралюк – автор около 200 печатных работ, двух монографий и 8 учебно-методических пособий по различным разделам нейрохирургии. Под ее руководством защищены 3 кандидатские и одна докторская диссертации. Основное научное направление: изолированные и сочетанные черепно-мозговые травмы, нейроонкология. Н.С. Дралюк награждена знаком «Отличник здравоохранения» (1954 г.), является кавалером ордена Трудового Красного Знамени (1981 г.), награждена медалями, в том числе – медалью «За освоение целинных земель», почетными грамотами. Лауреат Международной премии «Профессия - жизнь» в номинации «Династия врачей».

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИХЕНОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ ЛЕНТОЧНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ВЫСОКОЙ АНТРОПОГЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Е.С. Аверчук

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

доц. Дегерменджи Н.Н.

Сегодня железнодорожный транспорт играет исключительно важную роль. Около 75 % общих перевозок грузов и 40 % перевозок пассажиров осуществляется именно по железным дорогам. Основными видами влияния железнодорожного транспорта на окружающую среду являются выбросы твердых, жидких и газообразных веществ. Атмосферные выбросы предприятий железнодорожного транспорта содержат твердые вещества органического и неорганического происхождения: пыль, сажа – 50 %, окись углерода – 23 %, диоксид серы – 22 %, диоксид азота – 3 %, прочие (пары кислот и щелочей, фтористые соединения, углеводороды, сероводороды, ацетон, пары бензина, аммиак) – 2 % [2 – 4]. У населения, проживающего в условиях непосредственной близости к железной дороге, развиваются различные патологии систем органов, снижается жизнеспособность. Наибольшую опасность для здоровья человека представляют тяжелые металлы, которые характеризуются высокой химической активностью и способны накапливаться в биологических средах. Также представляют опасность поллютанты воздушного бассейна, поскольку при вдохе сразу попадая в кровоток, разносятся по всему организму.

Для научного обоснования организации и проведения профилактических мероприятий, возникновения различных патологий систем органов, прогнозирования их распространения и смертности населения, проживающего в непосредственной близости к крупным железнодорожным узлам, возникает необходимость поиска эффективных индикаторов среды, поскольку технические средства, которые являются сложными в эксплуатации и с высокой себестоимостью, могут обеспечить получения лишь количественных показателей содержания загрязняющего вещества в окружающей среде, без учета биологического эффекта целых групп поллютантов. Известно, что растения являются очень удобными индикаторами состояния окружающей среды, но в местах, где распространения высших сосудистых растений может быть лимитировано различными физическими факторами (вибрация, постоянные механические повреждения, отсутствие подходящего субстрата для роста), следует обратить внимание на такую группу организмов, как лишайники, которые способны заселять места непригодные для нормального существования высших растений. Использование лишайников, в качестве таких биомаркеров состояния окружающей среды, эффективно и удобно, поскольку благодаря своей биологии и физиологии, они способны выдерживать высокие концентрации поллютантов в атмосферном воздухе. Способность лишайников к долгому росту, а также произрастать в экстремальных условиях позволяет индизировать состояние среды в течение длительного времени и проследить динамику процессов загрязнения.

С целью изучения влияния крупных железнодорожных узлов и железнодорожных станций на формирование и состояние лишайнофлоры нами были обследованы станции, которые различаются по степени нагрузки железнодорожным транспортом и прессингом на окружающую среду. Станция «Красноярск» (ст. 1), г. Красноярск, характеризуется наибольшей интенсивностью движения железнодорожного транспорта и является, при этом, живой транспортной магистралью междугородного и местного значения. Постоянные транспортировки через станцию углеводородного сырья ведут к загрязнению окружающей среды, а так как станция имеет много тупиковых ответвлений для отстоя большого количества вагонов, загрязнение среды имеет хронический характер. Станция «Красноярские столбы» (ст. 2) – имеет, сравнительно, гораздо меньший поток транспорта и располагается в жилом массиве поселка Лалетино, г. Красноярск.

Анализ лишайников проводили по видовому составу, типу слоевища, а также по реакции на главные абиотические факторы: кислотность субстрата, освещенность, увлажнение субстрата.

В результате проведенных исследований нами было установлено, что наиболее распространенным представителем отдела Lichenophyta на обеих исследуемых территориях является вид *Lecanora dispersa* (Pers.) Sommerf., что является типичным для антропогенно трансформированной среды. Данный лишайник был найден нами на бетонных столбах и других подобных конструкциях, расположенных как вдоль железнодорожного пути, так и на некотором расстоянии от нее. При камеральной обработке [1] собранного материала было выявлено, что основу лишайнофлоры обеих станций составляют виды семейства Lecanoraceae Koerb.: *L. dispersa*, *Candelariella vitellina* (Hoffm.) Müll. Arg.. Видовой состав лишайников ст. 1 насчитывает 4 вида: к вышеперечисленным добавляются еще *Scoliosporum chlorococcum* (Graewe in Stenh.) Vezda, *Physcia adscendens* (Fr.) H. Olivier.). К видовому составу ст. 2 добавляются еще *L. muralis* (Schreb.) Rabenh., *Xanthoparmelia somloensis* (Gyeln.) Hale, *Parmelia sulcata* Taylor, *Caloplaca grimmiae* (Nyl.) H. Olivier, *Xanthoria elegans* (Link) Th. Fr., *X. parietina* (L.) Th. Fr.. Анализ лишайников по типу слоевища показал, что на ст. 2 листоватых лишайников больше (*X. parietina*, *X. elegans* и *L. muralis*),

чем на ст. 1, где было найдено *Ph. adscendens*, произрастающий на стволах деревьев, высаженных как санитарно-защитная полоса вдоль железнодорожного пути на противоположном от станции стороне. Распределение видов лишайников по реакции на главные экологические факторы показало, что наиболее распространенными экогруппами являются гелиофиты, ксерофиты и инцертофилы, насчитывающие по 4 вида каждая.

Дальнейшее исследование особенностей формирования лишайнофлоры в местопроизрастаниях, испытывающих разную антропогенную нагрузку, поможет установить причинно-следственную связь между видовым составом лишайниковых синузид и степенью техногенного загрязнения окружающей среды, а далее определить эффективные методы лишайноиндикации.

616.248+616-056.52/6

ОСОБЕННОСТИ ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СИНТРОПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Р.А. Адамян, В.С. Зеленская, М.М. Локтионова, С.С. Втюрина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

д.м.н., проф. И.В. Демко, к.м.н., д.м.н., доц. Е.А. Собко, к.м.н., асс. И.А. Соловьева

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний. На сегодняшний день в мире установлены данные, как о росте заболеваемости бронхиальной астмой, так и о значительном распространении ожирения [1]. На фоне большого количества исследований, посвященных различным аспектам патогенеза эндотелиальной дисфункции при ожирении, имеется ограниченное число работ по комплексной оценке влияния БА и ожирения на состояние кардиореспираторной системы [2,3].

Цель исследования: изучение взаимосвязи клинико-функциональных показателей и уровня адипокинов в периферической крови и их роль в формировании эндотелиальной дисфункции при синтропии БА и алиментарного ожирения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 150 человек: 110 больных БА различной степени тяжести вне обострения заболевания, группу контроля составили 40 относительно здоровых добровольцев. С учетом индекса массы тела (ИМТ) больные были распределены на 2 группы: в 1-ю группу включены больные БА с ИМТ менее 25 кг/м² (n=56), во 2-ю группу вошли больные БА с ИМТ 30 кг/м² и более (n=54).

У всех пациентов с ИМТ>30кг/м² отмечалось абдоминально-висцеральное ожирение (отношение ОТ/ОБ более 0,85 у женщин и более 1,0 у мужчин) [5]. Параметры функции внешнего дыхания регистрировали на аппарате общей плетизмографии «ErichEger» (Германия). Состояние бронхиальной проходимости оценивали методом спирометрии с бронходилатационным тестом. Сосудодвигательная функция эндотелия исследовалась линейным датчиком с фазированной решеткой и частотой сканирования 7 МГц на плечевой артерии (ПА) на ультразвуковом аппарате Vivid™-S6 (GS Healthcare Ultrasound, Freiburg, Germany) по методике, основанной на измерении диаметра сосуда и скорости кровотока в периферических сосудах и описанной Celermaier D.S. и соавторами [4]. Биохимическое исследование плазмы крови с определением липидного профиля на биохимическом анализаторе HITACHI-512. Определение содержания лептина и адипонектина, растворимой формы сосудисто-клеточной молекулы адгезии типа 1 - sVCAM в плазме периферической крови производили методом твердофазного иммуноферментного анализа eBioscience (USA). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ IBM SPSS Statistics 19.

Результаты и обсуждения. При синтропии БА и алиментарного ожирения даже в молодом возрасте и при меньшей длительности заболевания чаще встречаются больные со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. (Таблица № 1)

Таблица 1

Сравнительная характеристика больных бронхиальной астмой по степени тяжести

Степень тяжести БА	1-я группа (ИМТ<25 кг/м ²)	2-я группа (ИМТ>30 кг/м ²)
БА легкое течение	13 / 29,5%*	1 / 2,1%
БА средней тяжести	21 / 47,7%	31 / 66%
БА тяжелое течение	7 / 22,8%*	15 / 31,9%

*Примечание: * - статистически значимые различия между группами при p<0,05.*

При исследовании липидного обмена дислипидемия ($\chi^2 = 23,48$, $p = 0,0001$) и гиперхолестеринемия ($\chi^2 = 7,48$, $p = 0,0116$) достоверно чаще встречались среди больных 2-й группы.

В обеих группах наблюдалось снижение уровня адипонектина в крови в сравнении с контролем (28,9 [18,99;47,20] нг/мл в 1-й группе и 25,1 [21,90;29,37] нг/мл во второй группе против 44,1 [35,90;52,30] нг/мл группы контроля) ($p < 0,05$). У больных 2-й группы наблюдалось статистически значимое повышение содержания лептина в плазме крови - 29,02 [14,60;50,23] нг/мл ($p < 0,05$), тогда как у пациентов 1-й группы уровень лептина был сопоставим с показателями контроля - 5,7 [1,59; 9,38] нг/мл ($p > 0,05$).

Уровень адипонектина находится в обратной корреляционной взаимосвязи с ИМТ ($r = -0,48$, $p = 0,03$) и в положительной взаимосвязи с содержанием ЛПВП ($r = 0,58$, $p = 0,03$). Выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между показателями ИМТ, ОТ и лептином ($r = 0,56$, $r = 0,42$, $r = 0,62$ при $p < 0,05$), что доказывает преимущественное влияние жировой ткани на уровень данного адипокина в плазме крови.

Изучение показателей спирометрии (Таблица № 2) в 1-й группе больных БА (ИМТ < 25 кг/м²) показало значимые различия с группой контроля по таким показателям, как ОФВ₁ и Индекс Генслера (ОФВ₁/ФЖЕЛ). Однако, полученные уровни, являются нормальными величинами, вследствие чего можно считать, что у больных БА 1-ой группы (ИМТ < 25 кг/м²) не выявлено изменений, отражающих наличие значимой бронхообструкции. Во 2-й группе больных БА (ИМТ > 30 кг/м²) регистрировалось достоверное снижение показателей ОФВ₁ ($p < 0,001$) и модифицированного индекса Тиффно ($p = 0,019$) по сравнению с показателями контрольной группы.

Выявлены взаимосвязи между уровнем адипокинов и показателями функции внешнего дыхания: содержание лептина взаимосвязано с выраженностью бронхиальной обструкции (ФЖЕЛ ($r = -0,51$, $p = 0,03$), ОФВ₁ ($r = -0,49$, $p = 0,025$), СДПвыд ($r = 0,488$, $p = 0,048$)). Описанные выше изменения, могут свидетельствовать о раннем развитии легочной гиперинфляции, а, следовательно, и о снижении ответа на традиционную противовоспалительную терапию. По данным бодиплетизмографии установлено повышение показателей остаточного объема легких (ООЛ, 135,5 [117,6;176,0]%), отношения ООЛ/ОЕЛ (111,4 [101,4;137,9]%) и сопротивления дыхательных путей на выдохе (СДПвыд 0,25 [0,15;0,41] кПа·л·с) в группе больных с абдоминальным ожирением в сравнении с контролем ($p < 0,05$).

Таблица 2

Основные показатели спирометрии у больных бронхиальной астмой в зависимости от индекса массы тела

Показатель	БА (ИМТ < 25 кг/м ²)	БА (ИМТ > 30 кг/м ²)	Контроль	Значимость различий
	Me[Q ₁ ;Q ₃]	Me[Q ₁ ;Q ₃]	Me[Q ₁ ;Q ₃]	
ЖЕЛ, %	97,9 [91,2;110,5]	99,8 [91,1;108,2]	98,5 [91,9;107,1]	$p_{1-2} = 0,861$ $p_{1-3} = 0,932$ $p_{2-3} = 0,756$
ФЖЕЛ, %	96,0 [88,0;109,0]	94,0 [81,7;114,0]	100,2 [95,0;108,5]	$p_{1-2} = 0,386$ $p_{1-3} = 0,233$ $p_{2-3} = 0,095$
ОФВ ₁ , %	85,0 [74,0;96,0]	86,5 [70,0;100,0]	101,5 [92,6;111,0]	$p_{1-2} = 0,825$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	74,5 [69,9;81,5]	75,2 [68,0;80,3]	87,7 [82,4;88,8]	$p_{1-2} = 0,567$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$

Примечание: Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни.

Показано, что при синтропии БА и ожирения увеличивался диаметр плечевой артерии, как исходный, так и после декомпрессии, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). А также снижение значений эндотелий-зависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) ($p < 0,05$). Исходная скорость кровотока не отличалась в исследуемых группах ($p > 0,05$). (Таблица №3)

Подтверждением наличия раннего развития эндотелиальной дисфункции у больных БА с ожирением, является значимое повышение уровня растворимой формы молекулы клеточной адгезии – sVCAM-1 в плазме крови в сравнении, как с 1-ой группой (БА, ИМТ < 25 кг/м²), так и с контролем. (Таблица № 4)

Таблица 3

**Основные показатели вазорегулирующей функции у больных бронхиальной астмой
в зависимости от индекса массы тела**

Показатель, ед. измерения	БА (ИМТ<25 кг/м ²)	БА (ИМТ>30 кг/м ²)	Контроль	Значимость различий
	Me [Q ₁ ;Q ₃]	Me [Q ₁ ;Q ₃]	Me [Q ₁ ;Q ₃]	
Do, мм	0,4 [0,33;0,44]	0,44 [0,4;0,48]	0,39 [0,35;0,47]	p ₁₋₂ =0,028 p ₁₋₃ =0,976 p ₂₋₃ =0,022
D ₁ , мм	0,43 [0,37;0,45]	0,45 [0,4;0,49]	0,4 [0,38;0,47]	p ₁₋₂ =0,153 p ₁₋₃ =0,795 p ₂₋₃ =0,222
ЭЗВД, %	10,26[4,65;16,66]	4,83 [2,17;9,59]	12,29[9,3; 24,3]	p ₁₋₂ =0,637 p ₁₋₃ =0,125 p ₂₋₃ =0,031
ЭНВД, %	15,0[10,5;21,4]	6,9 [4,5;16,2]	20,2[12,1;22,0]	p ₁₋₂ =0,025 p ₁₋₃ =0,012 p ₂₋₃ =0,014

Примечание: Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни.

Таблица 4

**Показатели уровня sVCAM-1 в плазме крови у больных бронхиальной астмой
в зависимости от индекса массы тела**

Показатель	БА (ИМТ<25 кг/м ²)	БА(ИМТ>30 кг/м ²)	Контроль	Значимость различий
	Me[Q ₁ ;Q ₃]	Me[Q ₁ ;Q ₃]	Me[Q ₁ ;Q ₃]	
sVCAM-1	574[487,16;689,63]	787,5 [739;1141]	561 [495,58;650;63]	p ₁₋₂ <0,001 p ₁₋₃ =0,212 p ₂₋₃ <0,001

Примечание: Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни.

Повышение веса у больных бронхиальной астмой молодого возраста взаимосвязано с нарушением функционального состояния сосудистого эндотелия: выявлены положительные взаимосвязи между ИМТ, исходным диаметром плечевой артерии и ЭЗВД ($r=0,45$, $p=0,008$ и $r=0,8$, $p=0,02$ соответственно); адипонектином и Vo ($r=0,65$, $p=0,04$); коэффициентом атерогенности и ЭНВД ($r=0,69$, $p=0,004$); и отрицательная взаимосвязь между лептином и ЭЗВД ($r=-0,56$, $p=0,04$).

Выводы:

1. При синтропии БА и алиментарного ожирения выраженность бронхообструктивного синдрома более значима, что подтверждается более частыми дневными симптомами астмы, и более высокой потребностью в КДБА. С повышением ИМТ регистрируется усугубление бронхообструктивных нарушений и нарастания легочной гиперинфляции.

2. При синтропии БА и алиментарного ожирения регистрируется дисбаланс адипокинов в плазме крови в виде лептинемии и снижения уровня адипонектина. Уровень адипонектина в плазме крови обратно коррелирует с ИМТ ($r=-0,48$, $p=0,03$) и находится в положительной корреляционной взаимосвязи с содержанием ЛПВП в плазме крови ($r=-0,58$, $p=0,03$).

3. Функциональное состояние эндотелия у больных бронхиальной астмой с нормальной массой тела нарушено у 43,8%, тогда как при сочетании бронхиальной астмы и ожирения - у 75% больных, что проявляется снижением эндотелийзависимой и независимой вазодилатации в сочетании со статистически значимым повышением уровня sVCAM в плазме крови. Наиболее значимым предиктором дисфункции эндотелия у больных бронхиальной астмой является повышение индекса массы тела, уровня лептина в плазме крови и соотношения ОТ/ОБ.

4. Увеличение уровня маркера повреждения эндотелия и изменение процессов эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации манифестирует развитие эндотелиальной дисфункции при синтропии бронхиальной астмы и ожирения у лиц молодого возраста, что в свою очередь ассоциировано с выраженностью нарушения функции внешнего дыхания, дисбалансом адипокинов и изменением липидного профиля.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

А.Х. Азизов, А.П. Гачегов

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО*

Научные руководители: д.м.н., доц. Галактионова М.Ю., к.м.н., доц. Бекетова Е.В.

В последние десятилетия во всем мире наблюдается тенденция к возрастанию частоты врожденных пороков сердца, особенно в развитых странах. Врожденные пороки сердца (ВПС) наблюдаются с частотой 8 на 1000, или 1 на 125 живорожденных новорожденных. Однако истинная частота представляется значительно более высокой, если учитывать сведения по мертворожденным детям и данные по спонтанным абортam [1, 3]. Многие ученые связывают это с усилением воздействия на человека неблагоприятных факторов окружающей среды (химических, физических, биологических тератогенов), которые, действуя на организм плода, вызывают формирование пороков развития [2, 4]. Смертность от врожденных пороков сердца составляет 177 детей на 100000, родившихся живыми. Среди детей с врожденными пороками сердца смертность составляет примерно 23%, причем около 90% на первом году жизни. По мнению многих авторов, примерно 90% пороков сердца имеют мультифакториальную природу, т.е. в их возникновении играет роль сочетанное воздействие наследственных факторов и факторов окружающей среды; 8% обусловлены хромосомными аномалиями или дефектом одного гена, 2% приходится исключительно на факторы окружающей среды.

Цель исследования: изучить факторы перинатального риска развития врожденных пороков сердца и оценить их влияние на тяжесть состояния при рождении.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 280 историй болезни новорожденных, проходивших лечение в отделениях патологии новорожденных КБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница №1» в 2010 - 2012 гг. Для сравнительного анализа все дети были разделены на две группы. В первую (основную) группу вошли 160 новорожденных с гестационным возрастом 33-36 недель (I-II степень недоношенности). Вторую группу (группа сравнения) составили 120 детей с гестационным возрастом при рождении 37-41 неделя.

Полученные результаты: диагноз врожденного порока сердца, как сопутствующий, был выставлен у 31,8% из общего числа новорожденных. У 16,8 % детей выявлены малые врожденные аномалии сердца (аневризма межпредсердной перегородки, пролапс митрального и трикуспидального клапанов, дополнительные хорды левого желудочка). Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) регистрировался у 14 детей (15,7%), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - у 9 (10,1%), в 14 (15,7%) диагностирован ОАП, у 2 (2,24%) - стеноз легочной артерии. Тетрада Фалло выявлена у 10 (11,2%) новорожденных детей, открытый атриовентрикулярный канал – у 2 детей. Открытое овальное окно диагностировано у 27 (30,3%) младенцев.

Наибольшее количество факторов перинатального риска было выявлено в первой группе: возраст матери старше 35 лет, ОРВИ во время беременности, хроническая инфекционная и сопутствующая соматическая патология, угроза прерывания и гестозы в разные сроки беременности. Дети с врожденными пороками чаще рождались в неполных семьях (53,7%). Неполных семей и незарегистрированных браков в первой группе было в 2 раза больше чем в группе сравнения.

Никотиновую зависимость имели 61,2% матерей первой группы и 34,2% - второй группы. При этом во время беременности и во время вскармливания новорожденных продолжали курить 33,7% и 6,6% матерей соответственно.

Профессиональные вредности (работа в химических лабораториях, горячих цехах) встречались у 10,1% женщин, родивших детей с врожденными пороками. Частые контакты с острыми респираторными инфекциями в силу основной специальности (продавец, кондуктор, учитель, медсестра) имели 33,7% матерей первой группы и 26,4% - во второй.

Состояние при рождении у доношенных детей с ВПС в 96,7% случаях оценивалось как средней степени тяжести, у недоношенных детей с ВПС состояние расценивалось, как тяжелое в 75,6% случаях. Среди недоношенных детей каждый шестой ребенок родился с признаками асфиксии. Признаки тяжелой фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода регистрировалось у 18 32,8% детей первой группы. Масса тела при рождении значительно отставала от должествующей по срокам гестации у 51,8% недоношенных и 16,7% доношенных новорожденных.

Диагноз ВПС сразу после рождения был выставлен у 18,9% детей в первой группе, у остальных детей на 3-5 сутки жизни. Большинство детей в обеих группах исследования имели комбинированные пороки сердца (60,6%), изолированные пороки (ДМЖП или ДМПП) в обеих группах встречались практически с одинаковой частотой (19,7% и 20,3%). Признаки сердечной недостаточности у недоношенных детей с врожденными пороками сердца имели место в 80,9% случаев, у доношенных детей в 3,3%.

Основным патологическим состоянием у обследованных новорожденных,отягощающим течение и прогноз врожденного порока сердца была церебральная ишемия: 85% - в первой и 72,4% - во второй группе. Задержка внутриутробного развития плода имела место у 53,5% недоношенных и 44,8% - доношенных. Подозрение на внутриутробную TORCH-инфекцию возникало на этапе обследования и лечения в 62,6% случаев, подтверждена у 3 недоношенных детей.

Врожденные пороки сердца у новорожденных первой группы в 30,3% сочетались с другими пороками развития (врожденная недостаточность связок коленных суставов, дисплазия тазобедренных суставов, крипторхизм).

Таким образом, особую важность имеет диагностика порока у плода путем проведения трансвагинальной эхокардиографии, а также своевременно начатое лечение.

Выводы: Врожденные пороки сердца имеют серьезный прогноз, как в отношении предстоящей жизни, так и социальной адаптации больного, в связи с чем возрастает роль профилактической работы с семьей. Разработка мер профилактики и распространение знаний о факторах риска могут снизить, а иногда и предотвратить формирование врожденных пороков сердца у ребенка.

Наиболее действенными мерами профилактики можно признать следующие: планирование беременности; правильное проведение терапии текущего заболевания у женщины в период беременности; предотвращение действия тератогенных лекарственных препаратов; своевременное устранение действия физических факторов и профессиональных вредностей на беременную; профилактика инфекционных заболеваний; ранняя диагностика порока у плода в оптимальные сроки, а также своевременно начатое лечение.

УДК 616.379-008.64-0

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА, НА ПРИМЕРЕ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА.

Ю.В. Аксенова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

отд. Лабораторная диагностика

Перфильева Г.В.

Сахарный диабет является одним из распространенных заболеваний эндокринной системы. Его широкая распространенность, ранняя инвалидизация, высокая смертность выдвинули эту болезнь в число одной из важных медико-социальных проблем во многих странах мира [2].

Согласно данным Государственного регистра России, больных сахарным диабетом на 1 января 2014 г. в зарегистрировано 3 964 889 млн. человек. Из них более 90 % составляют пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД 2). Однако, данные исследований, проведенных Эндокринологическим научным центром показали, что реальная численность больных СД выше зарегистрированной в 2-3 раза и составляет около 9 млн. человек. До 50% всех случаев СД 2 типа на протяжении многих лет остается не диагностированным из-за отсутствия клинической симптоматики. Угрожающие темпы роста заболевания заставили ученых назвать диабет «неинфекционной эпидемией XXI века» [3].

Сахарный диабет 2 типа - заболевание, которые характеризуется хронической гипергликемией, обусловленной нарушениям действия инсулина на клетки-мишени. При СД 2 типа отмечаются нарушения углеводного, жирового и белкового обменов [2].

СД 2 типа характеризуется гипергликемией на фоне инсулинорезистентности разной степени выраженности. Как правило, развитие диабета 2 типа ассоциировано с метаболическим синдромом.

Считается, что для возникновения заболевания требуется сочетание генетической предрасположенности и так называемого «диабетогенного» образа жизни, выражающегося в гиподинамии с развитием ожирения и в повышенной калорийности ежедневного рациона. Таким образом, определяющую роль в процессе развития СД 2 типа играют следующие факторы:

- 1) избыточная масса тела или ожирение (в 85% случаев)
- 2) высококалорийное питание (повышенное употребление жиров, рафинированных углеводов)
- 3) снижение физической активности
- 4) диабет у ближайших родственников
- 5) возраст

Возраст и наследственность относятся к так называемым немодифицируемым факторам риска - факторам, на которые повлиять невозможно. Однако существуют и модифицируемые факторы риска развития СД 2 типа, такие как: избыточный вес, неправильное питание, стресс, недостаток сна и отдыха, на которые может повлиять сам человек, изменив свой образ жизни [1].

Повышенный уровень глюкозы очень негативно влияет на стенки сосудов, как коронарных, так и церебральных, а также нижних конечностей. Основные осложнения сахарного диабета: заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы, диабетические поражения почек, диабетическая ретинопатия. Широко известно, что риск развития терминальной нефропатии с ХПН при сахарном диабете возрастает в 15-20 раз, потери зрения вследствие пролиферативной ретинопатии – в 10-25 раз, гангрены – в 20 раз. Но, несмотря на высокую распространённость данных микрососудистых осложнений, лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности у пациентов с СД 2 типа занимают сердечно-сосудистые заболевания. Так, риск развития ИБС при сахарном диабете 2 типа возрастает в 2-5 раз, а риск развития мозговых инсультов – в 3-4 раза, смертность от ИБС, по данным разных источников, – в 3-6 раз, а от цереброваскулярных заболеваний – в 2-3 раза превышает аналогичные показатели в общей популяции [3].

Согласно техническому отчету ВОЗ, 2006г в понятие «преддиабета» включены нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушение гликемии натощак (НГН), которые являются скрытыми нарушениями углеводного обмена и предшествующими развитию СД 2 типа. Установлено, что развитие СД у пациентов с НТГ и НГН практически одинаково. Решающим фактором, определяющим качество жизни больных сахарным диабетом, является выявление больных с ранними нарушениями углеводного обмена и проведение профилактических вмешательств [4,5].

Цель нашего исследования: оценка риска развития сахарного диабета 2 типа на примере посетителей аптеки фармацевтического колледжа.

Для реализации цели исследования определены следующие задачи:

1. Провести анкетирование посетителей аптеки старше 45 лет, с целью анализа наличия и выраженности факторов риска развития СД 2 типа;
2. Провести исследование уровня глюкозы в крови обследованных;
3. Дать рекомендации по дальнейшему обследованию и профилактике СД 2 типа.

Критериями включения в исследование были: согласие на обследование, возраст более 45 лет. Критериями исключения являлся отказ от обследования.

Объектом исследования являлись посетители аптеки фармацевтического колледжа.

Предмет исследования: анкеты, периферическая кровь обследуемых.

Работа проводилась в рамках командного тренинга «Моя команда - мой успех», в апреле 2015 г. на базе аптеки Фармацевтического колледжа, в ходе которого студентами колледжа на протяжении недели проводилось измерение артериального давления, уровня глюкозы, анкетирование посетителей аптеки и профилактическая работа по предупреждению развития СД.

Для выявления факторов риска проводился анкетный скрининг с помощью Финского опросника (шкалы FINDRISK). Анкета включала основные вопросы о присутствии в жизни респондентов факторов риска развития СД 2 типа: возраст, ИМТ, вредные привычки, физические нагрузки, наследственность и питание. Каждый фактор риска, в зависимости от степени его выраженности, оценивался в баллах. В зависимости от суммы набранных баллов возможно объективно оценить степень риска развития СД 2-го типа в течение последующих десяти лет с точностью до 85%.

Забор материала для исследования и анализа крови проводился в аптеке фармацевтического колледжа. Исследование уровня глюкозы проводилось на глюкометре Accu-Chek - портативном экспресс-анализаторе, с соблюдением всех правил техники безопасности при работе с потенциально зараженным биологическим материалом. Исследовалась периферическая кровь. Всего было обследовано 45 посетителей, из них 13 мужчин и 32 женщины в возрасте от 45 до 74 лет.

Для оценки уровня глюкозы использовались диагностические критерии, рекомендованные ВОЗ, 2006 г., согласно которым характерными изменениями при СД является гипергликемия натощак более 6.1 ммоль/л; НТГ менее 6.1 ммоль/л; норма менее 5.6 ммоль/л. [5].

При проведении анкетного скрининга получены следующие результаты:

1. Избыточный вес, отмечен у 80% респондентов. Как известно, ожирение является независимым фактором риска болезней сердечно-сосудистой системы, и пусковым механизмом АГ, гиперлипидемии и СД.
2. Недостаточную физическую активность отмечают 44% опрошенных респондентов.
3. Наследственную предрасположенность отмечают 42% респондента. Риск развития СД существенно повышается у лиц, близкие родственники которых страдали СД.
4. Артериальную гипертонию отмечают 62 %.
5. Несбалансированное питание выявлено у 40% опрошенных.

Таблица 1

Распределение факторов риска развития СД 2 типа в группе респондентов.

Факторы риска	45-54 лет		55-64 лет		Старше 64 лет		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Возраст	11	100	15	100	19	100	45	100
Наследственность	5	45	7	47	7	37	19	42
Избыточный вес	5	45	13	87	18	95	36	80
Гиподинамия	6	55	7	47	7	37	20	44
Неправильное питание	6	55	6	40	6	32	18	40
Гипертензия	6	55	10	67	12	63	28	62

Таким образом, самыми распространёнными факторами риска развития СД 2 типа, среди опрошенных являются: избыточный вес (80%), гипертензия (62%).

Для оценки степени риска развития СД 2 типа у респондентов в течение последующих десяти лет использовали шкалу FINDRISK финского опросника, результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Оценка суммарного риска развития сахарного диабета среди респондентов.

Ожидаемый риск развития СД	Вероятность развития СД в течение 10 лет	мужчины		женщины		Всего обследованных	
		N=13	100%	N=32	100%	N=45	100%
Низкий	1%	4	8	2	5	6	13
Незначительный	4%	1	2	10	22	11	24
Умеренный	17%	4	8	4	8	8	18
Высокий	25%	2	5	6	13	8	18
Очень высокий	50%	2	5	10	22	12	27

Анализ таблицы показал, что низкий риск развития сахарного диабета отмечается у 13% обследованных, незначительный у 24%, умеренный у 18%, высокий у 18%, очень высокий у 27%.

Исследование уровня глюкозы в периферической крови проводилось у 45 человек. При биохимическом исследовании было выявлено у 18 человек отклонение от нормы, что составило 40 % от всех обследованных. У 29% обследованных отмечается нарушение гликемии натощак, у 11% нарушение толерантности к глюкозе, что является скрытым нарушением углеводного обмена и может предшествовать развитию СД 2 типа.

Таблица 3

Содержание уровня глюкозы в крови обследованных.

Уровень глюкозы	Содержание глюкозы, ммоль/л	Мужчины		Женщины		Всего обследованных	
		N=13	%	N=32	%	N=45	100%
Норма	≤ 5.6	8	30	19	70	27	60
нарушение толерантности к глюкозе	≥ 6.1	5	28	13	72	18	40

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Основными факторами риска развития СД 2 типа, среди опрошенных являются: избыточный вес (80%), гипертензия (62%). Высокий риск развития СД 2 типа выявлен у 18% опрошенных, очень высокий у 27%.

2. Исследование уровня глюкозы натощак выявило отклонение от нормы у 40% от всех обследованных, которые имеют гипергликемию, характерную для нарушения толерантности к глюкозе, характеризующуюся как преддиабет. Предрасположенность к развитию СД 2 типа чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин.

Рекомендации:

1. В связи с тем, что определение на глюкометре не является достаточно точным, лицам, имеющим выявленную гипергликемию обратиться к специалисту и пройти биохимическое исследование глюкозы в плазме венозной крови.

2. Лицам, имеющим высокий и очень высокий риск развития СД раз в полгода необходимо проходить комплексное обследование, в том числе обязательно делать тест на определение уровня глюкозы в крови.

3. Лицам, имеющим факторы риска развития СД 2 типа, даны рекомендации по нормализации массы тела, коррекции питания и изменению образа жизни.

УДК 616.36-002.12-036.1

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ

А.Г. Алевская

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. Соловьева И.А.

Гепатит А (ГА) продолжает сохранять статус важной медико-социальной проблемы, что обусловлено практически повсеместной распространенностью, высоким риском инфицирования при не соблюдении мер профилактики, возможностью развития тяжелых форм заболевания [1,5]. У детей ГА, как правило, имеет доброкачественное течение, однако данная инфекция может привести к развитию холецистита, холангита, дисфункции желчевыводящих путей, а также гастродуоденита [2,3,6]. В Красноярском крае в течение ряда десятилетий имело место прогрессивное снижение заболеваемости ГА, но в период 2013-2014гг. отмечалась тенденция к росту показателя. В 2015 году показатель заболеваемости составил 26,18 на 100000 населения. При этом среди детского населения большая часть заболевших приходится на возраст 7-14 лет, показатель заболеваемости в этой категории населения - 69,4 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: изучение клинко-эпидемиологической характеристики ГА у детей.

Под нашим наблюдением находилось 104 ребенка с ГА в возрасте 1-14 лет, находящихся на лечении в инфекционном стационаре КГБУЗ «КМДКБ №1» г. Красноярска в 2013-2015гг. Отбор больных осуществлялся методом сплошной выборки. Диагноз был выставлен на основании комплексного обследования, включающего помимо сбора анамнеза и объективного осмотра общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости). Этиология заболевания подтверждалась обнаружением IgM к вирусу гепатита А методом ИФА. С целью оценки клинической картины заболевания пациенты условно были разделены на две возрастные группы – до 7 лет (51 чел.) и 7-14 лет (53 чел.). Критериями оценки степени тяжести заболевания являлись степень выраженности интоксикации, желтушности склер и кожи, увеличения размеров печени, изменений биохимических показателей сыворотки крови (выраженность гипербилирубинемии, цитолитического синдрома, снижение протромбинового индекса). При легкой форме ГА содержание общего билирубина не превышало 85 мкмоль/л, при среднетяжелой составляло 85-150 мкмоль/л, при тяжелой – выше 150-250 мкмоль/л. Активность аминотрансфераз при легкой форме повышалась до 5 норм, среднетяжелой - до 8-10 норм, при тяжелой свыше 10-25 норм. Протромбиновый индекс при легкой форме регистрировался в пределах нормы, при среднетяжелой отмечалось его снижение до 60-70%, а при тяжелой - до 50-60%.

По результатам исследования в пакете электронных таблиц MS Excel 2003 была сформирована база данных, на основе которой, с помощью пакетов прикладных программ Statistica 8,0 (StatSoft Inc., 2007) осуществлялся статистический анализ. Для качественных признаков описательная статистика представлена процентными долями и стандартными ошибками долей. Описание количественных признаков производили путем подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей (C_{25} и C_{75}). Статистическую значимость различий между количественными показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Сравнения по качественным признакам проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Возрастной состав наблюдаемых больных с ГА был неоднороден. Дети до 3 лет составили 17,3±3,7% (18 чел.), 4-6 лет – 31,7±4,6% (33 чел.), 7-11 лет – 30,8±4,5% (32 чел.), 12-14 лет – 20,2±3,9% (21 чел.). Анализируя данные эпидемиологического анамнеза необходимо отметить, что основной путь передачи инфекции был контактно-бытовой (46,2±4,9%). При этом 8,7±2,8% заболевших прибыли из эндемичных по ГА регионов (Киргизия, Таджикистан). Были зарегистрированы как семейные очаги заболевания, так и вспышки в детских школьных и дошкольных учреждениях. Внутрисемейная передача инфекции достоверно чаще имела место у детей дошкольного возраста и регистрировалась в 58,1±8,9% случаев (18 чел.). Помимо контактно-бытового, при распространении инфекции важную роль играют пищевой и водный пути передачи [7]. Установлено, что употребление некипяченой воды имело место в 31,7±4,9% случаев, невымытых фруктов и овощей – 22,1±4,9%. Основная симптоматика ГА на современном этапе не претерпела каких-либо существенных изменений [4]. В зависимости от выраженности клинических проявлений, наличия либо отсутствия признаков нарушения обмена билирубина у наблюдаемых больных регистрировались как типичные (91,3±2,8%), так и атипичные (8,7±2,8%) формы заболевания. У наблюдаемых нами больных с типичными формами ГА продромальный период характеризовался

острым началом в $79,8 \pm 3,9\%$ случаев с повышения температуры до субфебрильных ($21,2 \pm 4,0\%$) или фебрильных ($28,8 \pm 4,4\%$) цифр. Однако у половины больных температурная реакция отсутствовала. При сравнении в зависимости от возраста выявлено, что у детей школьного возраста лихорадка была достоверно более выраженной, именно в этой группе отмечено повышение температуры до $39,7 [39,0; 40,1]^{\circ}\text{C}$, тогда как у детей дошкольного возраста температурная реакция не превышала $37,5 [37,1; 37,7]^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$). Помимо лихорадки у $28,8 \pm 4,4\%$ больных отмечались слабость, недомогание, у $43,3 \pm 4,9\%$ присутствовали диспептические явления, более половины пациентов ($62,5 \pm 4,7\%$) предъявляли жалобы на неприятные ощущения и тяжесть в правом подреберье. Необходимо отметить, что и диспептические явления также достоверно чаще присутствовали у детей школьного возраста ($71,7 \pm 6,2\%$). Окончанием преджелтушного периода служило появление ахолии и холурии. Длительность продромального периода варьировала от 2 до 11 дней. При этом большая его продолжительность достоверно чаще наблюдалась у детей школьного возраста. Известно, с началом желтушного периода самочувствие пациентов с ГА в большинстве случаев улучшается. Однако в группе детей 7-14 лет в $28,3 \pm 6,2\%$ не было отмечено снижения выраженности симптомов интоксикации, так же сохранялись и диспептические явления ($15,1 \pm 4,9\%$). Нарушение пигментного обмена клинически проявлялось иктеричностью склер и кожных покровов различной интенсивности. Увеличение размеров печени в основном за счет правой доли имело место у всех 100% наблюдаемых больных с типичной формой ВГА, а в $37,5 \pm 4,7\%$ случаев определялась и незначительная спленомегалия, чаще регистрируемая среди детей 1–6 лет ($p < 0,05$). Легкая форма ГА имела место в $24,1 \pm 6,7\%$ случаев. Период разгара у этой категории пациентов характеризовался появлением лишь краевой иктеричности склер (100%) и легкого желтушного окрашивания кожного покрова ($76,0 \pm 8,5\%$). Гепатомегалия у подавляющего числа детей ($92,0 \pm 5,4\%$) была незначительной – печень выступала из-под края ребра всего на 2-3 см, имела ровный, эластичный край, спленомегалия в большинстве случаев ($84,0 \pm 7,3\%$) отсутствовала. Более половины больных, получивших лечение в условиях инфекционного стационара, перенесли среднетяжелую форму ГА ($60,5 \pm 6,8\%$). В периоде разгара у таких детей отмечалась умеренная диффузная иктеричность склер, выявлялись умеренная желтушность кожного покрова, увеличение размеров печени до 5 см из-под края ребра ($93,7 \pm 3,1\%$), у части детей выявлялась спленомегалия ($23,8 \pm 5,4\%$). При тяжелой форме заболевания, регистрируемой у $15,4 \pm 3,5\%$ детей имела место выраженная диффузная иктеричность склер и кожного покрова (100%), гепатомегалия достигала 6-8 см из-под края ребра, спленомегалия регистрировалась у $87,5 \pm 8,3\%$ детей данной группы. Изменение биохимических показателей характеризовалось цитолитическим синдромом, нарушением билирубинового обмена (повышение общего билирубина с преобладанием прямой фракции), при среднетяжелых и тяжелых формах ВГА снижением протромбинового индекса (ПТИ). Кроме того, только среди детей, перенесших тяжелую форму, в $75,0 \pm 10,8\%$ случаев имели место клинические признаки холестаза (кожный зуд, расчесы), подтверждаемые повышением уровня щелочной фосфатазы, холестерина, β -липопротеидов в сыворотке крови. При сравнении степени тяжести ГА в зависимости от возраста пациентов выявлено, что развитие тяжелого гепатита возникало чаще среди лиц старшего возраста ($p < 0,05$). Кроме того, только у детей 7-14 лет в $22,6 \pm 5,7\%$ случаев заболевание протекало с признаками холестаза ($p < 0,05$). Также от возраста зависела и длительность периода разгара инфекции: у детей школьного возраста он протекал более длительно, достигая 3 недель у $15,1 \pm 4,9\%$ пациентов. Нормализация биохимических показателей отмечалась у $70,6 \pm 6,4\%$ детей до 7 лет в среднем к $7,68 [7,21-7,72]$ суткам и лишь к $12,98 [14,6-23,4]$ суткам у больных школьного возраста ($71,7 \pm 6,2\%$). Уменьшение размеров печени происходило более медленно, умеренная гепатомегалия преимущественно за счет левой доли печени сохранялась вплоть до выписки у $41,2 \pm 6,9\%$ больных 1-6 лет и у $58,5 \pm 6,8\%$ детей в возрасте 7-14 лет ($p < 0,05$). Больные с атипичными формами ВГА ($8,7 \pm 2,8\%$) как правило, выявлялись при обследовании контактных лиц в очаге инфекции и госпитализировались в основном по эпидемиологическим и только $7,7 \pm 2,6\%$ – по социальным показаниям. В этой группе преобладали дети первых двух лет жизни ($66,7 \pm 15,7\%$), жалобы у них, как правило, отсутствовали, при объективном осмотре выявлялась незначительная гепатомегалия, повышение аминотрансфераз не превышало трех норм, билирубиновый обмен оставался в пределах нормы. Все наблюдаемые пациенты получали базисную терапию, сорбенты, желчегонные препараты с момента поступления в стационар. При развитии тяжелых форм инфекции с целью дезинтоксикации проводилась инфузионная терапия с введением глюкозо-солевых растворов, противовирусная терапия. Большая часть детей была выписана с клиническим выздоровлением ($71,2 \pm 4,4\%$), однако у $25,0 \pm 8,2\%$ детей дошкольного возраста и $39,6 \pm 6,7\%$ школьников к моменту выписки сохранялось повышение АЛТ в 2-3 раза по сравнению с нормой. При этом только среди детей старшего возраста при выписке помимо сохраняющегося цитолитического синдрома в $11,3 \pm 4,4\%$ случаев имело место повышение уровня билирубина до 35-40 мкмоль/л за счет непрямой фракции.

В ходе работы мы пришли к следующим выводам:

1. В настоящее время преобладающим путем передачи инфекции остается контактно-бытовой, что диктует необходимость более тщательного наблюдения за контактными лицами, так как согласно литературным данным на один случай выявления больного с типичной формой приходится до 20 случаев атипичных форм заболевания [3].

2. Особенностью ГА в настоящее время является вовлечение в эпидемический процесс детей первых лет жизни, а также утяжеление клинической картины заболевания в зависимости от возраста. Так, именно у детей старше 7 лет, больший удельный вес составляют тяжелые формы ГА, в ряде случаев протекающие с холестазом., что обуславливает необходимость применения мер специфической профилактики заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вирусные гепатиты и холестатические заболевания / Шифф, Ю.Р., Соррел, М.Ф., Мэддрей, У.С.; пер. с англ. В.Ю. Халатова; под ред. В.Т. Твашкина, Е.А. Климовой, И.Г. Никитина, Е.Н. Широковой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 408 с.
2. Детская гепатология. под ред. Б.С. Каганова. – М.: Династия, 2009. – 576 с.
3. Жданов К. В. Вирусные гепатиты / К. В. Жданов, Ю. В. Лобзин, Д. А. Гусев – СПб.: Фолиант, 2011. – 304 с.
4. Иммунопрофилактика – 2014: (справочник) / В.К. Таточекно, Н.А.Озерский, А.М.Федоров. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 208 с.
5. Михайлов М.И. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика) / М. И. Михайлов И.В. Шахгильдян, Г.Г. Онищенко – М., 2007. – 349с.
6. Соловьева И.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов В и С у подростков / И.А. Соловьева, Г.П. Мартынова, А.А. Савченко // Детские инфекции. – 2012. – № 4. – С.19-22.

УДК 572.511.4:572.512.81-053.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ ПО ДЛИННЫМ КОСТЯМ СКЕЛЕТА (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

Д.А. Алексеенко, Р.Э. Мамедов, К.С. Михайлина, Н.Г. Пяткова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

НОЦ морфология, отдел палеоантропологии КрасГМУ

Научные руководители: зав. отд. палеоантропологии Савенкова Т. М., асс. Фомина И. А.

Исследование останков детских скелетов из археологических раскопок достаточно редки в наше время, поэтому имеют большую актуальность для современных учёных. Этот вид исследования является одним из сложнейших, но при этом чрезвычайно необходимым, например, для палеодемографии. В связи с этим возникает следующая проблематика: для определения возраста по останкам трубчатых костей детских скелетов не существует каких-либо методических указаний. Измерение останков костей детского скелета дает возможность проследить, какие изменения происходили в детском скелете на протяжении столетий: какова длина кости была в различные детские возрастные периоды, какие особенности имел детский скелет. Не говоря уже о заболеваниях и аномалиях развития, которые можно встретить при изучении останков.

Целью нашего исследования явилась разработка методических таблиц, позволяющих определять примерный возраст ребенка по длине трубчатых костей.

В связи с этим были поставлены следующие задачи:

- Определить скелетный возраст индивидов из Покровского некрополя г. Красноярска (17-18 вв.) по закладке и прорезыванию зубов;
- Измерить длину трубчатых костей детской скелетной серии Покровского некрополя;
- Составить методическую таблицу для определения возраста по длине кости на основании полученных данных;
- Применить полученную таблицу к определению скелетного возраста к тем индивидам у которых не сохранились зубы.

Материалом в исследовании послужила детская скелетная серия из раскопок Покровского некрополя г. Красноярска (17-18 вв). Были изучены 119 скелетов от 0 до 12 месяцев.

В процессе работы проводилось изучение строения детского скелета с использованием учебных пособий (Андронеску, 1970; Привес, Лысенков, Бушкович, 1985; Сапин, Билич, 2007; Баранова, Щеплягина, 2006). Точный скелетный возраст определялся по закладке и степени прорезывания зубов (Ubelaker, 1989, p. 44-95). Измерения длины костей проводили при помощи штангенциркуля, миллиметровой бумаги, измерительной доски. Измерялась максимальная длина левых и правых плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, большой берцовой и малоберцовой костей. Использовались средние значения длин трубчатых костей.

Из 119 скелетов у 9 скелетов не сохранились зубы. У 110 скелетов был установлен точный возраст по закладке и прорезыванию зубов. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Длина трубчатых костей детских скелетов из Покровского некрополя (17-18 вв.)

Возраст по закладке зубов	n	F min	Fmax	Tmin	max	min	max	min	max	min	max	min	max
0-2 мес.	40	55	92,3	48	78	46	75	48	77	45,6	75	40,2	66,3
6 мес.	35	76	99,3	67	82	64	78	72	81,5	63	72	54	64,8
9 мес.	20	98	119	83	95,7	79	83,5	83	91,5	69	75	58	69
12 мес.	15	95,7	126	77	98	69	73	78	95	70,3	81	61,3	76

Условные обозначения: n- количество обследованных детских индивидов; F-бедренная кость; Т-большая берцовая; f-малая берцовая; Н-плечевая; U-локтевая; R- лучевая; min- минимальные значения длины; max- максимальные значения длины кости.

Полученные результаты мы применили к определению возраста 9 скелетов, у которых не сохранились зубы (таблица 2).

Таблица 2

**Определение возраста индивидов по длине трубчатых костей.
Покровский некрополь (17-18 вв.).**

Возраст по длине кости	№ могилы	Инвентарный №	F	T	f	H	U	R
0 мес	82	13-81	62	55,5	53	57	53	-
0 мес	124	13-123	62,75	53	50,25	55,4	50	42,5
0 мес	125	13-124	70	59,5	57	63	-	-
0-2 мес.	145	13-143/2	79,15	68,7	65	69	63,5	-
6 мес.	7	13-7	89	75	72	77	68	61
6 мес.	11	13-11	94	83	-	81,6	-	-
6 мес.	25	13-25	92,3	78	75	77	68,3	61,2
2 мес.	84	13-83	79	69	-	68	-	-

Выводы: в результате наших исследований получена таблица, которая может являться методической основой для определения возраста (от 0 до 12 месяцев) индивидов по разрозненным костям скелета. Данная таблица может успешно использоваться судебными медицинскими экспертами, археологами, палеоантропологами.

УДК: 616 – 089.5 – 0

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
ПОСОБИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ТРАВМАХ»**

Е.С. Алибутаева, М.А. Кулакова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

д.м.н., проф. Дунаевская С.С., д.м.н., проф. Винник Ю.С., к.б.н. Васильева М.Р.

Основной целью современных подходов в высшем профессиональном образовании является компетентностный подход. Перспектива использования новых методов обучения обусловлена исследовательским и практико-ориентированным характером [3].

В высшем медицинском образовании выработку профессиональных компетентностей будущих специалистов осуществляют педагоги-медики на клинических кафедрах. Врач любой специальности должен хорошо знать вопросы асептики и антисептики, трансфузиологии, хирургической инфекции, анестезиологии, основы реанимации, методы обследования больных, вопросы деонтологии. Большой объём информации, получаемый при изучении общей хирургии, и необходимость получения первых практических и профессионально-компетентных навыков требуют внедрения новых технологий обучения, позволяющих не только усвоить, но и систематизировать полученные знания [1, 4].

Современное поколение студентов предъявляет заметно повышенные требования как к технологической платформе обучения в целом, так и электронного обучения в частности. В значительной мере это связано с заметно возросшим уровнем компьютерной грамотности «среднего» современного студента [2].

Электронные пособия - это обучающая программная система комплексного назначения, обеспечивающая непрерывность и полноту процесса обучения, предоставляющая теоретический материал, обеспечивающая тренировочную учебную деятельность и контроль уровня знаний, а также информационно-поисковую деятельность. Электронный учебник обладает рядом отличительных особенностей, которые объясняют целесообразность разработки и использования его, как самостоятельного средства обучения. В целом электронный учебник значительно экономит время студента, затрачиваемое на рутинные операции по поиску учебного материала, а также при повторении неизвестных или забытых понятий. Использование иллюстраций эффективно, если рядом с интересующим элементом имеется подпись. Обязательным пунктом является дополнительная видео-информация или анимированные клипы, сопровождающие разделы курса, трудные для понимания в текстовом изложении. Видеоклипы позволяют изменять масштаб времени и демонстрировать явления в ускоренном или замедленном темпе [5, 6].

И поэтому целью нашей работы является оценка эффективности использования электронного учебного пособия в образовательном процессе по дисциплине «Первая помощь при кровотечениях и травмах»

Был создан практикум по дисциплине «Первая помощь при кровотечениях и травмах» в программе Sun Rav BookEditor в соответствии с учебно-методическим комплексом дисциплины. Электронное образовательное учебное пособие (ЭОУП) было разработано студентами Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, обучающимися на 3-ем курсе по специальности «лечебное дело» и научными руководителями – преподавателями кафедры медицинской информатики и общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана. Он содержит аннотацию к практическому занятию, вопросы для самоподготовки, фото и видео материал того или иного практического навыка, а также ситуационные задачи и тестовые задания с эталонами ответов. Готовый практикум в тестовом режиме выставлен на сайт <http://krasgmu.ru>, где он доступен каждому авторизованному пользователю. Предлагаемый медиа-материал был включен в учебный процесс дисциплины «Первая помощь при кровотечениях и травмах», на базе кафедры общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Для исследования эффективности использования студентами электронного учебного пособия, было проведено анкетирование 106 студентов 3 курса по специальности 060101 – лечебное дело. Анкетирование проводилось на сайте <http://krasgmu.ru> в режиме on-lain в программе Testograf.ru, с помощью которой была произведена обработка полученных результатов.

Анкета включала в себя следующие вопросы: как Вы относитесь к электронным учебникам; пользуетесь ли Вы электронными учебниками; какие книги Вы предпочитаете больше; в чем, на Ваш взгляд, состоит преимущества электронных учебников, а также недостатки.

В работе применены методы корректного статистического анализа, результаты статистической обработки сведены в графики.

В анкетировании приняло участие 106 респондентов. Полученные нами данные позволяют говорить о том, что в 59,05% отношении к ЭОУП положительное, 34,29% относятся нейтрально к электронным пособиям и 6,67% отрицательно. 74,29% студентов используют в образовательном процессе электронные учебные пособия и 25,71% предпочитают печатные варианты учебников. Что подтверждают ответы на следующий вопрос: только 6,67% респондентов регулярно используют электронные пособия; 45,71% предпочитают бумажные и 47,62% выбирают вид учебного пособия в зависимости от ситуации. 36,19% считают преимуществом электронных учебных пособий их компактность и удобство в использовании; 26,67% анкетированных студентов охотно используют электронную технику и гаджеты в повседневной жизни; 15,24% отмечают, как преимущество наличие гиперссылок в ЭОУП, что позволяет быстрее ориентироваться в материале, а также наличие иллюстраций и видео-материала. Недостатком пособия 43,81% отмечают недостаточный навык использования электронных пособий, а также быстрая усталость глаз.

1. Учитывая возрастающий объем внеаудиторной работы студентов, ЭОУП позволяет оказать методическую помощь учащемуся в ходе подготовки к практическому занятию.
2. Использование в учебном процессе ЭОУП, позволяет оптимизировать образовательный процесс при изучении дисциплины «Первая помощь при кровотечениях и травмах» и повысить эффективность усвоения учебного материала студентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андронеску А. Анатомия ребенка, 1970 – 363 С.
2. Баранова А. А., Щеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков, 2006. – 432 С.
3. Привес Н.Г.Лысенков, Н.К, Бушкович В.И. Анатомия человека, 1985 – 657 С.
4. Сапин М.Р., Билич Г.Л. Анатомия человека: Учебник В 3 Т.- М.: Геотар-Медиа, 2007.-Т.1.-608 С.
5. Ubelaker D.H. Human Skeletal Remains: Excavation, Analysis, Interpretation. Washington, 1989. – 172 P.

КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

А.А. Амельченко, Н.А. Евсеева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ю.Ю. Винник

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) хронический простатит занимает одно из лидирующих мест в списке наиболее часто встречающихся заболеваний у мужчин молодого возраста. Пациенты, у которых диагностировано выше названное заболевание, отмечают расстройства мочеиспускания, проявление болей различной интенсивности и нарушения сексуальной функции, приводящие к развитию межличностных проблем, конфликтов в семье, и как следствие – к ухудшению демографической ситуации в Российской Федерации.

Анатомические особенности расположения простаты делают ее уязвимой для инфекционно-воспалительных заболеваний: через нее проходит простатический отдел уретры, что делает возможным рефлюкс мочи, в результате которого может возникнуть воспаление органа. При отсутствии своевременной диагностики хронического простатита могут возникать следующие осложнения: везикулит, куперит, колликулит, задний уретрит, цистит, киста, абсцесс, склероз простаты, андрогенная недостаточность, бесплодие, ведущие к снижению фертильности.

Согласно эпидемиологическим данным, 20-43% мужчин страдают хроническим простатитом, 35% всех обращений к врачу по поводу урологических проблем среди мужского населения России составляет хронический простатит (ХП), который является самым распространенным диагнозом у мужчин до 50 лет. Исходя из выше сказанного, целью нашего исследования явилось выявление особенностей проявления хронического простатита у молодых мужчин в зависимости от клинических и биометрических показателей.

Для решения поставленной цели, были выдвинуты следующие задачи: провести анкетирование по системе оценки сексуальной мужской функции и системе оценки симптомов хронического простатита; провести антропометрические (измерение роста, веса, обхвата талии и ягодиц, поперечного диаметра грудной клетки) и биоимпедансометрические измерения (на аппарате ABC – 01 Медасс), оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, выполнить статистическую обработку данных.

. Нами обследовано 46 мужчин молодого возраста, страдающих хроническим простатитом (22-35 лет, средний возраст составил $28,3 \pm 2,4$). Все пациентам проведено анкетирование по системе суммарной оценки симптомов при хроническом простатите (СОС-ХП) и по квантификационной шкале сексуальной функции мужчин (СФМ), исследование секрета предстательной железы, трансректальное ультразвуковое и ректальное пальцевое исследования простаты, исследование переднего отдела уретры и простаты на инфекции передаваемые половым путем (ИППП), биоимпедансометрия, определение соматотипа по Rees-Eisenck. Клинические исследования проводились на базе профессорской клиники, биометрическое обследование - в лаборатории биофизических методов на кафедре анатомии и гистологии человека КрасГМУ, лабораторные и инструментальные исследования - на базе Центральной научно - исследовательской лаборатории КрасГМУ.

По результатам обработки полученных данных и проведении соматотипирования по методу Rees-Eisenck, было установлено, что мужчины астенического типа телосложения были выявлены в 39% случаев ($n=18$), нормостенического – в 39% ($n=18$), пикнического – в 22% ($n=10$).



Рисунок 1. Биометрическая характеристика больных ХП

После проведения биоимпедансометрии (рисунок 1), наибольшее значение ИМТ ($35,08 \pm 3,45$) было выявлено у пациентов пикнического типа телосложения, наименьшее ($24,78 \pm 3,24$) – у астеников. Содержание жировой массы у пикников составило $32,2 \pm 6,22\%$, у астеников – $14,9 \pm 1,74\%$, у нормостеников – $15,5 \pm 1,10\%$. Доля

активной клеточной массы у представителей всех типов телосложения была примерно одинаковой, у пикников составила $71,46 \pm 3,18\%$, у нормостеников – $70 \pm 3,83\%$, у астеников – $69,64 \pm 2,12\%$. Относительное содержание общей жидкости и тощей массы было больше у нормостеников, и составило $62,6 \pm 2,12\%$ от массы тела.

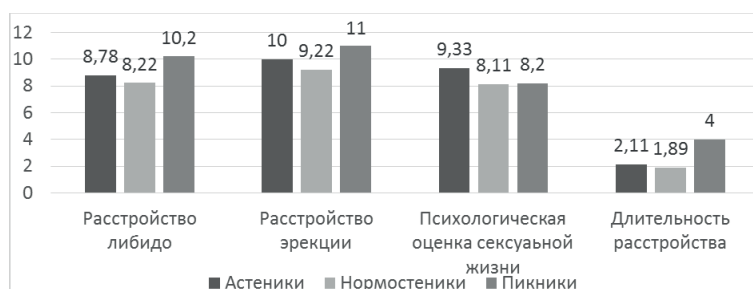


Рисунок 2. Характеристика сексуальной мужской функции больных ХП

Анализируя данные анкеты СФМ (рисунок 2) наиболее выраженные сексуальные расстройства были обнаружены нами у нормостеников. Мужчины пикнического соматотипа, хотя и имели наименее выраженные расстройства сексуальной функции, относились к этому критичнее остальных, что подтверждается суммой результатов 7, 8 и 9 вопросов анкеты СФМ.

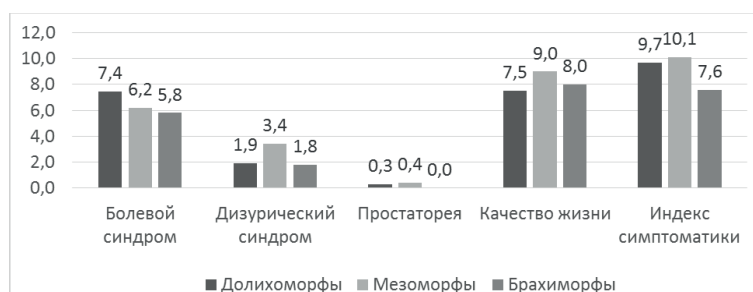


Рисунок 3. Характеристика симптомов и качества жизни больных ХП

Изучив цифровые значения анкет (рисунок 3), по результатам опросника СОС-ХП, нами установлено, что наиболее выраженная симптоматика ХП встречается у мужчин с нормостеническим типом телосложения (индекс симптоматики (ИС) = $10,11 \pm 1,66$ баллов), а наименее – у пикников (ИС = $7,6 \pm 1,14$ баллов). Однако, наиболее выраженный болевой синдром ($7,4 \pm 1,16$ баллов) отмечали у себя мужчины астенического типа, по сравнению с дизурическим синдромом и простатореей, которые преобладали у нормостеников.

Таблица 1

Трансректальное ультразвуковое исследование простаты

Соматотип	Астеники	Нормостеники	Пикники
Ширина (мм)	$32,0 \pm 2,31$	$32,88 \pm 2,17$	$35,6 \pm 2,77$
Толщина (мм)	$26,2 \pm 1,81$	$27,8 \pm 1,73$	$31,63 \pm 2,05$
Длина (мм)	$40,75 \pm 2,17$	$43,05 \pm 2,45$	$47,2 \pm 1,58$
Объем (мм)	$20,78 \pm 1,64$	$22,34 \pm 1,75$	$28,34 \pm 1,47$

При анализе значений (Таблица 1) трансректального ультразвукового исследования достоверно выявлено, что размеры длины и объема простаты наибольшие у представителей пикнического типа телосложения. Однако, те же показатели среди астеников и нормостеников не имели значимых различий.

Изучая данные лабораторных исследований секрета простаты, умеренное количество лецитиновых зерен в большинстве случаев отмечалось у мужчин с астеническим и нормостеническим типом телосложения. В то время, как единичные зерна преимущественно определялись у пикников, что может свидетельствовать о значительном снижении функции предстательной железы.

По результатам биоимпедансометрии показатели ИМТ, содержания жировой и активной клеточной масс были выше у пикников, а показатели содержания общей жидкости и тощей массы преобладали у представителей нормостенического типа телосложения. В соответствии с результатами анкетирования чаще наблюдалось снижение либидо, эрекции и выраженность симптоматика ХП у мужчин нормостенического соматотипа. Выявленные закономерности могут использоваться урологами на амбулаторном приёме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винник, Ю. Ю. Влияние хронического простатита на эякуляторную составляющую копулятивного цикла у мужчин / Ю. Ю. Винник, А. В. Уманский // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – Саратов, 2004. – С.188–189.
2. Устройство для измерения органов человека : пат. на полезную модель 118536 Рос. Федерация : МПК А61В 5/103 / Е. Ю. Лебедев, Ю. Ю. Винник, В. Г. Николаев, В. А. Дубровский, М. Ю. Потылицын ; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава и соц. развития РФ. - № 2012107758/14 ; заявл. 29.02.2012 ; опубл. 27.07.2012, Бюл. № 21. – 1 с.
3. Винник, Ю. Ю. Конституциональные особенности изменения микроциркуляции уретры на фоне лечения хронического уретрогенного простатита с использованием озонотерапии / Ю. Ю. Винник, В. И. Прохоренков // Сеченовский вестн. – 2013. – № 2. – С.41–43.
4. Сексуальная активность и отношение к инфекциям, передаваемым половым путем, мужчин молодого возраста / А. М. Бекетов, Ю. Ю. Винник, В. И. Прохоренков [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2012. – № 1. – С. 39–45.
5. Конституциональная изменчивость морфометрических характеристик простаты / Ю. Ю. Винник, Е. Ю. Лебедев, В. Г. Николаев [и др.] // VIII Конгресс «Мужское здоровье» с междунар. участием : сб. науч. тр. – Ереван, 2012. – Кн. 1. - С. 59–60.

575.1: 575.174

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОПУЛЯЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА КРАСГМУ

Е.В. Андреевская, А.В. Бабкина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Аверчук А.С.

Частая причина нарушения произношения звуков у ребенка связана с невозможностью манипуляции языком из-за его анатомических особенностей, а именно: наличие уздечки, как верхней, так и нижней, подвижности языка, и даже его размера, а самое главное способность языка уплощаться, выгибаться, подниматься к верхним альвеолам, совершать круговые движения, сворачиваться в трубочку и даже поворачиваться в вертикальную плоскость. Ребенок, который только-только начинает говорить, испытывает затруднение в произношении отдельных букв. В норме же, все это, язык должен выполнять. Ребенок, не способный произносить четко слова, испытывает психологический дискомфорт, становится необщительным и замкнутым. Это отражается и на его социальной адаптации.

В психогенетике (генетике поведения человека) можно выделить два крупных направления исследований. Одно из них разрабатывается в основном психологами и связано с изучением средовых причин изменчивости нормальных психологических и психофизиологических признаков. Второе направление, связано с изучением наследственных причин различных дефектов речи. В разработке последнего направления принимают участие, как медики, так и психологи. Есть движения, которыми одни люди владеют в совершенстве, а другие – сколько бы не старались, овладеть не могут. Таким образом некоторые представители Homo Sapiens могут сворачивать язык трубочкой, а у других такая способность отсутствует. Имеются данные, что этой способностью обладают более 60% людей. В 1940 г. Альфред Генри Стертевант описал два типа людей – «сворачивающие» и «несворачивающие» и сообщил, что способность к сворачиванию языка является доминантным признаком.

Для прогноза количества детей, имеющих возможный речевой дефект, и для планирования количества соответствующих специалистов, способных изменить этот дефект, и их распределение по районам страны, необходимо установить частоту встречаемости доминантного и рецессивного аллеля гена, отвечающего за способность сворачивания языка в популяции населения того или иного административного района.

Цель научно-исследовательской работы – изучение генетической структуры популяции студентов второго потока первого курса специальности «лечебное дело» ФФМО КрасГМУ на наличие гена сворачивания языка.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: установить количество студентов второго потока первого курса специальности «лечебное дело» ФФМО КрасГМУ способных сворачивать язык трубочкой; гендерную структуру респондентов, а также, генетическую структуру популяции студентов второго потока первого курса специальности «лечебное дело» ФФМО КрасГМУ.

Для исследования генетической структуры популяции студентов второго потока первого курса специальности «лечебное дело» ФФМО КрасГМУ использовали методы медицинской генетики, а именно математическую модель идеальной популяции закона популяционной генетики Харди – Вайнберга.

Закон позволяет оценить популяционный риск генетически обусловленных заболеваний; выявить потенциал исходного генетического материала, поскольку разные популяции характеризуются собственными аллелофондами; позволяет выявить влияние самых разнообразных факторов на популяцию.

Закон действует в идеальных популяциях, состоящих из бесконечного числа особей, полностью панмиктических и на которых не действуют факторы отбора.

Выбранная нами популяция студентов не является идеальной, но в рамках примерного эксперимента, на котором можно показать применение закона Харди-Вайнберга, мы можем условно принять ее за идеальную.

Нами было опрошено 195 студентов из 236, с их согласия.

Генетическая структура популяции

$$p+q=1$$

$$P^2+2pq+q^2=1 \quad AA+2Aa+aa=1$$

$$q^2(aa)=62/195=0.3179487 \text{ (частота встречаемости генотипа aa)}$$

$$q=\sqrt{0.3179487}=0.538694 \text{ (частота встречаемости аллеля «a»)}$$

$$p=1-0.538694=0.4361306 \text{ (частота встречаемости аллеля «A»)}$$

$$p^2=0.4361306^2=0.1902099 \text{ (частота встречаемости генотипа AA)}$$

$$2pq=0.538694*0.4361306*2=0.4918413 \text{ (частота встречаемости генотипа Aa)}$$

Результаты опроса представлены в виде диаграмм.



Рисунок 1. Гендерная структура исследованной популяции



Рисунок 2. Диаграмма результаты анкетирования (мужской пол)

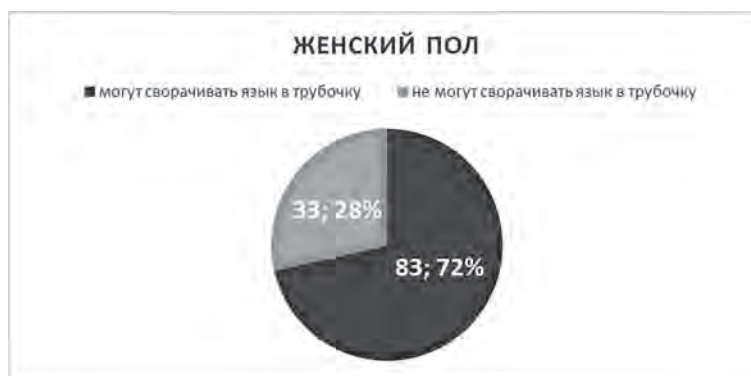


Рисунок 3. Диаграмма результаты анкетирования (женский пол)

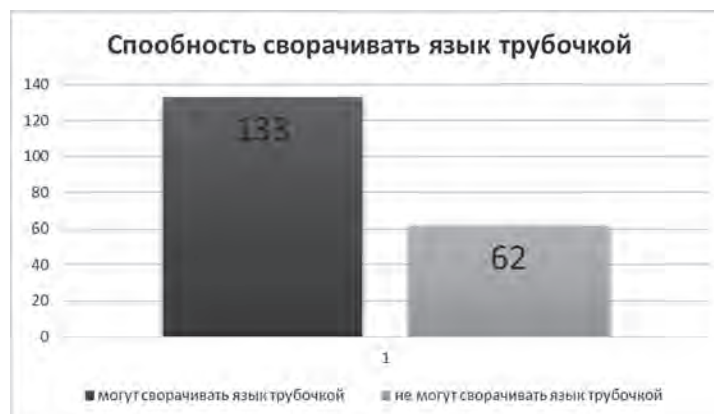


Рисунок 4. Диаграмма результаты анкетирования (способность сворачивать язык трубочкой)

Экстраполируя полученные данные на популяцию больших размеров, можно прогнозировать количество гомозиготных по доминантному аллелю гена и гетерозиготных людей. С ростом популяции, произойдет так называемый дрейф рецессивного гена, отвечающий за неспособность сворачивать язык, к уменьшению частоты встречаемости данного аллеля. На основе данного исследования можно прогнозировать количество логопедов и психологов для детей, имеющие речевые дефекты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития: Эмоциональные предпосылки освоения яз./ Е. Н. Винарская // Просвещение. – 1987. – С.160.
2. Ленц, В. Медицинская генетика/ В.Ленц // Медицина. – 1984. – С.235

УДК 616-053.2:615.38

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ ПЕРЕЛИВАНИЙ КРОВИ ПЛОДУ НА БАЗЕ КККЦОМД

Д.А. Аникин, Е.С. Минеева, О.В. Боровлева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;
КГБУЗ КККЦОМД*

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научные руководители: д.м.н., проф. заведующий каф. перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета В.Б. Цхай, асс. каф. перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета А.Ю. Дудина

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного развивается вследствие несовместимости организмов матери и плода по различным эритроцитарным антигенам и проявляется в появлении титра изоиммунных антител, гемолизе эритроцитов плода и новорожденного [6]. Долгое время изучение гемолитической болезни носило описательный характер. В 1932 году Луис Даймонд и Кеннеф Блекфен отметили, что эритробластоз плода с желтухой, отек новорожденного и гемолитическая анемия часто встречаются вместе. Резус фактор был открыт в 1940 году К. Ландштейнером и А. Винером. Это открытие заложило основу для понимания этиологии и патогенеза этого состояния. [3]

По данным статистики за 2013 г. по Российской Федерации резус иммунизация и другие формы иммунизации (по системе АВ0, С, с и т.д.) составляют 1,5% от числа закончившихся беременностей. В структуре перинатальной смертности гемолитическая болезнь стоит на 4–6 м месте. При этом общая летальность от этого заболевания составляет 0,65%, среди недоношенных — 3,95%. [4]

У 25% всех плодов, которые имеют несовместимость с матерью по антигенам эритроцитов, развивается тяжелая анемия, а также имеется высокий риск развития отека плода, при котором перинатальная смертность плодов, не получавших внутриутробного лечения, составляет 97–100 % [1,2].

Вопрос лечения гемолитической болезни плода остается актуальным и по сей день [5]. Стандартом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода в настоящее время являются внутриматочные внутрисосудистые гемотрансфузии, которые проводятся как в России, так и за рубежом. Переливание крови плоду через вену пуповины позволяют не только эффективно корректировать анемический синдром у плода, но и пролонгировать беременность у аллоиммунизированных беременных [7].

Целью нашего исследования явился анализ перинатальных исходов лечения тяжелых форм резус-аллоиммунизации внутриутробными внутрисосудистыми трансфузиями, выполненными в КККЦОМД в 2015–2016 гг.

За период с 2015-2016 гг. проведено 9 внутриутробных переливаний крови (5 беременных пациенток). Трансфузии осуществлялись при резком снижении уровней гемоглобина и гематокрита от нормальных уровней, соответствующих сроку гестации; кроме того учитывались показатели доплерометрического исследования: повышение максимальной систолической скорости кровотока (МСС) в средней мозговой артерии (СМА) выше 1,5 МоМ от физиологической нормы для срока беременности (табличные значения); и повышения уровня КФИ выше 0,57.

Операция ВПК проводилась в условиях развернутой операционной. Для переливания использовали отмытые и фильтрованные эритроциты донора 0(I) Rh (–) сроком давности – не более 3-х суток и высоким гематокритом ($> 60\%$). Объем переливаемой крови рассчитывали по номограмме с учетом фетоплацентарного объема крови, характерного для данного срока беременности, уровня исходного гематокрита у плода и гематокрита донора. Средний объем эритроцитов при первой операции ВПК составил $37,8 \pm 12,2$ мл; при второй $27,5 \pm 3,5$; при третьем ВПК объем крови составил в среднем $32,5 \pm 3,5$ мл. Скорость трансфузии составляла 1–3 мл/мин. Перед началом трансфузии с целью обездвиживания плода в вену пуповины вводили недеполяризующий нейромышечный блокатор бромистый пипекуроний (препарат «ардуан») в дозе 0,25 мг на 1 кг предполагаемой массы плода. Для оценки функционального состояния плода во время вмешательства проводили непрерывный кардиомониторный контроль сердечного ритма. Внутриматочные внутрисосудистые гемотрансфузии производили двухигольным методом: первой иглой проводили пункцию амниотической полости (амниоцентез) через интраоперационный адаптер под постоянным ультразвуковым контролем. Второй иглой, введенной через просвет первой иглы, выполняли пункцию вены пуповины (кордоцентез) [8]. Непосредственно перед инвазивным вмешательством осуществляли ультразвуковое исследование для определения оптимального места пункции.

В ходе проведенной работы мы получили следующие результаты. Все женщины были повторнобеременными, у 3 (60 %) беременных в анамнезе была гемолитическая болезнь плода и/или новорожденного легкой и средней степени тяжести, пролеченная в постнатальный период, у всех беременных изосенсибилизацию можно связать с предыдущими родами либо прервавшимися беременностями.

У всех пациенток были выявлены антиэритроцитарные антитела в титре от 1:32 до 1:1024. Средний срок первого выявления антиэритроцитарных антител – $23,2 \pm 2,2$ недель. Средний срок гестации первой операции ВПК составил – $25,8 \pm 3,1$ недель.

Нами оценивались лабораторные показатели уровня гемоглобина и гематокрита: Нб до операции $70 \pm 14,4$ г/л, после операции уровень Нб достоверно увеличился и в среднем составил $120,4 \pm 17,8$ г/л; положительные изменения отмечались и в уровне гематокрита: Нт до операции $21,7 \pm 2,2\%$, после операции Нт достоверно увеличился до $33,5 \pm 1,7\%$.



Была выявлено выраженное снижение уровня маркеров ГБ по УЗИ: до первой операции ВПК МСС в СМА составила $58,1 \pm 9,5$ см/сек, после ВПК данный показатель составил $39,2 \pm 8,7$ см/сек. При оценке КФИ также выявлено снижение: до операции ВПК $0,60 \pm 0,03$, после операции КФИ составил $0,51 \pm 0,01$.



2 беременным (40 %) были проведены повторные операции внутриутробного переливания крови. Средний срок гестации составил – $26,5 \pm 0,7$.

Лабораторные показатели: Hb до операции $78,5 \pm 2,1$ г/л, после уровень Hb составил $110,1 \pm 4,2$ г/л; Ht до операции $24 \pm 1,4\%$, после ВПК Ht $33,2 \pm 2,6\%$. Все показатели демонстрируют положительную динамику. Нами также была оценена динамика изменения маркеров ГБ: МСС в СМА составила до операции $44,1 \pm 11,3$ см/сек, после ВПК $34,7 \pm 0,14$ см/сек; КФИ до операции ВПК $0,60 \pm 0,02$, после операции КФИ составил $0,52 \pm 0,01$. Маркеры ГБ по УЗИ показали прогрессивное снижение. Третьи операции внутриутробного переливания крови были проведены 2 беременным (40 %). Срок гестации составил – $28,5 \pm 0,7$ недель. Заметна выраженная положительная динамика лабораторных показателей после операции внутриутробного заменного переливания крови: Hb до операции $94 \pm 1,4$ г/л, после уровень Hb составил $122,5 \pm 3,5$ г/л; Ht до операции $30,9 \pm 1,3\%$, после ВПК уровень Ht составил $37,7 \pm 0,7\%$. Анализируя маркеры ГБ, было выявлено снижение: МСС в СМА составила до операции $56 \pm 2,8$ см/сек, после ВПК $34,9 \pm 2,5$ см/сек; КФИ до операции ВПК $0,67 \pm 0,01$, после операции КФИ составил $0,53 \pm 0,02$.

3 (60%) беременные были родоразрешены методом кесарева сечения, у 2 (40%) беременных роды были через естественные родовые пути. Средний срок гестации на момент родоразрешения составил – $31,6 \pm 1,1$ недель. Средняя масса новорожденных при родах составила $1584 \pm 364,6$ г.; средний рост плодов – $43,8 \pm 3,4$ см. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте – $2,0 \pm 1,2$ баллов.

Анализ показал, что у 3 (60 %) плодов при рождении был тяжелый анемический синдром. У 2 (40%) новорожденных имелась анемия средней степени тяжести. Гемоглобин новорожденных в первые сутки в среднем составил $100,4 \pm 12,9$. Для коррекции анемического синдрома всем новорожденным $1,4 \pm 0,5$ раз были проведены операции заменного переливания крови в ОАР.

У всех новорожденных наблюдались респираторные нарушения, потребовавшие интенсивной терапии. Средняя длительность пребывания на ИВЛ составила – $121,4 \pm 97,6$ часов. Средняя продолжительность пребывания на НСРАР составила $37,2 \pm 12,2$ ч. Тяжелых перинатальных поражений ЦНС не было. Длительность пребывания в стационаре после рождения составила в среднем – $28,8 \pm 8,2$ дней.

При гистологическом исследовании плаценты у 3 (60%) беременных были выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности, 40 % изменений соответствовали сроку гестации.

По результатам нашей работы можно сделать следующие выводы:

1. Титр антирезусных антител при развитии ГБ может повышаться, быть без изменений, снижаться или носить скачущий характер. Прямой корреляции титра антител на протяжении беременности с тяжестью ГБП не выявлено. Отсюда следует, что титр антител имеет относительное диагностическое значение и является скрининговым методом.

2. При анализе данных после операций внутриутробного переливания крови было выявлено прогрессивное улучшение лабораторных показателей: гемоглобина и гематокрита, и обнаружено выраженное снижение основных УЗ маркеров ГБ: МСС в СМА и КФИ.

3. Совершенствование техники внутриматочной внутрисосудистой трансфузии позволит значительно снизить количество осложнений трансфузионной терапии и добиваться хороших результатов даже в крайне тяжелых случаях изоиммунизации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Современные представления о патогенезе и ультразвуковой диагностике анемии у плода / Э.К. Айламазян, Н.Г. Павлова // Пrenатальная диагностика. – 2007. – № 3. – С. 172–175.
2. Конопляников А. Г. Новые технологии в диагностике и профилактике гемолитической болезни плода и новорожденного / А.Г. Конопляников // автореферат диссертации доктора медицинских наук. – Москва, 2009.
3. Кувшинова Л.А. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Клинико-практические аспекты / Л.А. Кувшинова, О.О. Шемякина, Ю.В. Петренко // Детская медицина Северо-Запада. – 2010. – № 1: С. 34-40.
4. Савельева Г.М. Диагностика, лечение, профилактика гемолитической болезни плода при резус-сенсibilизации / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, О.Б. Папанина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2006. - №6. – С. 73–78.
5. Шелаева Е.В. Внутриутробные переливания в терапии Rh-аллоиммунизации / Е.В. Шелаева, Н. Г. Павлова // Проблемы репродукции. – 2009. – Специальный выпуск – С. 134
6. Шелаева Е.В. Перинатальные исходы при лечении тяжелых форм изоиммунизации/ Е.В. Шелаева, Н. Г. Павлова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 5. – С. 44–50.
7. Craparo F. J. The effects of serial intravascular transfusions in ascitic/ hydropic RhD-alloimmunized fetuses / F. J. Craparo // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology – 2005. – Vol. 25. – P. 144–148.
8. Mesogitis S. Fetal intravascular transfusion for hydropic disease due to rhesus isoimmunization / S. Mesogitis // Fetal Diagnosis and Therapy – 2005. – Vol. 20. — P. 431–436

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.Н. Антропова, Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
городская клиническая больница № 20 города Красноярска*

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Н.В. Попенко

В последние десятилетия резко увеличилось число людей, страдающих различными заболеваниями, и оно неуклонно растет. Общая характеристика психики, в том числе и эмоциональные реакции заболевших, связанные с изменением физического состояния, во многом определяют течение заболевания, эффективность и результат его лечения, поэтому существует необходимость разработки реабилитационных программ.

Гипертоническая болезнь (артериальная эссенциальная гипертензия) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В первую очередь это связано с тем, что из-за гипертонической болезни нередко снижается трудоспособность населения, в некоторых случаях она является причиной инвалидности и даже смертности. Вместе с этим, гипертоническая болезнь – фактор риска некоторых иных сердечно-сосудистых заболеваний, например, инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения, атеросклероза.

Актуальность работы заключается в том, что полученные исследования являются значимыми для практического здравоохранения и медико-психологической практики, что заключается в возможности использования результатов, отражающих особенности эмоциональной сферы при гипертонической болезни, в целях психодиагностики, психопрофилактики и реабилитации.

Целью данной работы является исследование эмоциональных особенностей больных гипертонической болезнью

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

а) подобрать диагностический инструментарий для исследования эмоциональных особенностей больных гипертонической болезнью;

б) исследовать эмоциональную сферу больных гипертонической болезнью;

в) исследовать наличие депрессивных состояний у больных гипертонической болезнью;

г) исследовать уровень невротизации больных гипертонической болезнью.

Экспериментальная база: Городская клиническая больница № 20 города Красноярска. Кардиологическое отделение.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);

- психодиагностические методы: методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т. И. Балашовой); цветовой тест Люшера; методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана.

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы № 20 города Красноярска, в кардиологическом отделении. В нем приняли участие 24 человека, больных гипертонической болезнью. Из них четверо мужчин в возрасте 52-77 и 20 женщин в возрасте 54- 86, средний возраст 70 ± 1 лет.

Для исследования эмоциональных особенностей больных гипертонической болезнью была использована «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга» (адаптация Т.И. Балашовой). Следующим методом исследования была «Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана». Для качественного анализа эмоциональных особенностей был использован цветовой тест Люшера, разработанный доктором Максом Люшером. Цветовая диагностика Люшера позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Он позволяет определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования и позволяют выявить эмоциональные особенности больных гипертонической болезнью.

При сборе анамнеза у больных гипертонической болезнью отмечаются жалобы на клиническую симптоматику и психологическое здоровье, в связи с нестабильностью физического компонента, что находит отражение и подтверждение в методах эмоциональной сферы.

Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана показала, что у 16% испытуемых отмечен низкий уровень невротизации, свидетельствующий об эмоциональной устойчивости, положительном фоне переживаний, у 25 % человек отмечается повышенная тенденция к появлению невротических состояний,

у 58%-повышенный уровень невротизации, свидетельствующий о выраженной эмоциональной возбудимости. В результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство). Все полученные данные приставлены на диаграмме:

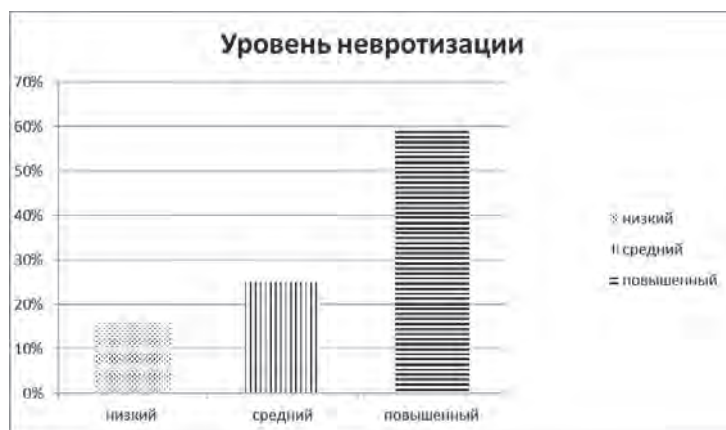


Рисунок 1. Показатели исследования по методики диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана

Полученные данные подтверждаются цветовым тестом Люшера и по результатам исследования было получено, что у 25% (6 человек) из 24 выявлена тревожность, у 50% (12 человек)-легкая тревожность, 17% (4 человека)-умеренная, 8% (2 людей)-повышенная. Общий показатель тревожности по всей выборки составляет-46%. Результаты представлены на диаграмме:

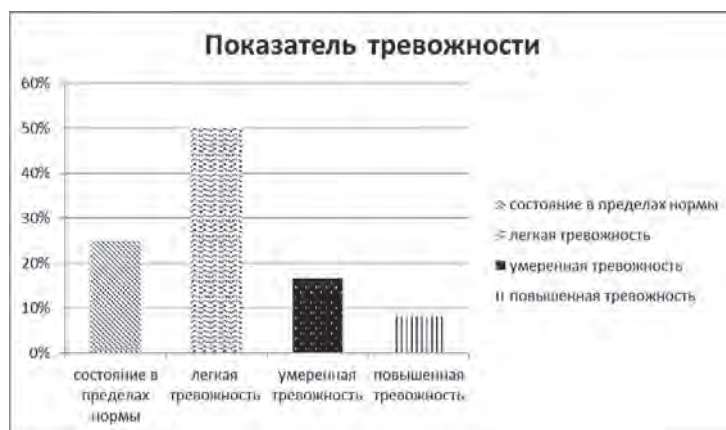


Рисунок 2. Показатели исследования по методики цветовой тест Люшера (показатели тревожности)

Таким образом, для гипертонических больных характерно воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Анализируя результаты исследования по методике дифференциальной диагностики можно констатировать, что у 83% (20 испытуемых) депрессивных состояний не отмечается, у остальных 17% (4 испытуемых) наблюдается легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. Испытуемых с выраженными симптомами депрессии не выявлено. Полученные данные представлены на диаграмме:

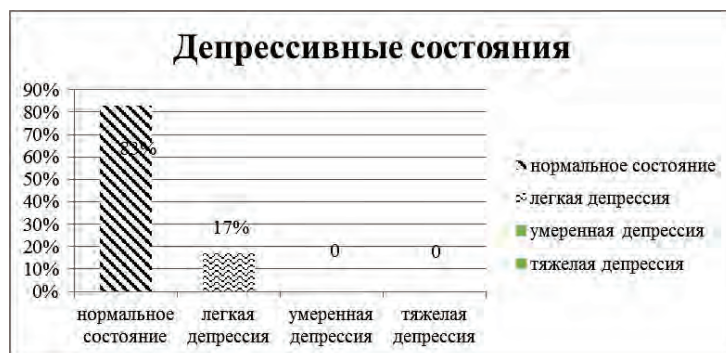


Рисунок 4. Показатели исследования по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга

Отсутствие у больных гипертонической болезнью депрессивных состояний связано, прежде всего, с тем, что при высоком уровне невротизации они пытаются стабилизировать свое состояние, это можно проследить с помощью цветового теста Люшера, так при выборе цвета наиболее предпочитаемыми были синий и зеленый(40%), фиолетовый(5%) и желтый(15%). Полученные данные представлены на диаграмме:

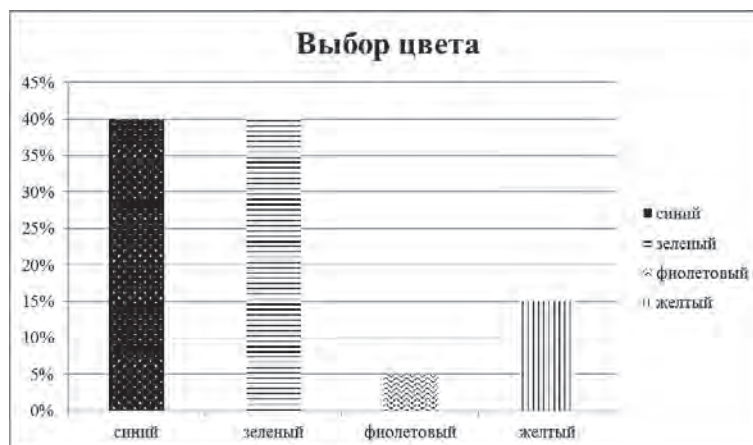


Рисунок 5. Предпочитаемые цвета (по Цветовому тесту Люшера)

Из этого следует, что выбор зеленого и синего цвета связано с тем, что пациенты пытаются справиться с гнетущим их напряжением, за счет волевого компонента, выбор синего цвета связан со стремлением к покою, без особых усилий воли. Выбор фиолетового цвета свидетельствует о потребности личности в уходе от реальной действительности, нереальных требованиях к жизни. Желтый цвет означает потребность в эмоциональной вовлеченности и защищенности.

Я считаю, что мои выводы являются актуальными, именно в психологическом сопровождении пациентов гипертонической болезнью в условиях стационара. Следует обратить внимание на высокий уровень невротизации у больных гипертонической болезнью и для них характерно воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, поэтому следует разработать комплекс реабилитационных программ, направленных на снижение невротизации и тревоги.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акбарова С.Н., Исаханова Н.Х. Психология больных гипертонией с точки зрения дерматоглифики // Молодой ученый. - 2014. - №6. - С. 789-791.
2. Бунова С.С. Гипертоническая болезнь: нарушения психонейрогуморальных взаимоотношений и способы их коррекции // АГ. -2009. - №3. - С.346-354.
3. Ванчакова Н.П., Попов А.П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и опыт их коррекции Тенотеном // Поликлиника, 2007. - №2 – С.74-78. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://drive.google.com/file/d/0B2Ob3MlrXtZrZlJza25JVVJHV0E/edit?pli=1#>
4. Гончарова Л.Н. Гипертоническая болезнь: диагностика и лечение Федоткина Л.К., Усанова А.А., Фазлова И.Х. -Саранск,2008-с.15
5. Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник, 5-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 2001. –С. 592
6. Драгунский В.В. Полный цветопсихологический тест Макса Люшера
7. Ефимова Л.П. Амбулаторное наблюдение больных гипертонической болезнью в условиях Севера: метод, рекомендации. - Сургут, гос. ун-т. -2-е изд., доп. - Сургут: Изд-во СурГУ, 2006. -39 с.
8. Кручинина Н.А., Поришин Е.Е. Особенности регуляции и ауторегуляции вегетативной функции при психоэмоциональном напряжении у лиц с разным уровнем артериального давления // Физиология человека. - 1994. - Т. 3, № 20. - С. 89-97.
9. Крус Мендоса С. Гипертония. Самые эффективные методы лечения/ - Изд.: Крылов, 2010. - 75 с.
10. Особенности личности и клинко- инструментальные показатели у пациентов с ФП: сб. науч. тр./ под ред. Михель Н.Д. – Саратов: СГМУ, 2012
11. Чуднова А.Н. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека - М.: АСТ,2011 - 157с.
12. Чухнин Е.В. Взаимосвязь особенностей психоэмоционального реагирования (по тесту Люшера) и основных параметров variability сердечного ритма при ИБС и гипертонической болезни / Е.В. Чухнин, Н.Б. Амиров, Л.А.Халиуллина // фундаментальные исследования/ Медицина и здравоохранение.-Казань, 2011.- Т.10, №10. – С.155-158.
13. Шпак Л.В., Колбасников С.В. Выраженность тревожных расстройств и состояние кровообращения у больных гипертонической болезнью // Терапевт. архив. -1998. - № 6. - С. 50-53.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБЛАСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Н.В. Архипова

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: преп. Андреев В.А.

Проблема инфекционных заболеваний на протяжении ряда лет остается актуальной для всех без исключения территорий РФ. Ежегодные сезонные пики заболеваемости гриппом и ОРВИ инициируют поиск дополнительных методов профилактики обсуждаемых инфекций. Знания различных групп населения о возможностях первичной профилактики гриппа активно популяризируются, ведется работа по формированию приверженности населения сезонной вакцинации. В то же время актуализируется проблема исследования динамики уровня информированности населения по вопросам гриппа и ОРВИ. Значимость инфекционных болезней в общей патологии в настоящее время не только не снижается, но и имеет тенденцию к возрастанию [1].

Современная эпидемиологическая ситуация характеризуется повышением числа респираторных вирусных инфекций во всех возрастных группах, что во многом связано со снижением иммунологической реактивности населения. Мероприятия по первичной профилактике гриппа и ОРВИ носят комплексный характер и достаточно масштабны. Однако ежегодные сезонные подъемы заболеваемости гриппом и ОРВИ не позволяют снизить интенсивность проведения профилактических мероприятий. Исследования, целью которых выступает научно-методическое обоснование разработки, внедрения и оценки результативности дополнительных неспецифических мероприятий по профилактике гриппа и ОРВИ в различных возрастных группах населения, представляются своевременными и актуальными [2].

Проанализировав различные источники информации по данному вопросу, можно сделать вывод, что грипп и другие респираторные заболевания остаются плохо контролируемыми инфекциями. Причин для этого много: высокая контагиозность вирусов, скорость и массивность поражения, полиэтиологичность возбудителей, смешанный характер инфекций, выраженная изменчивость антигенных свойств вирусов, нерациональная фармакотерапия, ограниченность специфической профилактики, а также быстро развивающаяся резистентность к препаратам [3].

В комплексе противоэпидемических мероприятий против респираторных инфекций используют два основных способа предупреждения заболеваний: специфическая профилактика (вакцинопрофилактика) и неспецифическая защита, где основная роль отводится респираторному этикету.

Специфическая профилактика респираторных инфекций, как правило, сложна, требует значительных денежных затрат для государства и не всегда реализуема. Кроме этого, имеется достаточное количество побочных эффектов. Тогда как неспецифическая профилактика доступна каждому человеку, менее затратная, не представляет каких-либо сложностей, и защищает не только от гриппа.

Актуальность исследования определяется отсутствием данных об информированности населения в вопросах профилактики респираторных инфекций.

Цель исследования: определение информированности населения в области неспецифической профилактики респираторных инфекций.

Объект исследования: неспецифическая профилактика респираторных инфекций.

Предмет исследования: информированность населения в вопросах профилактики респираторных инфекций.

Гипотеза: в исследовании мы предположили, что население недостаточно информировано в вопросах первичной неспецифической профилактики респираторных инфекций.

Задачи исследования:

- 1) Выявить способы профилактики.
- 2) Провести исследование информированности населения в области неспецифической профилактики.
- 3) Провести анализ полученных результатов.

Методы исследования:

- Теоретический анализ литературы.
- Анкетирование.

Выборка: пациенты городской поликлиники № 14 в возрасте от 18 до 60 лет

Экспериментальная часть исследования выполнена в КГБУЗ Красноярской городской поликлинике № 14. В процессе эксперимента было опрошено 90 пациентов в возрасте 18 – 60 лет.

Для проверки гипотезы были использованы анкеты, включающие перечень вопросов по профилактике респираторных инфекций.

Оценка уровня знаний пациентов по результатам анкетирования приведена ниже.

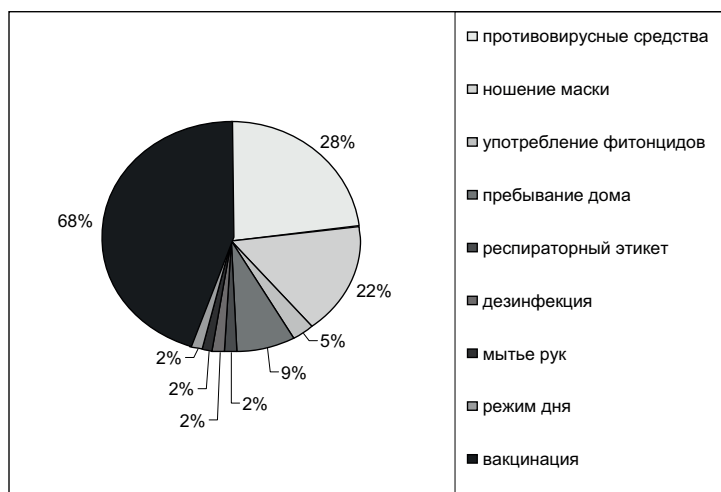


Рисунок 1. Способы профилактики респираторных инфекций

Как показывают результаты опроса, большинство опрошенных пациентов считают наиболее эффективным средством профилактики вакцинацию, 28% - назвали прием противовирусных средств и антибиотиков, 22% - ношение маски. Остальные назвали: употребление фитонцидов (лука и чеснока), изоляция в домашних условиях на время эпидемии, дезинфекцию, учащенное мытье рук, соблюдение режима дня и отдыха.

Полный анализ результатов анкетирования показал, что:

1) Большинство опрошенных пациентов имеет низкий уровень информированности о неспецифической профилактике респираторных инфекций.

2) Большая часть опрошенных считают наиболее эффективным методом вакцинацию, при этом количество вакцинированных среди респондентов не превышает 23%.

3) Среди респондентов только 22 % используют маски, при этом 12 % из них знают о смене маски каждые 2 часа.

4) Достаточно популярным методом среди опрошенных считается изоляция дома;

5) Только 2 % имеют представление о респираторном этикете.

Таким образом, данное исследование имеет практическую ценность для разработки и проведения санитарно-просветительских мероприятий, а также выбора эффективных средств информирования населения в области профилактики респираторных инфекций. Основное внимание при разработке методов профилактики следует уделить формированию у населения респираторного этикета как основного метода неспецифической профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова, А.К. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ – инфекции и эпидемиологии / А.К. Белоусова. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 2010. - С. 132-135.
2. Малов, В.А. Сестринское дело при инфекционных болезнях. М.: «Мастерство», 2005. С. 197-199.
3. Карпухин, Г. И. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний / Г. И. Карпухин, О. Г. Карпухина. – СПб. : Гиппократ, 2000. – 184 с.

УДК 613.98:005.35

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ В СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (НА ПРИМЕРЕ КГАУ СО КГЦ «УЮТ»)

Н.Г. Астанина, В.В. Шефер

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы

Научный руководитель: к.м.н., доцент. Тихонова Н.В.

В настоящее время для успешного функционирования учреждений социальной сферы одним из главных факторов является полная удовлетворенность потребителей предоставляемыми услугами. Особое значение это имеет в обслуживании клиентов пожилого возраста, которые предъявляют повышенные требования к качеству медико-социальных услуг и в большинстве случаев остаются ими не удовлетворены.

В связи с данной проблемой необходимо уделять больше внимания оценке качества услуг и разработке управленческих мероприятий по их улучшению в системе социального обслуживания населения.

О росте потребности в социальных услугах среди пожилого населения свидетельствует прогрессирующее демографическое постарение населения.

В связи с этим целью данного исследования стала оценка удовлетворенности клиентов качеством социально-психологических услуг в КГАУ СО КГЦ «Уют» и разработка рекомендаций, направленных на его повышение.

Для достижения этой цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Провести оценку удовлетворенности клиентов КГЦ «Уют» качеством реабилитационных, в том числе социально-психологических, услуг;
2. Провести диагностику психологического состояния пожилых людей;
3. Установить взаимосвязь между показателями интернальности и оптимизма;
4. Разработать практические рекомендации для специалистов, реализующих программы реабилитации лиц пожилого возраста по повышению качества предоставляемых социально-психологических услуг.

Для исследования были использованы методики:

- методика Локус контроля (Роттера);
- тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина);
- метод логического анализа;
- метод анкетирования и выкопировки данных;
- годовые отчеты КГАУ СО КГЦ «Уют» по контролю качеству.

База проведения исследования: Краевой геронтологический центр «Уют».

В исследовании приняли участие лица пожилого возраста, получавшие медико-социальные услуги в геронтологическом центре «Уют» в 2015 году. Всего обследовано 91 человек. Средний возраст респондентов составил 68 лет (по Ме).

Анализ выборки лиц пожилого возраста показал, что большинство опрошенных относятся к лицам женского пола (87,5%). Респонденты в 82,1 % случаев проживают на городской территории Красноярского края. Также, больше половины из них проживают в одиночестве, после потери супруга (56 %), около трети состоят в браке (38 %) и 6 % опрошенных никогда не вступали в семейные отношения.

Согласно анкетированию оценки качества медицинских услуг и реабилитационного маршрута пациента (оценка качества социально-психологических услуг) мы получили следующие данные:

Таблица 1

Средний балл оценки качества медицинских и социально-психологических услуг за 2013-2015гг.

Год	Врач	Средний медицинский персонал	Специалист по социальной работе	Психолог
2013	4,6	4,3	4,1	3,9
2014	4,8	4,3	4,3	4,1
2015	4,8	4,6	4,4	4,0

Оценка качества услуг предоставляемых клиентам, проводимая учреждением путем анонимного анкетирования показала, что медицинские услуги оцениваются клиентами выше, чем социально-психологические.

К таким же выводам мы пришли, изучив уровень удовлетворенности клиентами медицинских и социально-психологических услуг.

Таблица 2

Оценка уровня удовлетворенности качеством медицинских и социально психологических услуг за 2013-2015гг.

	Медицинские услуги			Социально-психологические услуги		
	2013 год	2014 год	2015 год	2013 год	2014 год	2015 год
Удовлетворяет полностью	82%	86%	88%	73%	76%	72%
Удовлетворяет частично	18%	14%	16%	27%	24%	28%
Полностью не удовлетворяет	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

При этом, комплексная программа реабилитации включающая медицинские и социально психологические услуги оценивается выше, чем медицинская и социально-психологическая составляющие этой программы по отдельности.

**Оценка уровня удовлетворенности качеством комплексной программы
реабилитации за 2013-2015гг.**

	2013	2014	2015
Удовлетворяет полностью	87%	89%	95%
Удовлетворяет частично	13%	11%	5%
Полностью не удовлетворяет	0 %	0%	0%

Конкретных жалоб и претензий по оказанию социально-психологической помощи в анкетах указано не было. Поэтому мы предполагаем, что оценка качества услуг зависит от психологического состояния пожилых людей.

В связи с этим, в ходе исследования, нами была проведена диагностика психологических состояний. Было выявлено, что большинство опрошенных лиц пожилого возраста относились к представителям интернальной формы локус контроля (69 %), пожилые люди экстернальной формы локус контроля встречались в 31% случаев.

Также, согласно полученным данным 11 % клиентов относятся к оптимистам, 87 % к пессимистами и у 2% респондентов в равной степени присутствует и оптимизм и пессимизм.

В результате исследования мы выявили взаимосвязь между показателями интернальности и уровнем оптимизма и рассчитали коэффициент корреляции Спирмена = -0,575, значение которого свидетельствует о наличии обратной средней связи. Корреляция между интернальностью и оптимизмом в пожилом возрасте статистически значима.

Несмотря на низкий уровень оптимизма, можно говорить о высокой интернальности локуса контроля в данной возрастной группе. Вероятно, это обусловлено тем, что ожидание того, что в будущем будут скорее происходить хорошие события, чем плохие, для пожилых людей в современной экономической ситуации практически абсурдно. Однако, при всей неблагоприятности прогноза на будущее, эти люди по-прежнему сохраняют высокую степень вовлеченности в жизнь, признают свою ответственность за ее качество и надеются на лучшее.

В результате исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Анализ оценки удовлетворенности качеством реабилитационных услуг свидетельствует о более низкой оценки качества социально-психологических услуг по сравнению с медицинскими;
2. Более низкий уровень удовлетворенности качеством социально-психологических услуг связан с психологическим состоянием пожилых людей;
3. Оптимизм обратно пропорционален интернальности локуса контроля (чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека).

Опираясь на выводы мы разработали рекомендации:

1. При реализации программ реабилитации пожилым людям, направленных на достижение активного долголетия, необходимо учитывать их социально-психологические особенности;
2. Для разработки управленческих мероприятий, направленных на повышение качества медико-социальных услуг, необходимо особое внимание уделять внедрению инновационных подходов в социально-психологической реабилитации, направленной на формирование позитивного настроя и эмоционального благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурнадз, Т.И. Качество социальных услуг: методологические и правовые проблемы / Т.И. Бурнадз // Молодой ученый. – 2015. – №11. – С. 765-768.
2. Максимова, С.Г. Социальные фрустрации лиц пожилого и старческого возраста в контексте социально-психологической дезадаптации / С.Г. Максимова // Клиническая геронтология. – 2001. – №7. – С.38-45.
3. Куркина, М.И. Концептуальные основы управления качеством социальных услуг в условиях модернизации / М.И. Куркина//

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г. Астанина, В.В. Шефер

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы

Научные руководители: к.м.н., доцент. Н.В. Тихонова, Н.И. Бондаренко

С увеличением доли пожилых людей в общей численности населения в значительной мере обострилась необходимость внедрения инновационных подходов в реабилитацию лиц данной возрастной категории.

Человеку в поздние годы приходится не только адаптироваться к быстро меняющимся социокультурным условиям, но и адаптировать эти условия к себе, участвовать в создании благоприятных для своего развития ситуаций. Пожилой человек как субъект жизнедеятельности – это субъект изменений и развития основных условий своего бытия. Психологическое поле его действий должно быть наполнено новыми смыслами.

При этом пожилые пациенты обнаруживают у себя признаки социального старения – некоторые новые области общественной реальности оказываются неосвоенными ими. Многие оказываются менее выносливыми, снижается их работоспособность. Обнаруживаются потери в когнитивной сфере: слабеет память, замедляются интеллектуальные процессы и т.д. Эти изменения требуют приспособления личности к себе, поиска своих новых возможностей; овладения способами совладения с трудностями.

Поэтому, социально-психологический аспект является одной из важнейших составляющих комплексной реабилитационной программы пожилых пациентов.

Целью данного исследования явилась оценка субъективного контроля оптимизма в пожилом возрасте.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Провести тестирование путем анкетирования пациентов пожилого возраста методиками Локус контроля (Роттера) и Диспозиционный оптимизм (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина)
2. Провести статистический анализ полученных данных
3. Определить направление психологической работы с пожилыми пациентами по повышению оптимизма

Для исследования были использованы методики:

- Методика Локус контроля (Роттера);
- Тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина);

Исследование проводилось среди лиц пожилого возраста на базе Краевого геронтологического центра «Уют», всего обследовано 91 человек, средний возраст которых составил 68 лет.

Анализ выборки лиц пожилого возраста показал, что среди опрошенных 87,5% лица женского пола и 12,5 – мужского. Респонденты в 82,1 % случаев проживают на территории г. Красноярска и городов Красноярского края, 17,9% - жители сельской местности. Также, больше половины из них проживают в одиночестве, после потери супруга (56 %), около трети состоят в браке (38 %) и 6 % опрошенных никогда не вступали в семейные отношения.

В ходе исследования попытались определить имеется ли связь между интернальностью Локуса контроля и оптимизмом у пациентов пожилого возраста.

Диспозиционный оптимизм является относительно устойчивой личностной характеристикой, отражающей позитивные ожидания субъекта относительно будущего. В свою очередь, оптимисты, как люди, видящие в будущем в основном положительные моменты, более склонны к активным действиям, чем пессимисты.

Экстернальность – интернальность (от лат. *externus* – внешний, *internus* – внутренний) – предрасположение индивида к определенной форме локуса контроля. Если ответственность за события, происходящие в его жизни, человек в большей мере принимает на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, то это говорит о наличии у него внутреннего (интернального) контроля. Если же доминирует склонность приписывать причины происходящего внешним факторам (окружающей среде, судьбе или случаю), то это свидетельствует о наличии у него внешнего (экстернального) контроля.

В рамках исследования путем анкетирования была проведена диагностика психологических состояний с целью определения уровня оптимизма у пожилых пациентов и их принадлежности к определенному типу Локус контроля и получены следующие результаты.

Большинство опрашиваемых лиц пожилого возраста относились к представителям интернальной формы локус контроля (69 %), пожилые люди экстернальной формы локус контроля встречались в 31% случаев.

Также, согласно полученным данным 11 % пациентов относятся к оптимистам, 87 % к пессимистам и у 2% респондентов в равной степени присутствует и оптимизм и пессимизм.

При помощи расчета коэффициента корреляции Спирмена мы выявили взаимосвязь между показателями интернальности и уровнем оптимизма. Полученное значение корреляции = -0.575, что говорит о средней обратной

связи показателей. Корреляция между интернальностью и оптимизмом в пожилом возрасте статистически значима. Уровень оптимизма обратно пропорционален интернальности локуса контроля.

На основании полученных результатов, мы пришли к следующему выводу: чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека. Это возможно подтвердить и теоретическим обоснованием интернальности - она неотъемлемо связана с чувством вины. Хотя, здесь наблюдается некий парадокс - интернальность предполагает высокую степень внутренней вовлеченности индивида во все происходящее с ним, высокую самооценку и уровень ответственности.

Несмотря на низкий уровень оптимизма, можно говорить о высокой интернальности локуса контроля в данной возрастной группе. Вероятно, это обусловлено тем, что ожидание того, что в будущем будут скорее происходить хорошие события, чем плохие, для пожилых людей в современной экономической ситуации практически абсурдно. Однако, при всей неблагоприятности прогноза на будущее, эти люди по-прежнему сохраняют высокую степень вовлеченности в жизнь, признают свою ответственность за ее качество и надеются на лучшее.

Исходя из полученных данных, для специалистов реализующих программу реабилитации пожилых пациентов, а именно ее социально-психологическую часть, мы можем дать следующие рекомендации: нет необходимости в развитии интернальности с целью повышения оптимизма пожилых испытуемых. Полученные данные наоборот говорят о том, что высокая интернальность Локуса контроля ведет к снижению оптимизма. Таким образом, имеет смысл повышать уровень оптимизма без повышения интернальности локуса контроля, т.е. использовать в психологической реабилитации методы и формы работы, направленные только на повышение уровня эмоционального благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кадырова, В. Х. Психологические особенности эмоциональной сферы пожилых людей. / В.Х. Кадырова // Концепт. - 2012. - № 7. - С. 3-7.
2. Научная библиотека КиберЛенинка: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-emotsionalnoy-sfery-pozhilyh-lyudey#ixzz43EgepLb82>. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старости: Учеб. пособие. - М.: Академия, 2008. - С. 288.
3. Максимова С.Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии. - Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2006. - 223 с.
4. Шевченко О.Н. Социально-психологическое сопровождение пожилых людей как направление деятельности социального работника // В сборнике: Россия и Европа: связь культуры и экономики Материалы XI международной научно-практической конференции: в 2-х частях. Ответственный редактор: Уварина Н.В. 2015. С. 457-460.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрах – М», 2005. – С. 672.
6. Свищева, Е.Е. Психосоциальная геронтология и методы психосоциальной помощи лицам пожилого и старческого возраста / Е.Е. Свищева // Программа и планы семинарских занятий для студентов специальности 350500 «Социальная работа». – Курган: Изд-во Курганского государственного университета, 2004 – С. 13

УДК 616-053.2

СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ДИАГНОЗОМ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

М.С. Афанасьева

Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета

Научные руководители: д.м.н., доц. Камалтынова Е.М., к.м.н., асс. Белоногова Е.Г.

Актуальность. Атопический дерматит (АД) занимает ведущее место в структуре аллергических болезней у детей младшей возрастной группы и в большинстве случаев является одним из первых клинических проявлений атопии. До сих пор остаются неоднозначные данные роста, распространенности дерматита, но вместе с тем известно, что вклад в этиологию аллергических болезней вносит сенсibilизация к пищевым аллергенам. По данным литературных источников наиболее частыми аллергенами в возрасте до 4х лет являются коровье молоко и куриное яйцо.

Цель. Установить структуру сенсibilизации у детей с АД в возрасте до 4 лет.

Пациенты и методы. Данная работа выполнена в дизайне одномоментного исследования, проведенного на базе отделения клинической иммунологии и аллергологии ОГБУЗ «Областная детская больница» (г.Томска). Включено 69 пациентов в возрасте от 0 до 4 лет, находившихся на обследовании и лечение с АД в период 01.09.2014-01.07.2015 гг. Количество мальчиков и девочек было пропорционально, 1:1 (55% и 45% соответственно). На каждого пациента заполняли индивидуальную регистрационную карту, которая включала в себя вопросы о массе, росте ребенка при рождении, особенностях вскармливания, наличии больных атопическими

заболеваниями в семье, контакте с домашними животными, объективные данные на момент поступления. Оценка тяжести АД проводилась по международной системе SCORAD. Сумма баллов до 20 оценивалась как легкая стадия дерматита, 20-40 баллов - среднетяжелая и более 40 - тяжелая стадия. Всем пациентам проведено определение общего и специфических IgE в сыворотке крови к наиболее распространенным бытовым (клещам домашней пыли, эпителию кошки) и пищевым аллергенам (куриное яйцо, яичный белок, яичный желток, куриное мясо, молоко) методом ImmunoCAP, Phadia IDM (Швеция).

Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0» Для сравнения частоты количественных и полуколичественных признаков использовали U-критерий Манна-Уитни, качественных признаков — критерий χ^2 . Различия в группах считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст дебюта заболевания у пациентов с АД $8 \pm 0,23$ месяцев. Значение индекса по системе SCORAD у 78% пациентов составил 69 баллов, что соответствует тяжелому течению дерматита. Уровень общего IgE был выше среднего показателя ($299,18 \pm 72,87$ МЕ/мл.). Установлено, моносенсибилизация встречалась у 13,04% пациентов, наиболее часто регистрировалась поливалентная сенсибилизация - 62,32% ($p < 0,05$).

В структуре сенсибилизации у пациентов с АД превалировали аллергены куриного яйца (68,16%), яичного белка (73,85%), яичного желтка (49,9%) и куриного мяса 25%. К коровьему молоку атопия выявлена лишь у 12,74% пациентов. Встречалась сенсибилизация также и к бытовым аллергенам, которая представлена эпителием кошки 62,45% и аллергенами домашней пыли 16,6%.

Выводы.

Полученные результаты исследования указывают, что наиболее значимыми аллергенами в структуре сенсибилизации у детей до 4х лет с АД являются аллергены куриного яйца и эпителия кошки.

УДК 618.3/.5 – 06:616.44:616-053.31

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Е. Ахмедова, Ф.И. Мирзоева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО*

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Шапошникова Е.В.

Принципы ведения беременности, осложненной патологией щитовидной железы, в практике врачей различных специальностей актуальны, поскольку при дисбалансе тиреоидных гормонов, необходимых для нормального течения гестационного процесса, развиваются тяжелые осложнения. Здоровье матери и ребенка тесно связано не только с состоянием мать-плацента-плод, а также с нарушением биоценоза в ней. Уязвимым звеном в возникновении патологии является щитовидная железа. Нарушения функции щитовидной железы является достаточно распространенной патологией, с частотой встречаемости у 2-5 % беременных [1]. Дисфункция щитовидной железы является одним из повреждающих факторов нарушений в фетоплацентарной системе с развитием угрозы прерывания беременности, преэклампсии, плацентарной недостаточности, задержки роста плода (ЗРП), преждевременной отслойки плаценты.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы у женщин с патологией щитовидной железы.

Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 48 историй родов и историй развития новорожденных у женщин с патологией щитовидной железы. Изучали анамнез, общее состояние, данные объективного обследования органов и систем, консультации смежных специалистов, данные ультразвукового исследования щитовидной железы матери и фетоплацентарного комплекса плода (фетометрию, доплерометрию). Лабораторное обследование включало традиционные общеклинические методы: общий анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора (при необходимости титра антител), биохимический анализ крови (билирубин, холестерин, щелочная фосфатаза, мочевины, общий белок и фракции, сахар, электролиты), оценку системы гемостаза. Оценка состояния новорожденного проведена в конце первой и пятой минут по шкале Апгар. Дальнейший клинический осмотр включал: степень доношенности ребенка, массу и длину тела новорожденных, окружность головы и грудной клетки. Математическая и статистическая обработка данных выполнена с использованием критериев непараметрической статистики с достоверностью различия значений при $p < 0,05$.

Результат и их обсуждение: Средний возраст беременных составил $29,1 \pm 2,14$ года. Заболевания щитовидной железы были диагностированы у 48 беременных женщин, из них: гипотиреоз имел место у 20 беременных (41,6%), диффузный зоб (эутиреоз) диагностирован у 15 женщин (31,2%), узловой зоб (эутиреоз) – у 13 (27,1%).

Данные оценки социального статуса выявили неблагополучие в исследуемой группе: безработные, исключая домохозяйек, составили 17 человек (35,4%); не замужем, исключая гражданский брак, – 16 пациенток (33,3%). При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы исследования (58,3%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций. Среди экстрагенитальных патологий наиболее частыми, у взятых нами на учет беременных, были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) – 22,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) – 8,3%. У 6 женщин (12,5%) был выявлен гепатит С.

При анализе информированности женщин о диагнозе гипотиреоза до беременности только 44 пациенток (91,6%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. В 8,4% случаев он был вставлен на ранних сроках беременности.

Гинекологический анамнез был отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: эрозии шейки матки – 50% случаев, воспалительные заболевания органов малого таза – 16,6%, миома матки – 12%, вагинит – 20% случаев. Данные оценки репродуктивной функции показали соотношения перво- и повторнородящих – 12 (25%) и 36 (75%) соответственно. Обращает внимание, что среди повторнородящих было всего 15 пациенток (31,3%). Преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша – 6,3%, неразвивающаяся беременность – 8% случаев и прерыванием, проведением медицинского аборта – 25%.

Особенности течения настоящей беременности свидетельствовали, что каждая пациентка состояла на учете по беременности в женской консультации с ранних сроков (100%). У пациенток исследуемой группы в большинстве случаев беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее часто в ранние сроки встречались: анемия беременных – 17 (35,4%) случаев, угроза прерывания беременности у 8 (16,6%) женщин, ранний токсикоз у 9 беременных (18,7%). Неосложненное течение первой половины беременности наблюдалось у 18 женщин (37,5%). Вторая половина беременности протекала на фоне: анемии – у 8 женщин (16,6%), умеренной преэклампсии у 6 беременных (12,5%). Нарушения со стороны мать-плацента-плод (гемодинамические нарушения, ЗРП) диагностированы у 3 беременных (6,25%), многоводие – у 4 (8,3%) пациенток, маловодие – у 4 (8,3%), низкая плацентация – у 8 беременных (16,6%), тазовое предлежание плода – у 4 беременных (8,3%). У 36 (75%) женщин течение второй половины беременности протекало без осложнений.

Биохимическое исследование крови позволило выявить следующие отклонения: среднее значение общего белка составило $62,61 \pm 4,16$ г/л; увеличение билирубина выявлено у 5 (6,7%) беременных (максимальное значение составило 65,7 мкмоль/л); увеличение АЛАТ имело место у 6 (12,5%) женщин, максимально достигая значения 2 мкмоль/ч/л (N: до 0,68 мкмоль/ч/л), АсАТ – у 4 (8,3%) женщин, максимально до 0,85 мкмоль/ч/л (N: до 0,45 мкмоль/ч/л).

При изучении параметров мониторинга внутриутробного состояния плода было отмечено, что при проведении кардиотокографии нормальный тип КТГ наблюдался у 90,7% пациенток – значение базального ритма было в пределах нормы (110–160 уд./мин) и составило в среднем $137,4 \pm 8,75$ уд./мин.

Гестационный возраст к моменту родоразрешения составил $39,4 \pm 1,2$ недели. Преждевременные роды имели место у 7 (14,6%) пациенток; переношенная беременность встречалась 6,2% случаев. Роды в срок регистрировались у 38 (79,1%) женщин.

Большинство женщин были родоразрешены через естественные родовые пути – 31 (64,5%), операция кесарева сечения была выполнена у 17 (35,4%) пациенток, среди которых встречались как плановые (рубец на матке у 6% пациенток, миома матки больших размеров – в 8% случаев, тазовое предлежание плода – в 8% случаев,) так и экстренные (аномалии развития родовой деятельности – в 8% случаев, ПОНРП на фоне преэклампсии – в 3% случаев) показания.

Изменения последа (свидетельствующие о наличии хронической плацентарной недостаточности во время беременности) в виде петрификатов, кальцинатов, очагов обезызвращения были выявлены в 18,7% случаев.

Особенности исхода родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализированы у 49 новорожденных, родившихся от пациенток исследуемой группы. Среднее значение массы рожденных детей составило $3,125 \pm 552,7$ г. С массой тела более 4000 г родились 3 (6,1%) новорожденных, 2 (4,1%) новорожденных – с массой менее 2500 г. Диагноз ЗРП I степени был выставлен у 4 новорожденных (8,1%), ЗРП II степени – у 2 новорожденных (4,1%). Среди осложнений раннего неонатального периода выявлены: церебральная ишемия I степени выставлена у 1 новорожденного (2%), II степени – у 1 новорожденного (2%), геморрагический синдром наблюдался у 7 новорожденных (14,3%). Врожденные пороки развития плода (аневризма МПП, ДМПП, ложный копчиковый ход, шестипалость, дисплазия тазобедренного сустава) выявлены в 2 случаях (4%), также выявлен у 1 новорожденного возрастной гипотиреоз (2%).

Домой выписаны 44 новорожденных (89,9%), 5 новорожденных (10%) переведены в детские отделения.

Выводы: Таким образом, заболевания щитовидной железы влияют на репродуктивную функцию, течение беременности, родов и на перинатальные исходы. Анализ полученных данным свидетельствует о том, что течение

беременности у женщин с патологией щитовидной железы осложняется анемией в 35,4% случаев, угрозой прерывания беременности – в 16,6% и ранним токсикозом в 18,7% случаев. Нарушения со стороны мать-плацента-плод диагностированы у 3 беременных (6,25%), многоводие – у 4 (8,3%) пациенток, маловодие – у 4 (8,3%), низкая плацентация – у 8 беременных (16,6%), что приводит к осложненному течению раннего неонатального периода.

Оценка функции щитовидной железы с определением уровня гормонов ТТГ, Т3, Т4 должна быть проведена всем женщинам в ранние сроки беременности с целью своевременной диагностики патологии и проведения корректирующей терапии [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманова Ж.Б. Особенности йододефицитных заболеваний у беременных / Ж.Б. Абдрахманова / Медицина и экология. - 2013. - №2. - С. 3-4.
2. Магзумова Н.М. Течение и исход беременности у женщин с гипотиреозом / Н.М. Магзумова, Ф.Ж. Аскарлова // IX Международный конгресс по репродуктивной медицине. - 2015. - С. 86-87.
3. Особенности функции щитовидной железы во время беременности / Л.З. Аликенова, М.Ж. Еспенбетова, К. Ш. Амренова, С.Б. Амангельдинова // Наука и Здравоохранение. - 2015. - №1. - С. 13-21.
4. Петунина Н.А. Гипотиреоз / Н.А. Петунина, Л.В. Трухина // Эндокринология. - 2013. - №12. - С. 664
5. Скворцов В.В. Клиника, диагностика и лечение гипотиреоза / В.В. Скворцов / Медлайн-Экспресс. - 2010. - №1. - С. 41-42.
6. Усанова А.А. Исходы поздней диагностики и неадекватного лечения первичного гипотиреоза / А. А. Усанова, И. С. Пантелеева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - № 3. - С. 774.

УДК 61.613.98

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А.Н. Байкалова

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Канский медицинский техникум»

Научный руководитель: А.Ю. Ершова

Несмотря на разнообразие серьезных болезней, актуальных для современного мира, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему являются ведущей причиной смерти в мире: они ежегодно уносят до 17,5 миллиона человеческих жизней. В общей структуре причин смертности населения ССЗ составляют 46,1 %. При этом около 30% от общего числа умерших – это люди трудоспособного возраста. Болезни системы кровообращения остаются в числе основных заболеваний, которые определяют 7-9% - временной нетрудоспособности, 26%- инвалидности. В нашей стране жертвами ССЗ за прошедший год стали почти 74 тысячи людей, поэтому их называют эпидемией XXI века.

Основной причиной смертности населения Красноярского края, как и в России, в структуре причин смерти были и остаются болезни системы кровообращения (47,3 % и 55,4 %), на втором месте – смертность от новообразований (17,1 % и 15,3 %), на третьем – смертность от внешних причин (несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства) – 13,7 % и 10,2 % соответственно. Однако, по общероссийским данным, график смертности от ССЗ у взрослого населения Красноярского края меньше, чем в других регионах страны и ниже среднероссийского показателя. Такая статистика связана с реализацией программы модернизации здравоохранения в крае, т.е. проведения мероприятий, направленных на совершенствование программ профилактики, развитие высокотехнологичной медицинской помощи больным.

В Красноярском крае сердечно-сосудистыми заболеваниями страдает около 40% населения. Согласно данным, полученным специальными эпидемиологическими методами, среди взрослого населения 14% страдают артериальной гипертензией, стенокардия выявлена у 7% жителей, инфаркт миокарда перенесли 3%. Заболеваемость сердечно-сосудистой патологией в Красноярском крае имеет тенденцию непрерывного роста и выше среднероссийского показателя, что отражает улучшение выявляемости заболеваний, как результат проведения федеральной и краевой программы по артериальной гипертонии. За счет организации сосудистых центров снизилась госпитальная летальность от инсульта в 2,5 раза (с 25 до 10 %).

В связи с актуальностью данной проблемы ежегодно в последнее воскресенье сентября отмечается Всемирный день сердца (World Heart Day). В этот день Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЕСКО и другие организации пытаются привлечь внимание к факту существования эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний в мире. Остановить распространение этой эпидемии и спасти множество жизней может своевременная профилактика заболеваний сердца и сосудов, и сознательное отношение к своему организму и здоровью.

В октябре 2015 года волонтеры и кружковцы нашего техникума приняли активное участие в организации профилактических мероприятий для больных кардиологического отделения, посвященных Международному дню здорового сердца.

В нашем крае действует программа «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в Красноярском крае» на 2014-2018 годы целью, которой является увеличение продолжительности жизни населения Красноярского края за счет снижения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, в первую очередь от болезней системы кровообращения. В Послании Федеральному Собранию президент России Владимир Путин объявил 2015 год национальным годом борьбы с ССЗ, занимающими первое место среди причин смертности и инвалидизации в России. Решение задачи снижения смертности от ССЗ невозможно без комплекса мер, направленных на профилактику, раннее выявление заболеваний, повышение информированности населения и формирования здорового образа жизни.

Целью исследования явилось изучение факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний среди больных кардиологического отделения. В основу исследования положена гипотеза, согласно которой повышение информированности больных о негативном влиянии модифицируемых факторов риска на здоровье формирует мотивацию к оздоровлению, способствующую снижению риска заболевания или осложнений уже имеющегося сердечно-сосудистого заболевания.

Задачи исследования: изучение и выявление основных факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний среди больных кардиологического отделения Канской межрайонной больницы, оценка информированности больных о них; разъяснение больным сущности активной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Формирование мотивации к оздоровлению - новой модели поведения, т.е. приобретение поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания или осложнений уже имеющегося заболевания.

Объекты исследования: факторы риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний среди больных кардиологического отделения.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, анкетирование, статистическая обработка данных.

Были изучены модифицируемые факторы риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, представляющие наибольший интерес для профилактической медицины такие как: курение, гиперхолестеринемия, дислипидемия, повышение АД, повышенное потребление соли, ожирение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, стрессы.

Полученные результаты. Проанкетированы 23 больных кардиологического отделения КГБУЗ «КМБ» в возрасте от 53 до 84 лет (средний возраст – 67,9), среди которых было 11 женщин в возрасте от 58 до 83 лет (средний возраст 72,4) и 12 мужчин в возрасте от 53 до 84 лет (средний возраст 63,9). При анализе анкет было выявлено, что наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отягощена у 9 опрошенных (39,1 %). Уровень глюкозы крови знают только 12 человек (52,1 %), холестерина – 6 (26 %), АД – 23(100 %).

Значительная часть опрошенных пациентов (69,5%) назвала среди факторов риска хронический стресс, повышенное АД – 65,2%, нерациональное питание – 60,8%. Вредные привычки, такие как: курение и употребление алкоголя практически не встречаются даже среди мужчин. У 15 (65,2 %) респондентов с отягощенной наследственностью имеется повышение АД. А сочетание курения, артериальной гипертензии и отягощенного наследственного анамнеза встречается у 2 (8,7 %). Ежегодно диспансерное обследование проходят 11 человек (47,8 %). Среди респондентов нет больных с отсутствием и с 1, 2-мя факторами риска развития и прогрессирования ССЗ, у 3 – их 3, у 9 – их 4, у 7 – их 5 и у 4 – их 6. Наличие ФР у опрошенных представлено на рисунке 1.

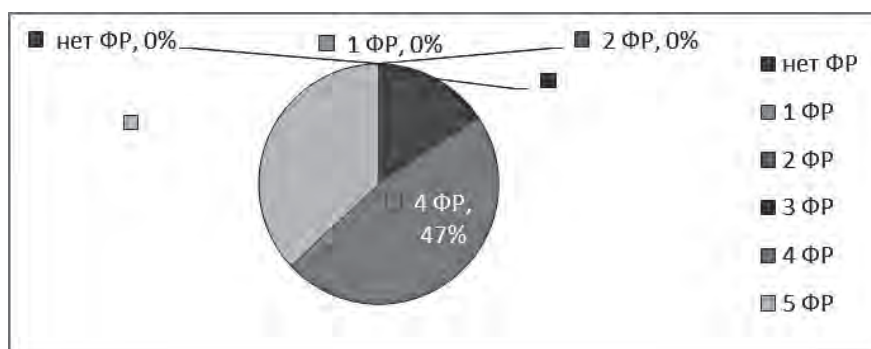


Рисунок 1. Наличие факторов риска у опрошенных больных

Кружковцы проанализировали отношение анкетлируемых к собственному здоровью. Значимость различных факторов риска для развития и прогрессирования ССЗ, по мнению респондентов, представлена на рисунке 2.

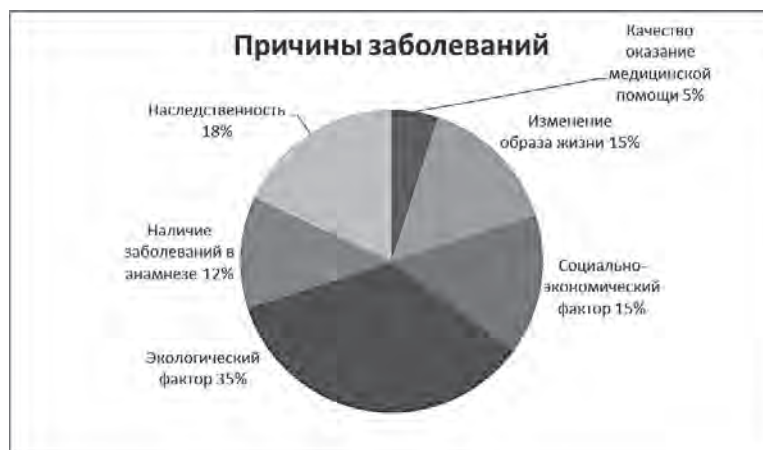


Рисунок 2. Причины сердечно-сосудистых заболеваний, по мнению респондентов

Как видно из рисунка, больные указали на большую значимость в развитии ССЗ нарастающее ухудшение экологической обстановки в Красноярском крае, а изменению образа жизни уделяют недостаточное внимание. Хотя каждый человек, изменив образ жизни, может уменьшить риск развития и прогрессирования имеющегося у него заболевания.

Мы поинтересовались источниками получения больными медицинской информации в отношении ССЗ: наиболее частым источником оказались СМИ (44,3% больных), одна треть больных (31,4%) получают информацию от знакомых и членов семьи, и только 20,2% - от медицинского персонала (беседа с врачом, лекции в традиционной форме).

Выводы. Полученные нами данные еще раз указывают на значимость ФР в развитии и прогрессировании ССЗ. Факторы риска, наиболее часто встречаемые у обследуемых больных: отягощенная наследственность, стрессы, артериальная гипертензия, ожирение, нерациональное питание. Оценив распространенность факторов риска развития и прогрессирования ССЗ, а также информированность больных о них, мы сделали вывод, что многие опрошенные не достаточно уделяют внимание своему здоровью.

Больным разъяснена сущность активной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, что объясняется пятью базовыми факторами: ССЗ являются главной причиной внезапной смерти, а также становятся причиной потери трудоспособности; основная патология – атеросклероз, который может бессимптомно развиваться на протяжении многих лет и обычно прогрессирует со временем; инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно и смертность пациентов наступает еще до начала лечебных мероприятий, поэтому многие терапевтические вмешательства являются неэффективными. Следовательно, профилактическим мероприятиям необходимо уделять большое внимание; большинство случаев возникновения ССЗ связано с образом жизни и психофизиологическими факторами, которые пациент в состоянии изменять и контролировать; уменьшение количества факторов риска убедительно демонстрирует снижение заболеваемости и смертности у лиц с ССЗ.

Мы информировали больных об имеющихся у них факторах риска ССЗ, объяснили их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, важности постоянного контроля факторов риска (создание мотивации). Дали советы по основам самоконтроля в домашних условиях (особенно важно при повышении АД), основам и методам доврачебной самопомощи при острых состояниях. Больным, желающим уменьшить действие факторов риска, рекомендовали обратиться в Центр здоровья г. Канска или в кабинеты медицинской профилактики городских поликлиник.

Вниманию больных была предложена мультимедийная презентация, разработаны и выданы брошюры, буклеты с практическими рекомендациями по модифицируемым факторам риска с целью уменьшения прогрессирования и развития новых случаев ССЗ. Также подготовлены методические материалы по информированию больных, которые могут быть использованы студентами при проведении просветительской работы среди населения во время практических занятий и при прохождении производственной практики на базах ЛПУ.

Снижение смертности, инвалидности, заболеваемости и улучшение качества жизни можно достигнуть не только с помощью обследования на дорогостоящем и специальном оборудовании, но и путем установления доверительного общения с пациентами, которое является лучшей мотивацией в изменении образа жизни населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов, Г.П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / Г. П. Арутюнов // М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – С. 564-621.
2. Березин И. И. Рациональное питание и его роль в профилактике сердечно-сосудистой патологии / И. И. Березин; Минздрав-соцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. - Самара: Волга-Бизнес, 2007. – С. 2-24.

3. Поздняков Ю. М. Практическая кардиология / Ю. М. Поздняков, В. Б. Красницкий. - М.: БИНОМ, 2007. – С. 256-342.
4. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы/ под ред. И. Н. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 167-289 - (Б-ка врача-специалиста. Кардиология. Реабилитация и восстановительная медицина).
5. Руководство по медицинской профилактике. Под ред. Оганова Р.Г., Хальфина Р.А. М.:ГЭОТАР-Медиа. - 2007. – С. 347- 430.

УДК 159.9 : 617

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРИЕМ АНТИДЕПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

К.Р. Баймухаметова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Стоянова Е.И.

Усложнившиеся условия социальной, экономической и политической деятельности российского общества и государства создают условия для формирования острых и хронических социально - стрессовых факторов и ситуаций [1]. Фактически социально-стрессовые условия в России приобретают затяжной характер, что не может не сказываться на состоянии психического здоровья населения. Это подтверждают и эпидемиологические данные, свидетельствующие о неуклонном росте пограничных психических расстройств [2].

Длительные психоэмоциональные перегрузки организма могут приводить к депрессии. Наиболее незащищенными и уязвимыми в этих условиях оказываются дети и подростки. Не обладая жизненными навыками и не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, они не справляются с многочисленными проблемами, что приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, одним из видов, которого является злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) [3]. Заметное место в ряду употребления ПАВ занимают антидепрессанты.

Мода на использование антидепрессантов появилась в мире несколько лет назад. Несмотря на то, что антидепрессанты на сегодняшний день – рецептурные препараты, подростки и молодёжь находят возможность приобрести данные препараты без рецепта, в социальных сетях делятся адресами аптек, где можно купить заветную коробочку «Прозака», «Паксила», «Золофта» и др. подобных препаратов. Советуют своим знакомым использовать таблетки в качестве средства для похудения, или для «расширения» сознания. Но мало кто из них задумывается о том, что «самолечение» которым они занимаются, может привести к очень печальным последствиям.

Актуальность проблемы заключается в том, что в настоящее время фармацевтический рынок изобилует огромным количеством лекарственных препаратов, которые находятся в свободном доступе для населения. Бесконтрольный прием любых лекарств, а антидепрессантов, в особенности, может нанести непоправимый вред здоровью человека. Проведенное автором исследование призвано доказать, либо опровергнуть гипотезу о том, что возраст влияет на выбор способа борьбы с депрессивными состояниями.

В последнее время проводятся исследования об особенностях влияния антидепрессантов на поведенческую активность человека. А.А. Алдушин в своем исследовании рассматривает нежелательные явления при применении антидепрессантов и плацебо у больных с депрессивными расстройствами. Е.М. Ершова рассматривает возможности приема антидепрессантов при депрессивных расстройствах больных с хроническим болевым синдромом. К.О. Чахва в своем исследовании доказывает применение антидепрессантов при соматоформном болевом расстройстве.

Антидепрессанты — психотропные лекарственные средства, применяемые прежде всего для лечения депрессии, оказывающие влияние на уровень нейромедиаторов, в частности серотонина, норадреналина и дофамина. У депрессивного больного они улучшают настроение, уменьшают или снимают тоску, вялость, апатию, тревогу, беспокойство, раздражительность и эмоциональное напряжение, повышают психическую активность, нормализуют фазовую структуру и продолжительность сна, аппетит [4].

Ученые из Гарварда изучили воздействие антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI) среди 162000 человек. Оказалось, что прием высоких доз таких препаратов молодыми людьми в возрасте до 24 лет в два раза увеличивает риск совершения попытки самоубийства, по сравнению с обычными дозами этих же лекарственных средств. У взрослых людей при приеме любых дозировок антидепрессантов риск совершения суицида не увеличивался [4].

Выборка исследования: в анкетировании участвовало 25 человек, в том числе учащихся – (48%); работающих – (52%) среди обучающихся и работников КрасГМУ им.проф. В.Ф.Войно–Ясенецкого и КГПУ им.В.П. Астафьева.

Гендерный состав респондентов отвечавших на вопросы анкеты: из 25 человек (16%) –мужчины, (84 %) женщины. Распределение респондентов в зависимости от возраста: из 25 человек 5 в возрасте 18 лет, 10 человек в возрасте от 19–25 лет, 7 человек в возрасте от 25–30 человек, 3 в возрасте от 30 лет.

Опыт приема антидепрессантов среди опрошенных: Большинство опрошенных (15 женщин и 4 мужчин) опыта приема антидепрессантов не имели. Среди принимавших антидепрессанты, 1 респондент принимал по назначению врача (женщина 18 лет), еще 5 принимали самостоятельно (4 женщины 18-ти лет и 1 женщина 26 лет).

Данные опроса показывают, что большинство опрошенных опыта приема антидепрессантов не имели. Однако если посмотреть на опрошенных, которые опыт приема антидепрессантов имели, можно увидеть бесконтрольность их приема. Так же стоит обратить внимание на возраст принимавших антидепрессанты. Результаты частично доказывают гипотезу о том, что возраст влияет на выбор средства лечения от депрессии.

Осведомленность о вреде антидепрессантов. Среди опрошенных лишь (44%) знают о потенциальном вреде антидепрессантов (56%) об этом не осведомлены.

Данные опроса показали, что большинство принимавших антидепрессанты (4 из 6) использовали их без необходимости, не имея для этого показаний. Такие результаты свидетельствуют о том, что люди слабо осведомлены о вреде, который могут нанести антидепрессанты организму, если принимать их самостоятельно и бесконтрольно.

Результаты анкетирования показали следующее:

В целом, из-за малого количества опрошенных, судить о возрастных особенностях приема антидепрессантов сложно. Однако, некоторые выводы сделать можно:

При анализе анкет было выявлено, что среди принимавших антидепрессанты, отмечены только женщины.

Среди респондентов лишь женщины подвержены депрессивным состояниям.

Так же на прием антидепрессантов влияет возраст. Лишь один работающий респондент отметил опыт приема антидепрессантов

Среди респондентов наблюдается бесконтрольность приема антидепрессантов (лишь 1 из 6 принимал их по назначению врача).

Анкетирование частично подтвердило то, что прием антидепрессантов распространен среди подросткового и юношеского населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гнучев В.Ф. Динамика личностных психотипов в условиях хронического социального стресса : автореферат дис. канд. психолог. наук / В.Ф.Гнучев.- Ставрополь, 2001
2. Вертячих Н.Н. Клинико – психологические формы нарушения адаптации в социально – стрессовых условиях : автореферат дис. канд. психолог. наук /Н.Н.Вертячих .- СПб., 2010
3. Ветюгов В.В. Психологические защиты у девочек – подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: автореферат канд. мед. наук/ В.В.Ветюгов. – М., 2008
4. Кукес В.Г. Клиническая фармакология.-М.: ГЭОТАР–Медиа, 2006
5. Антидепрессанты и подростковый мозг : [Электронный ресурс]. URL: http://ilive.com.ua/family/depressiya-u-podrostka-cto-delat_70002i16025.html.

УДК: 616.896-053.2

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ДЕТЕЙ С ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Ю.В. Балданова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.А. Пичугина

Человек с рождения является неотъемлемой частью социального мира. Для успешного социального взаимодействия человеку необходимо научиться понимать состояния других людей: распознавать их эмоции в различных ситуациях, улавливать ситуации обмана, понимать желания, чувства, намерения людей и прогнозировать их поведение. У большинства здоровых людей это легко получается с самого рождения.[2]

По литературным данным, явные трудности в социальном взаимодействии испытывают дети с расстройствами аутистического спектра. Еще в 90-х гг. Каннер исходно предположил, что аутизм – это нарушение аффективно-контакта. Этому пути последовал, к примеру, Петер Хобсон, обнаруживший, что у аутичных детей существенно нарушено распознавание эмоционального содержания выражений лиц, жестов и голосов [6]. В настоящее время наиболее общепринятыми критериями определения и диагностики аутизма считаются те, которые основываются на определенных характеристиках поведения, которые проявляются в трех основных сферах: нарушения социального взаимодействия, нарушения коммуникации, воображения - Триада Винга (Wing, 1992). По мнению Л. Винга, следствием этих нарушений у людей с нарушениями аутистического спектра является жесткая модель поведения,

включающая в себя стремление к сохранению постоянства, стереотипные движения, ограниченные интересы и т.д. Эти характерные черты проявляются различно у каждого ребенка. Кроме того, различные аспекты модели поведения могут варьироваться у одного и того же ребенка в зависимости от его возраста. Обычно один ребенок не проявляет всех характерных черт в одно и то же время или же в одной и той же степени (ААП, 1991).[1]

В зависимости от степени проявления нарушений в социальном взаимодействии Л. Винг (1996) выделяет следующие 4 подгруппы:

- отрешенная группа не начинает и не реагирует на социальное взаимодействие;
- пассивная группа не начинает социального взаимодействия, но отвечает на него;
- активная, но странная группа идет на контакт с людьми, но этот контакт лишен взаимодействия и может быть описан как одностороннее взаимодействие;
- неестественная, стилизованная группа инициирует и поддерживает общение, но оно часто носит формальный и жесткий характер.

Так же в 1978 г. D. Premak и G. Woodruff ввели понятие «theory of mind».[7] Русские эквиваленты этого термина - «теория сознания» или «модель психического». «Модель психического» - это способность осознавать ментальные состояния(такие как, мысли, намерения, желания, эмоции, мнения , убеждения) приписывать их как себе, так и другим, связывать эти состояния между собой и прогнозировать, таким образом, поведение другого. Большинство авторов согласны в том, что предпосылки формирования «модели психического» проявляются уже на самых ранних этапах развития ребенка. По исследованиям S.Baron-Cohen дети с расстройствами аутистического спектра отставали как от здоровых детей, так и от детей с умственной отсталостью, достигших ментального возраста не менее 4 лет. Такая закономерность позволила ряду специалистов выдвинуть предположение о том, что именно дефицит «модели психического» лежит в основе аутистического расстройства[5]

Экспериментально было показано, что у данной группы детей нарушена способность приписывать людям убеждения, понимать то, что они могут быть неверными или отличными от их собственных. Так, в тесте «Салли - Энн» 80 % детей с аутизмом испытывали затруднения в понимании неверного мнения (ложного убеждения) Салли. В отличие от них, 86 % детей с синдромом Дауна, в том числе и с более низким уровнем интеллекта, но достигших ментального возраста 4 лет, ответили правильно.[5]

По мнению Уты Фрит, при аутизме нарушается процесс переработки информации, который заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом, или «центральной связью» («central coherence»). Согласно данной концепции, при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. В то время как нормальные люди интерпретируют информацию исходя из контекста, так же имеют способность к сведению частей в единое логическое целое и к выделению значимых признаков.

Цель данного исследования:

Изучить особенности способности детей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития (умеренной умственной отсталостью, шизофренией, органическим расстройством) к социальному взаимодействию.

Задачи исследования:

1. Выявить различия способности к социальному взаимодействию с нарушениями развития(расстройствами аутистического спектра, умеренной умственной отсталостью, др. психическими расстройствами)
2. Провести анализ полученных результатов.

Характеристика испытуемых

В исследовании принимали участие 3 группы испытуемых: дети с умеренной умственной отсталостью, дети с расстройствами аутистического спектра и дети с другими психическими расстройствами(шизофрения, органическое расстройство). Всего 9 детей в возрасте от 8 до 13 лет.(см. табл.1)

Таблица 1

Характеристика испытуемых групп детей

Группа	Количество	Пол	Возраст
Дети с умеренной умственной отсталостью	4	Муж. Муж. Жен. Жен.	8 лет 10 лет 12 лет 13 лет
Дети с расстройством аутистического спектра	3	Муж. Муж. Муж.	7лет 9лет 10лет
Дети с другими психическими расстройствами (шизофрения, органическое расстройство)	2	Муж. Жен.	10 лет 9 лет

Интеллектуальное развитие детей с аутизмом, шизофренией и органическим расстройством соответствовало нормативным показателям IQ. А у детей с умеренной умственной отсталостью интеллектуальный показатель был в пределах 35-49 баллов.

Во время исследования использовались 8 заданий, ранее используемых в исследованиях «модели психического», направленных на исследование способностей к пониманию ментальных состояний и исследование социального взаимодействия:

- 1) Задание на понимание визуальной перспективы
- 2) Задание на понимание желаний по направлению взора человека
- 3) Задание на понимание принципа «видение приводит к знанию»
- 4) Задача для оценки понимания неверных мнений тест «Салли-Энн»
- 5) Задача на понимание неверных мнений с неожиданным содержанием
- 6) Задание на способность к различению физического и ментального опыта.
- 7) Задача на способность к распознаванию эмоций по выражению лица.
- 8) Задача способность к пониманию эмоций по сюжетной картинке.

Каждый ответ оценивался как верный или неверный (1 или 0)

Полученные результаты и их обсуждение

Таблица 2

Полученные результаты тестирования

Задания	Дети с умеренной умственной отсталостью				Дети с РАС		Дети с другими психическими расстройствами	
	дев, 12л	мал, 10л	дев, 13л	мал, л	мал, 9л	мал, 7л	дев, 9 л (шизофр)	мал, 10 (орг)
Понимание визуальной перспективы	1	1	1	1	1	0	1	1
Понимание желаний по направлению взора	1	1	1	1	0	0	1	1
Видение приводит к знанию	1	1	0	0	0	0	1	1
Сп-ть к различению мент. и физ опыта	1	1	1	1	0	0	1	1
Тест с неожиданным содержанием	1	1	1	1	0	0	1	1
Тест «Салли и Энн»	0	1	0	0	0	0	1	1
Способность к распознаванию эмоций по выражению лица	1	1	1	1	1	1	1	1
Способность к пониманию эмоций по сюжетной картинке	1	1	1	1	0	0	1	1
Итого:	7	8	6	6	2	1	8	8
Количество успешно выполненных заданий в процентах	87,5%	100%	75%	5%	25%	12,5%	100%	100%

Девочка с шизофренией и мальчик с органическим расстройством справились с тестированием на 100%, без каких-либо затруднений.

Тест «Салли и Энн» большинство детей с умеренной умственной отсталостью не прошли, т.к. не смогли понять задание, а если называли правильный ответ, то не могли объяснить, почему они так решили. При выполнении задания на способность к пониманию эмоций по сюжетной картинке, 2 ребенка с умственной отсталостью затруднились в таких ситуациях, когда на картинке у персонажа должна была быть эмоция «печаль», ребенок ответил «испуг», другой в принципе не выполнил задания с эмоцией «испуг». Так же в задании видение приводит к знанию, 2 ребенка не справились. Данные ошибки характеризуют, возможно, недостаточный уровень речевого развития и интеллектуальных способностей детей. В работе Н. Lohman, Tomasello было показано, что речь играет ведущую роль в развитии понимания ложных убеждений у детей с типичным развитием (Lohman, Tomasello, 1993). [4] Но остальные задания дети с умеренной умственной отсталостью прошли без особых затруднений.

Что касается детей с расстройством аутистического спектра, полноценное тестирование получилось провести только с одним мальчиком 9-ти лет, который успешно справился с заданиями на понимание визуальной перспективы, на способность распознавать эмоции по выражению лица. Остальные задания вызвали определенные трудности, часто наблюдались эхолалии, на вопросы из остальных заданий отвечал неправильно. Мальчик 7 лет

с задержкой речевого развития задание на способность к распознаванию эмоций по выражению лица выполнил успешно, выбрал указательным жестом правильные картинки с заданными эмоциями. С остальными заданиями он не справился, т.к. он не понимал условия данных заданий. Мальчик 10 лет вообще не реагировал на вопросы, проявлял неусидчивость и отвлекался на игрушки, тестирование с ним провести не удалось.

1) Дети с умеренной умственной отсталостью испытывают определенные трудности с выполнением заданий на ложные убеждения, видение приводит к знанию и пониманию эмоций по сюжетной картинке. Данные ошибки характеризуют, возможно, недостаточный уровень речевого развития и интеллектуальных способностей детей. Но в целом дети успешно справились с тестированием. Кроме этого, следует отметить, что данные дети с удовольствием вступали в контакт и выполняли задания с интересом.

2) Дети с другими психическими расстройствами (девочка с шизофренией и мальчик с органическим расстройством) прошли все тесты без каких-либо затруднений и особенностей.

3) Каждый ребенок с расстройствами аутистического спектра имеет сугубо индивидуальные особенности в социальном взаимодействии. Но из всех исследуемых групп, именно дети с РАС испытывают наибольшие трудности в данных тестированиях. Более того проблема социального взаимодействия у некоторых проявляется в нежелании реагировать на вопросы, что обуславливает невозможность вступить в контакт с исследуемым ребенком.

4) Интеллектуальный показатель, индивидуальные особенности, возраст и нормальное речевое развитие играют большую роль при выполнении заданий, направленных на понимание ментальных состояний и исследование социального взаимодействия. Для всех групп детей факторами, способствующими успешному выполнению заданий на понимание всех тестов, является способность к сведению частей в единое логическое целое и к выделению значимых признаков. Здоровые дети с 4-6 лет должны справляться с данными заданиями без трудностей, следовательно, дети, с умеренной умственной отсталостью дошедшие до ментального возраста 4-6 лет тоже легко справляются с тестированием. У детей с нарушением речевого развития, способность к социальному взаимодействию значительно снижается.

5) Дети с расстройствами аутистического спектра обязательно должны подвергаться коррекции для улучшения социального взаимодействия и других признаков аутизма. Варианты коррекции подбираются строго по индивидуальному плану.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. / О. Богдашина. Донецк, 1999
2. Медведовская Т.А. "Модель психического". Способность к пониманию ментальных состояний другого человека/ Т.А. Медведовская // Аутизм и нарушения развития. - 2003. - № 2. - С.21-26.
3. Медведовская Т.А. Способность детей с нарушениями развития понимать ментальные состояния. / Т.А. Медведовская // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2007. 16(40). – С. 436–441.
4. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического в онтогенезе человека. / М.: Институт психологии РАН, 2009.
5. Baron-Cohen S. Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind. Cambridge, MA: MIT Press, 1999;
6. Frith, U. Autism and "Theory of Mind". / Frith, U. // In C. Gillberg (Ed.), Diagnosis and Treatment of Autism.- 1989. - pp. 33-52.
7. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? // Behavioral and Brain Sciences. 1978. Vol. 1. N 4.

УДК 617.55-089:616-001-002.37-084

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Д.В. Баранова, Ю.И. Молчанова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научные руководители: преподаватель Бодров Ю.И., преподаватель Лопатина Т.Н.

В отделении абдоминальной хирургии находятся пациенты в послеоперационном периоде: грыжесечения, резекции кишечника, аппендэктомии. Несмотря на то, что эти операции считаются «чистыми», особенности строения пищеварительного тракта и большой спектр микроорганизмов, колонизирующий кишечник, обуславливает развитие гнойной абдоминальной инфекции.

Самые частые послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии – нагноения ран[1,2,3,5]. Частота нагноений послеоперационных ран на органах брюшной полости определяется характером заболевания, степенью травматичности оперативного вмешательства и возможностью микробного инфицирования операционной раны[5]. Гнойно – воспалительные раневые осложнения брюшной стенки ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания больных в стационаре.

Особое внимание при лечении пациентов в данном отделении уделяется санации раны и проведению дезинфекции с применением новых, высокоэффективных средств [2,4]. Необходимо отметить, что работа в отделениях абдоминальной хирургии требует особого соблюдения персоналом режимных моментов: личной защиты и правил техники безопасности, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих генеральных уборок.

Мониторинг профессиональной грамотности средних медицинских работников является важнейшим и неотъемлемым звеном в предупреждении госпитальной инфекции.

Цель: оценить работу медицинских сестер по обеспечению инфекционной безопасности в отделении абдоминальной хирургии КГБУЗ ККБ №1, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона»

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Оценить соблюдение санэпидрежима в отделении;
2. Выявить факторы риска развития гнойной инфекции в отделении абдоминальной хирургии;
3. Оценить уровень знаний эпидемического процесса ЛПО у медицинских сестер, работающих в отделении абдоминальной хирургии;
4. Выявить наиболее проблемные вопросы профилактики внутрибольничного инфицирования.

Объект исследования – медицинские сестры, работающие в отделении абдоминальной хирургии.

Предмет исследования – профессиональная компетентность медицинских сестер.

Методы исследования: описательный метод, анкетирование.

При выполнении данного исследования проведен осмотр различных структурных подразделений, наблюдение за ходом работы медицинских сестер. Разработана анкета и проведено анкетирование медицинских сестер.

При проведении исследования было выявлено, что в отделении отмечается переуплотнение палат. В соответствии с действующими нормативными документами максимальное количество больных в палате – 4, тогда как в отделении в 1 палате находятся 5-6 пациентов. Влажная уборка палат проводится 2 раза в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Гигиеническая обработка больных осуществляется 1 раз в 7 дней с отметкой в истории болезни. Смена белья пациентам проводится 1 раз в 7 дней. После выписки больного постельные принадлежности подвергаются дезинфекционной камерной обработке.

В качестве шовного материала применяются шелк и металлические скобы, изготовленные из антикоррозийных титановых сплавов. Перевязки проводятся ежедневно в перевязочной отделения. В качестве антисептиков для обработки послеоперационной раны применяются хлоргексидин и этиловый спирт.

При проведении инвазивных манипуляций (перевязки, инъекции) используются стерильные изделия медицинского назначения, которые после использования подвергаются дезинфекции, собираются в емкости для медицинских отходов. Изделия многократного применения стерилизуются в ЦСО.

Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) Смена одежды в отделении осуществляется ежедневно.

Травмы, в том числе микротравмы (уколы, порезы), регистрируются в журнале учета травм

С целью снижения обсемененности воздуха в палатах, процедурной и перевязочной применяются ультрафиолетовые облучатели закрытого типа, график кварцевания соблюдается.

Генеральная уборка процедурной и перевязочной проводится 1 раз в месяц по графику, журнал заполняется своевременно.

Для уборки применяются средства дезинфекции из группы КПАВ (Самаровка, Ника), для генеральной уборки – средства из группы хлорактивных дезинфектантов (хлор-аква, деохлор). Для проведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больных применяются малоопасные дезинфекционные средства (IV класса опасности). Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств снабжены плотно прилегающими крышками, имеют четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводится регулярно, 2 раза в год под роспись в журнале.

С целью выявления факторов риска госпитальной инфекции и определения уровня знаний эпидемического процесса ЛПО проводилось анонимное анкетирование.

В исследовании приняли участие 95 медицинских сестер.

При обработке анкет выявлено, что 40% респондентов демонстрируют высокий уровень знаний эпидемического процесса, 58% - средний уровень информированности. 2% опрошенных недостаточно информированы по вопросам инфекционной безопасности – это медицинские сестры в возрасте 21-22 года со стажем работы до 1 года.

Уровень знаний эпидемического процесса

Уровень информированности	Показатели	
	средние значения	%
Высокий уровень (n=38)	12,24± 0,07	40
Средний уровень (n=55)	10,63± 0,10	58
Низкий уровень (n=2)	7± 0	2
Итого	9,29±0,05	100

Специфика работы в отделениях хирургического профиля обуславливает то, что медицинские сестры считают приоритетными принципы соблюдения асептики и антисептики, важными считают дезинфекционные мероприятия. Они знают и применяют на практике правила санации и дренирования раны, правильно выбирают антисептики, имеют верное представление о рациональной антибактериальной терапии.

Медицинские сестры правильно оценивают возможности средств индивидуальной защиты, понимают целесообразность их применения и отдают себе отчет в том, что даже при соблюдении всех требований санитарно-гигиенического режима всегда остается риск инфицирования.

Медицинские сестры ошибочно считают, что снижение гигиенического уровня пациентов, дефицит кадров и переполненность палат не влияют на снижение работоспособности медицинских сестёр и на профилактику риска развития гнойных осложнений. Дефицит кадров приводит к более напряженной работе медицинских сестер: профессиональная нагрузка увеличивается, уменьшается время отдыха, снижается работоспособность. Это обуславливает вероятность ошибок при выполнении профессиональных обязанностей и увеличивает риск развития осложнений. Медицинские сестры в целях материального стимулирования не учитывают этот показатель и не придают ему должного значения. Недооценивается степень контаминации раны, хотя именно этот фактор формирует группу риска и требует особенного внимания. Медицинские сестры правильно оценивают возможности средств индивидуальной защиты, понимают целесообразность их применения и отдают себе отчет в том, что даже при соблюдении всех требований санитарно-гигиенического режима всегда остается риск инфицирования.

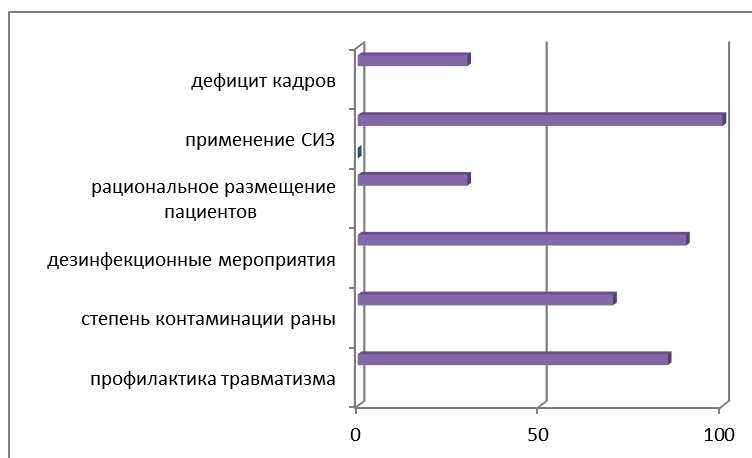


Рисунок 1. Факторы риска развития госпитальной инфекции

Необходимо отметить, что профилактика внутрибольничного инфицирования основана на соблюдении принципа зонирования и поточности[6]. Вопросы рационального размещения пациентов и профессиональной нагрузки лежат в основе организации лечебного процесса и, на сегодняшний день, являются наиболее проблемными.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. В отделении созданы оптимальные условия для пребывания послеоперационных больных.
2. Санитарно-эпидемиологические требования соблюдаются, за исключением переполненности палат.
3. Медицинские сестры в отделении абдоминальной хирургии демонстрируют хороший уровень знаний эпидемического процесса в ЛПО и информированы по вопросам инфекционной безопасности.
4. Наиболее проблемными являются общегигиенические требования организации лечебного процесса.

Предложения:

1. Визуализировать информацию по профилактике ВБИ (памятки на рабочем месте, ролики, плакаты, постеры).

2. Регулярно проводить контролирующие мероприятия (наблюдение за рабочим процессом, проведение зачётов).

Средний медицинский персонал играет главную роль в профилактике гнойной инфекции в абдоминальной хирургии. Тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима – одно из главных условий успеха этой деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литерра, 2006. – 168 с.
2. Белокуров, Ю.Н. Актуальные вопросы хирургического сепсиса / Ю.Н. Белокуров, А.Н. Ларичев // Раны и раневая инфекция: труды Всероссийской конференции общих хирургов. – Ярославль, 2007. – С. 66-69.
3. Гостищев, В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии: методические рекомендации / В.К. Гостищев. – М. [издано при поддержке Glaxo Wellejne]. – 2001. – 8 с.
4. Лечение ран / С.Г. Измайлов, Г.А. Измайлов, И. В. Тюдушкина и др. – Казань: Изд-во Казанского гос. техн. ун-та, 2003. – С. 137-144.
5. Милонов, О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин. – М.: Медицина, 1990. – 558 с.
6. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

УДК 616.8-008.64

ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ЛЮДЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

В.С. Бацанова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: К.Пс.Н., доцент. Василькова Ж.Г.

Участие в боевых действиях по силе своего воздействия и негативным последствиям для психики человека относятся к числу наиболее тяжелых. Данные современной клинической психологии, психиатрии и психотерапевтической практики показывают, что по разным оценкам от 20 до 70% участников боевых действий становятся жертвами серьезных психических нарушений. Эти нарушения чаще всего связаны с посттравматическим стрессовым расстройством (далее ПТСР). Социально-психологическая адаптация военнослужащих, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. Связанные со стрессом во время военных действий психические расстройства являются одним из главных внутренних барьеров военнослужащих на пути адаптации к мирной жизни. ПТСР сопряжено с другими эмоциональными и функциональными состояниями, приводящими к социальной дезадаптации, например, депрессией. ПТСР относят к психогенному расстройству, которое вызывается воздействием тяжелых стрессоров (А.Л. Пушкирев, С.В. Литвинцев, Б. Колодзин, Ю.А. Александровский). В настоящее время ПТСР диагностируют не только при воздействии стрессоров во время военных действий, но психических травм иного содержания в мирной жизни. ПТСР развивается в результате переживания травматического события, угрожающего жизни человека. Симптомами, его характеризующими, являются повторяющееся воспроизведения травматического события или его эпизодов; избегание мыслей, воспоминаний, людей или мест, ассоциирующихся с этим событием, эмоциональное оцепенение, повышенная физиологическая возбудимость, повторное непроизвольное переживание психотравмы в виде: навязчивых воспоминаний, повторяющихся сновидений или ночных кошмаров, депрессия и снижение жизненной активности.

Существует взаимосвязь ПТСР и депрессии. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни. Связанные со стрессом во время военных действий, депрессия является одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к обычной жизни.

Целью данной работы является выявление особенностей проявления депрессии у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством. Нами была выдвинута следующая гипотеза исследования: для пациентов, страдающих ПТСР, характерен больший уровень депрессии, чем для людей без ПТСР.

Исследование проводилось на базе Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн. В эксперименте принимали участие 20 человек: из них 10 человек с ПТСР и 10 человек, не имеющие ПТСР (в возрастном диапазоне от 34 до 55 лет), где пациенты группы А – пациенты с ПТСР, группы Б- здоровые люди.

Уровень депрессии определялся с помощью следующих методик: «Опросник депрессии» Бека, «Шкала Зунга» (адапт.Т.И. Балашовой).

По результатам исследования по методике «Опросник депрессии» Бека было выявлено, что у пациентов отмечается легкая депрессия (40%), умеренная(30%), выраженная (10%) и отсутствие депрессивных симптомов(20%). У группы Б отмечается легкая депрессия (30%) и отсутствие депрессивных симптомов (70%).

По результатам исследования по методике «Шкала Зунга» (Т.И Балашовой) было выявлено, что у пациентов группы А отмечается легкая депрессия (60%) и отсутствие депрессивных симптомов (40%). У группы Б отмечается легкая депрессия (20%) и отсутствие депрессивных симптомов (80%).

Таким образом, на основании полученных в ходе обследования данных можно сделать вывод, что у пациентов, страдающих ПТСР, уровень депрессии, как правило, выше, чем у здоровых людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров Е.О. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий / Е.О. Александров, Г. Т. Красильников // Сибирский вестн. психиатрии и наркол. 2000.
2. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий Е. Г. Гордеева. М., 2000. - 128 с.
3. Р.С. Немов / Психологический словарь – М. : Гуманитар. издат. Центр ВЛАДОС, 2007. – 560с.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Медицинское информационное агентство, 2003.- 432с.

УДК 611:616.33-006.6

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

И.А. Бекасова, Х.А. Топалян

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского

Кафедра анатомии и гистологии человека Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

д.м.н., проф. Медведева Н.Н., д.м.н., доц. Зуков Р.А.

Рак желудка (РЖ) является одной из самых распространенных злокачественных опухолей человека, занимает 5-е место в структуре общей онкологической заболеваемости. В 2012 году в мире диагностировано около 952000 новых случаев РЖ. Большинство больных обращаются за медицинской помощью с запущенной стадией заболевания, когда хирургическое лечение, которое в наши дни является золотым стандартом лечения, неэффективно.

Для определения времени и причин утраты здоровья человеком, развития злокачественного новообразования (ЗНО) желудка врач должен иметь четкие нормативные показатели здоровья, так называемые биомаркеры (организменные, системные, органные, тканевые, клеточные, субклеточные и молекулярные), которые характеризуются количественно и доступны в использовании. Термин биологический маркер (биомаркер) введен Национальной академией США в 2001г. для биологического мониторинга населения. Он обозначает измеряемое событие, происходящее в биологической системе, в частности – в организме человека. Далее это явление интерпретируется как отражение общего состояния организма, как индикатор здоровья или риска возникновения заболевания. Для определения физического здоровья человека методом антропометрических исследований и биоимпедансометрии используют организменные и системные маркеры.

Метод антропометрических измерений с последующим соматотипированием позволяет оценить, изучить и спрогнозировать особенности течения заболевания. Предрасположенность к определенным заболеваниям зависит от конституциональных особенностей человека, в частности, конституция, как один из факторов внешней среды, может оказывать негативное влияние на слизистую оболочку желудка.

Биоимпедансный анализ (БИА) – метод оценки абсолютных и относительных значений компонентного состава тела, основанный на измерении параметров электрического импеданса – активного и реактивного сопротивления.

В современной медицинской литературе нами не найдено работ, посвященных определению биомаркеров РЖ, изучению конституциональных особенностей физического статуса больных РЖ.

Целью настоящего исследования является выявление и изучение конституциональных особенностей физического статуса больных раком желудка, выявление системы биомаркеров, характеризующих физическое здоровье больных РЖ.

Задачи:

1. Провести антропометрическое исследование и биоимпедансный анализ (БИА) клеточного состава тела у больных РЖ.

2. Проанализировать полученные результаты.

3. Выявить биомаркеры РЖ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» (КККОД), отделения онкоабдоминальной хирургии. Дизайн исследования был основан на анализе медицинской документации пациентов, с верифицированным ЗНО желудка и подлежащим оперативному лечению в условиях КККОД в период с января по февраль 2016г. В историях болезни и амбулаторных картах анализировались клиничко - анамнестические данные. Проводилось антропологическое обследование больных (определяли рост, массу тела, окружность талии, бедер, диаметр плеч, грудной клетки, таза). Обследование проводили с помощью ростомера, весов, измерительной ленты, толстотного циркуля.

Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по индексу Кетле- II ($I=P/L^2$), где I – ИМТ, P – масса тела, кг, L – длина тела, см; индекс J.M. Tanner (1968) ($3 * \text{биакромиальный диаметр} - \text{бикритальный диаметр}$) с последующим определением морфотипа (гинекоморфия, мезоморфия, андроморфия). Определяли индекс W.L. Rees – H.J. Eisenck (1945) ($L * 100 / \text{поперечный диаметр грудной клетки} * 6$), где L –длина тела, см, с последующим соматотипированием (нормостеники, гиперстеники, астеники).

Для объективной оценки состава тела на основе электрических свойств организма применяли биоимпедансный анализ при помощи программного обеспечения ABC-01-036 «Медасс» (научно-технический центр «Медасс», г. Москва). Данный прибор позволяет получить достоверную информацию о составе тела: жировая масса, тощая масса, общая жидкость организма, внеклеточная жидкость, скелетно-мышечная масса, активная клеточная масса и уровень основного обмена. Рассчитывали величину фазового угла по формуле: $\varphi = \arctg(X_c/R)$, где X_c – реактивное сопротивление, R – активное сопротивление, $\arctg$ – тригонометрическая функция арктангенс. Именно фазовый угол отражает состояние клеточного метаболизма и общее состояние человека.

Во всех случаях получено добровольное информированное согласие больных на использование в работе результатов их обследования в диспансере.

Анализ полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.0. Количественные результаты представлены в виде медианы (Me) с интерквартильным размахом (ИР, 25–75-й процентиля), среднего арифметического, стандартной ошибки среднего ($M \pm m$), данные качественных признаков – в виде абсолютных значений, процентных долей.

В исследование было включено 32 больных РЖ. 15 мужчин и 17 женщин в возрасте от 28 до 78 лет. Средний возраст больных составил $60,50 \pm 2,4$ лет. Медианный возраст больных 61,50 год.

Медиана возраста у женщин 64 года, у мужчин 61 год.

Медиана массы тела у женщин 79 кг, медиана роста – 161 см. ИР массы тела составил от 66 до 88 кг, роста - от 159 до 165 см. У мужчин медиана массы тела – 76 кг, роста – 174 см. ИР массы тела составил от 72 до 84 кг, роста - от 171 до 182 см.

Таблица 1

Распределение больных РЖ в зависимости от ИМТ (Классификация ВОЗ, 1997)

Категории ИМТ	Доля мужчин, %	Доля женщин, %
Дефицит массы тела	6,67	0
Нормальная масса тела	40,00	5,88
Избыточная масса тела	33,33	35,30
Ожирение	20,00	58,82

Полученные данные подтверждают, что ожирение и избыточная масса тела являются факторами риска в развитии РЖ.

У мужчин Me диаметра плеч составила 37 см, грудной клетки – 30 см, таза – 25 см. Me обхватных размеров тела: окружность талии – 94 см, окружность бедер – 97 см. ИР диаметра плеч - от 35 до 37,50 см, грудной клетки – от 28 до 31 см, таза – от 23 до 27 см, окружности талии от 81 до 103 см, окружности бедер – от 93 до 102 см соответственно.

Me диаметра плеч, диаметра грудной клетки и диаметра таза у женщин 36, 27 и 27 см соответственно. Окружность талии и бедер 95 и 105 см соответственно. ИР диаметра плеч от 34 до 37 см, грудной клетки – от 26 до 29 см, таза - от 25 до 28 см, окружности талии – от 83 до 99 см, бедер – от 100 до 109 см соответственно.

С помощью индекса W.L. Rees – H.J. Eisenck мужчины, больные РЖ гиперстенической конституции были выявлены в 46,67 % случаев, нормостенической - в 33,33 % и астенической - в 20 % случаев. Среди женщин, больных РЖ, преобладали представительницы нормостенической конституции – в 47,06 % случаев, гиперстенической – в 41,18 % и астенической – в 11,76 % случаев. В нашем исследовании представители астенического типа конституции встречаются реже, чем нормостенического и гиперстенического.

Оценка полового диморфизма по индексу J.M. Tanner у больных РЖ показала, что всего 6,6 % мужчин имели андроморфный тип телосложения. У большинства выявлена различная степень инверсии пола в виде гинекоморфии и мезоморфии. У женщин преобладала инверсия пола в виде андроморфии и мезоморфии.

В таблице 2 представлены результаты распределения по типу полового диморфизма среди обследованных больных с РЖ и в популяции г. Красноярска и Красноярского края (Л.В. Синдеева, 2004). В популяции инверсия пола наблюдается реже, тогда как у обследуемых нами больных РЖ, в основном преобладала инверсия пола.

Таблица 2

Распределение больных РЖ и здоровых (Л.В. Синдеева, 2004) по индексу J.M. Tanner

Тип полового диморфизма	Доля мужчин, больных РЖ (n=15), %	Доля здоровых мужчин (n=1713), %	Доля женщин, больных РЖ (n=17), %	Доля здоровых женщин (n=2270), %
Андроморфный тип	6,67	55,81	41,18	14,32
Гинекоморфный тип	40,00	16,99	17,65	58,15
Мезоморфный тип	53,33	27,20	41,18	27,35

Мы сравнили компонентный состав тела у представителей различных типов полового диморфизма в зависимости от половой принадлежности. Среди представительниц женского пола наиболее высокие медианные значения были выявлены у андроморфного типа полового диморфизма. Среди представителей мужского пола - у больных мезоморфного типа полового диморфизма.

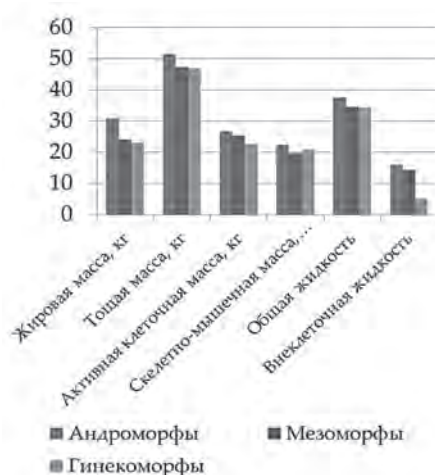


Рисунок 1. Распределение показателей клеточного состава тела у представительниц различных типов полового диморфизма у женщин больных РЖ

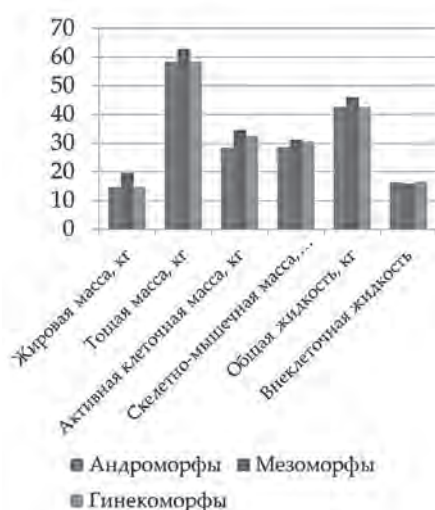


Рисунок 2. Распределение показателей клеточного состава тела у представителей различных типов полового диморфизма у мужчин больных РЖ

Пониженное значение величины фазового угла встречается при преобладании катаболических процессов в организме: в частности, при онкологических заболеваниях, причем, чем ниже показатель фазового угла, тем хуже прогноз. Значение фазового угла при частоте тока 50 кГц в норме составляет у мужчин $7,6 \pm 1^\circ$, у женщин $6,9 \pm 1,3^\circ$ (пределы изменений в зависимости от возраста 3-10°, международная норма — от 5,4 до 7,8°). В наших исследованиях медиана величины фазового угла у мужчин составила $6,23^\circ$. ИР составил от $5,69^\circ$ до $6,68^\circ$. У женщин медиана фазового угла - $5,41^\circ$. ИР составил от $4,96^\circ$ до $6,12^\circ$. Полученные нами данные свидетельствуют о тяжести онкологического процесса. У мужчин наиболее высокие медианные показатели величины фазового угла были зарегистрированы у мезоморфов - $6,34^\circ$, у гинекоморфов - $6,03^\circ$, у андроморфов $5,06^\circ$. У женщин медиана величины фазового угла у мезоморфов - $5,65^\circ$, у андроморфов - $5,27^\circ$, у гинекоморфов $4,96^\circ$.

В качестве биомаркеров РЖ на этапе всеобщей диспансеризации могут быть использованы следующие показатели антропометрии и биоимпедансометрии: ИМТ, в частности избыточная масса тела и ожирение; тип полового диморфизма (по индексу J.M. Tanner), а именно, инверсия пола; показатели компонентного состава тела, различные отклонения от нормированных показателей, индивидуальных для каждого пациента; снижение величины фазового угла. Внедрение в программу всеобщей диспансеризации выявленных нами биомаркеров РЖ позволит выявить людей с высоким риском развития ЗНО желудка.

УДК 616.831-006

СИМУЛЯЦИОННАЯ МОДЕЛЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА СОСУДАХ ПЛАЦЕНТЫ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

Е.Г. Белых, И.А. Степанов

Иркутский государственный медицинский университет

Курс нейрохирургии

д.м.н., проф. Бывальцев В.А.

Среди сосудистых заболеваний мозговой инсульт занимает одно из ведущих мест как по частоте возникновения и тяжести течения, так и по инвалидизации и летальности среди населения. По данным Е.И. Гусева в России инсульт ежегодно развивается у 450 тысяч человек, из которых примерно 35% умирают в остром периоде заболевания [2]. Ведущее место среди острых нарушений мозгового кровообращения занимает ишемический инсульт. От половины до двух третей всех ишемических инсультов в той или иной степени связаны с атеросклеротическим поражением экстракраниальных артерий. При этом самым частым местом атеросклеротического поражения экстракраниальных сегментов внутренних сонных артерий является их устье [1]. Многими крупными многоцентровыми международными исследованиями доказана эффективность хирургических вмешательств на экстракраниальных артериях для лечения и профилактики ишемических инсультов [4]. Наилучшим патогенетически обоснованным хирургическим вмешательством, проводимым с целью профилактики развития атеротромботического инсульта в результате стеноза гомолатеральной сонной артерии признана каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) [3].

Наиболее популярными методами для отработки хирургических манипуляций являются животные, трупный материал, силиконовые и виртуальные модели. Валидность и важность практических навыков в области сосудистой хирургии на симуляционных моделях подтверждаются многими экспертами по сертификационным программам узких специалистов. Использование плаценты крупного рогатого скота ранее не описано, как симуляционная модель для сосудистого тренинга. В настоящей работе представлено описание модели плаценты крупного рогатого скота в качестве доступного, недорогого и перспективного метода в качестве симуляционной модели для выполнения КЭЭ.

Цель исследования. Создание симуляционной модели каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) на сосудах плаценты крупного рогатого скота для сосудистого тренинга.

Материалы и методы. В ходе исследования нами были отобраны шесть плацент крупного рогатого скота для создания симуляционной модели КЭЭ. Плаценты хранились в холодильной камере при температуре $+4^\circ\text{C}$. Отобранные плаценты были схожи по анатомии сосудистой системы (пара пупочных артерий вен с несколькими ветвями). Всего выделено 22 артериальных и 14 венозных бифуркаций. Диаметр сосудов и толщину сосудистой стенки измерили с помощью штангенциркуля и сравнили с результатами измерений общей сонной артерии (ОСА), внутренней сонной (ВСА) и наружной сонной артерии (НСА) среди пациентов (средний возраст 68 ± 8 лет) с гемодинамически значимым стенозом (более 80%) бифуркации ОСА после завершения эндартерэктомии, ушивания артериотомного разреза и восстановления кровотока соответственно. Измерение диаметра сосудов плаценты выполняли до и после ангиодилатации, путем конюлирования и введения в просвет сосуда 60 мл физиологического раствора. Сравнение полученных данных проводили с помощью теста Манна-Уитни U в программе Statistica 8.0. Порог значимости p выбран равным 0,05.

Результаты исследования и обсуждение. Выполняемая диссекция мембраны плаценты напоминает освобождение ОСА от соединительно-тканых футляров у человека при выполнении хирургического доступа к последней. Симуляционная модель КЭЭ выполнялась нами на бифуркациях артерий плаценты (рис. 1). После фиксирования зажимами сосудов плаценты и настройки микроскопа выполнена артериотомия по намеченной линии. Осторожно вскрывается и осматривается просвет сосуда. С помощью микрохирургического диссектора от интимы отделяется сгусток крови (данный этап симулирует удаление атеросклеротической бляшки). Ушивание артериотомного дефекта выполняется атравматичной нитью типа Prolene 6/0 (рис. 2). Далее снимают сосудистые зажимы и проверяют состоятельность сосудистого шва с помощью системы для внутривенных вливаний (этап имитирует восстановление артериального кровотока).

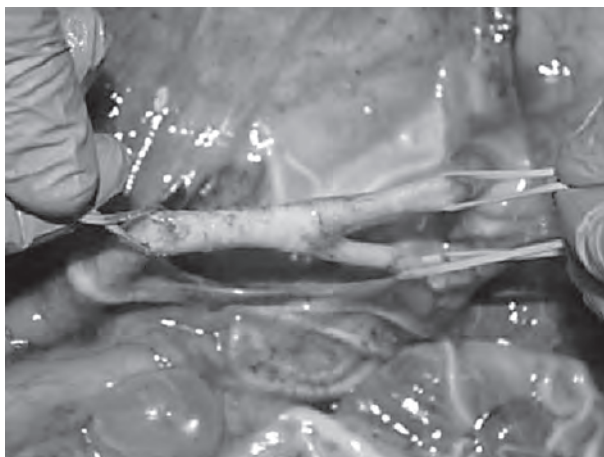


Рисунок 1. Внешний вид симуляционной модели из артерий плаценты для КЭЭ

Из шести плацент препарировано 36 бифуркаций сосудов. Средний диаметр полученных симуляционных моделей ОСА, НСА и ВСА составил $11,2 \pm 1,8$, $4,3 \pm 0,5$ и $9,8 \pm 3,0$ мм при измерении недилатированных вен плаценты, и соответственно $8,7 \pm 1,4$, $4,4 \pm 1,3$ и $7,2 \pm 1,7$ мм при измерении недилатированных артерий плаценты. Средняя толщина сосудистой стенки артерий плаценты составила $2,4 \pm 0,6$, $2,4 \pm 0,4$ и $1,6 \pm 0,3$ мм, а толщина сосудистой стенки вен плаценты составила соответственно $1,7 \pm 0,6$, $1,6 \pm 0,6$ и $1,1 \pm 0,2$ мм. Толщина недилатированной стенки вены плацента схожа по размерам с таковой у ОСА и НСА человека, однако, различие толщины вены плаценты и ВСА человека оказались статистически значимыми $1,5 \pm 0,5$ против $0,8 \pm 0,3$ мм соответственно ($p=0,02$). Диаметр недилатированной вены плаценты значимо отличается от диаметров человеческой ОСА ($p=0,02$) и НСА ($p=0,04$), что же касается диаметра ВСА, то он по своим размерам он схож с диаметром вены плаценты ($p=0,06$). Несмотря на то, что эти различия являются статистически значимыми, абсолютная разница средних значений составляет $<2,3$ мм. Таким образом, все шесть симуляционных моделей плацент пригодны для выполнения КЭЭ и отработки навыков сосудистой хирургии.

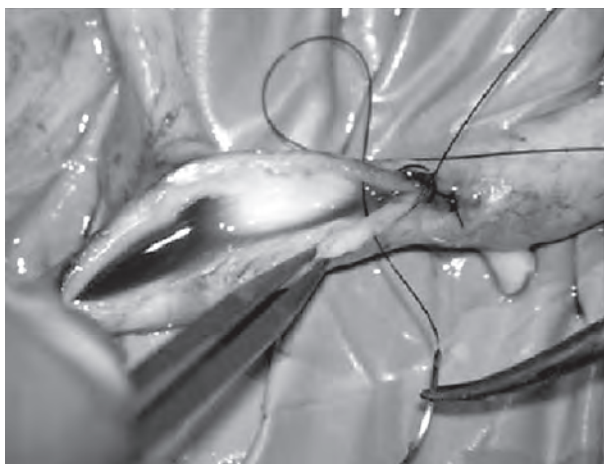


Рисунок 2. Этап наложения сосудистого шва атравматичной нитью Prolene 6/0

КЭЭ является одной из самых распространенных операций в сосудистой хирургии и требует от хирурга высокого уровня мастерства, чтобы выполнить ее максимально качественно и эффективно для пациента

с минимальным процентом осложнений. Симуляционная модель плаценты для выполнения КЭЭ воспроизводит с высокой степенью точности все этапы выполнения данной операции на ОСА у человека. Доступность данной методики не вызывает сомнений. Если забор плацент крупного рогатого скота производится в организованных хозяйствах с соблюдением всех мер безопасности, то биологическая опасность и риск инфицирования сводится к минимуму. Для работы симуляционной модели достаточно простой хирургической лаборатории с качественным освещением, микроскопом и микрохирургической техникой.

616.314.2-007.26/.27

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВНЧС

В.А. Беляева, М.А. Зиборов, А.С. Падиева

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

КМН, Доцент кафедры-клиники ортопедической стоматологии Киприн Д.В.

Основой диагностики окклюзионных нарушений является функциональный анализ зубочелюстной системы. Окклюзионные нарушения часто являются этиологическим фактором в возникновении заболеваний пародонта, дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, парафункций жевательных мышц и другой патологии зубочелюстной системы. В настоящее время одним из методов анализа окклюзионных контактов зубных рядов и выявления окклюзионных нарушений является компьютерный анализ окклюзии зубов. Компьютерный анализ окклюзии зубов в последние годы превратился в высокотехнологический клинический инструмент, позволяющий оценить функциональную окклюзию, временную последовательность возникновения контактов, давление на окклюзионную поверхность, возникающее при взаимодействии зубов верхней и нижней челюсти во время движения нижней челюсти. Компьютерная обработка окклюзиограмм, особенно в цифровом формате, позволяет провести более полное обследование, диагностику, составить план реабилитации пациентов и оценить результаты лечения. Именно поэтому обработка и документирование данных окклюзиограмм в цифровом формате в настоящее время являются актуальными

Цель.

Повышение эффективности лечебных процессов у пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Оценка окклюзиограмм и расчета площади окклюзионных контактов зубов в центральной окклюзии у пациентов с частичной вторичной адентией, аномалиями положения отдельных зубов и аномалиями прикуса с помощью компьютерного анализа с последующей цифровой обработкой.

Задачи:

- 1) Определение распространенности травматической окклюзии в контрольной группе;
- 2) Выявление окклюзионных контактов;
- 3) Изучение окклюзионных контактов;
- 4) Соотношение окклюзионных контактов;

Материалы и методы

Для передачи окклюзионных контактов на носитель бралось 2 вида артикуляционной бумаги: артикуляционная бумага Bausch 40 мкм. и 8 мкм.

Для получения окклюзиограммы между зубными рядами помещали двойной слой бумаги и артикуляционную бумагу Bausch 40 мкм, просили пациента сомкнуть зубные ряды в центральной окклюзии, передней, правой и левой боковых окклюзиях.

Таким образом, у каждого пациента получили по четыре окклюзиограммы.

Полученные окклюзиограммы оценивались по следующим критериям: удобство метода окклюзиографии зубов, условия необходимые для сканирования окклюзиограммы, чёткость и точность результатов компьютерной обработки полученного изображения.

Результаты исследований.

При анализе полученных результатов компьютерной обработки изображений окклюзиограмм за норму площади окклюзионных контактов принято значение 220 мм², полученное в исследовательской работе С. В. Бейнаровича у лиц с интактными зубными рядами и физиологическими видами прикуса [3]. Компьютерный анализ окклюзиограмм с последующей цифровой обработкой показал разные величины уменьшения площади окклюзионных контактов зубов в центральной окклюзии у пациентов с патологией зубных рядов. В группе пациентов с аномалией положения отдельных зубов площадь окклюзионных контактов была снижена на 3,75 % и составляла в среднем 211,75 мм², у пациентов с частичной вторичной адентией — снижена на 11,47 % и составляла в среднем 194,75 мм², у пациентов с аномалиями прикуса — на 24,76 %, что соответствовало в среднем 165,73 мм

Компьютерный анализ окклюзионных контактов зубов с последующей цифровой обработкой полностью устраняет субъективную оценку окклюзии врачом, когда врач пытается выделить окклюзионные контакты, изучая точки красителя артикуляционной бумаги на носителе. При компьютерном анализе с цифровой обработкой для получения окклюзиограмм оптимально в качестве носителя использовать тонкую кальку, а для передачи окклюзионных контактов на носитель-кальку использовать артикуляционную бумагу Bausch 40 мкм. Анализ площади окклюзионных контактов зубов полученных окклюзиограмм показал, что у пациентов с частичной вторичной адентией, аномалиями положения отдельных зубов и аномалиями прикуса наблюдается уменьшение площади окклюзионных контактов зубных рядов, причем наибольшее снижение у лиц с аномалиями прикуса на 24,76 %. Можно предположить, что жевательная эффективность у данных пациентов снижается на величину уменьшения площади окклюзионных контактов зубных рядов. Ортопедическое лечение патологии зубных рядов будет направлено на восстановление площади окклюзионных контактов зубов.

УДК 615.15:615.035.3

ВЛИЯНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА НА КУЛЬТУРУ САМОЛЕЧЕНИЯ

Е.С. Белянина

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научный руководитель: преподаватель Ярославцева Л.И.

В культуре человека выделяют четыре функциональных блока, представленных как обыденной культурой, так и специализированной. Четвертый функциональный блок составляет культура физической и психической репродукции, реабилитации и рекреации человека, куда входит и обыденная культура самолечения [4].

Самостоятельное лечение - одно из прав каждого человека. Самолечение - это использование потребителем лекарственных препаратов, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. На практике понятие самолечения включает также лечение членов семьи и знакомых [2]. Культура самолечения формируется под действием ряда факторов: недостаток образования в сочетании с излишней самоуверенностью, нежелание долго ждать в очереди к доктору, советы близких и знакомых по поводу лекарственных препаратов и др. [3]. Самолечение служит облегчению течения заболевания, предотвращению заболеваний и устранению причин болезни. Самолечение - это значит, что человек берет на себя ответственность за свое здоровье.

Самостоятельное лечение все больше внедряется в наш образ жизни, так как оно является свидетельством творческой деятельности человека, его культуры, ответственности, укрепляет уверенность в собственных силах. Кроме того, оно всегда доступно и является наиболее дешевым способом сохранения и укрепления здоровья. В России вопросы самолечения требуют особого внимания. Страна, где недавно самолечение было практически вне закона и при любых недомоганиях рекомендовалось обращаться к врачу, еще недостаточно подготовлена к «принятию» самолечения по современному образцу. Самолечение имеет свои положительные (дает свободу выбора средств с учетом не только их терапевтической эффективности, надежности и безопасности, но и цены) и отрицательные стороны. Таким образом, самолечение должно быть осмысленным и ответственным, основой такого подхода служит наличие полной информации. С этой точки зрения все более весомое значение для формирования культуры самолечения стали приобретать информационная и консультативная деятельность фармацевтических работников. Консультативная деятельность включает в себя фармацевтическое информирование и консультирование [6]. Сегодня потребность в качественном консультировании очень велика [5]. Однако, как показывает существующая практика, некоторые работники первого стола недостаточно владеют умением консультировать так, чтобы получить желательный социальный, фармакологический и экономический эффект [1]. Поэтому данная проблема в настоящее время актуальна и требует дополнительного изучения.

Цель исследования: изучение влияния консультативной деятельности фармацевта на культуру самолечения, на основе мнения посетителей аптек.

Поставленная цель определила решение следующих задач:

1. Выявить факторы, способствующие распространению самолечения, на основе мнения посетителей аптек.
2. Проанализировать мнение посетителей аптек о качестве консультативной деятельности фармацевтов.
3. Изучить удовлетворённость посетителей аптек качеством консультативной деятельности.
4. Определить направление недоверия посетителей аптек в случае некачественной консультативной деятельности фармацевта.

Объект исследования: консультативная деятельность фармацевтов.

Предмет исследования: влияние консультативной деятельности фармацевтов на культуру самолечения, на основе мнения посетителей аптек. Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Для изучения влияния консультативной деятельности фармацевтов на культуру самолечения, на основании мнения посетителей аптек, была разработана анкета, включающая в себя 5 блоков вопросов. Анкетирование было проведено выборочно. В декабре 2015 г. - январе 2016 г. Было опрошено 50 посетителей аптечных сетей г.Красноярска и г.Абакана. Возрастная характеристика респондентов представлена в таблице 1. После сбора и статистической обработки результатов анкетирования они были обобщены и занесены в сводные таблицы 2-5.

Таблица 1

Возрастная характеристика посетителей аптек

Возраст	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
18-25	23	46
26-45	15	30
46 и более	12	24

Таблица 2

Причины, способствующие распространению самолечения, по мнению посетителей аптек

Причины самолечения	Количество выборов респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Безрецептурный отпуск лекарственных препаратов	12	24
Недостаток информации о лекарственном препарате от врача	3	6
Нежелание стоять в очереди в больницах	11	22
Советы других людей (знакомых и близких, интернет-сообществ и т.п.) по поводу лекарственных препаратов	24	48

Таблица 3

Показатели удовлетворённости посетителей аптек качеством консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Показатели	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Удовлетворённость на 100%	18	36
Удовлетворённость частичная	30	60
Неудовлетворённость	2	4

Таблица 4

Причины неудовлетворённости качеством консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Причины неудовлетворённости качеством фармацевтического консультирования	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
Недостаточность информирования о лекарственных препаратах	3	6
Медлительность	16	32
Невнимательность	11	22
Нехватка профессионального такта	9	18
Неумение слушать	5	11
Не устраивает ассортимент аптеки	4	8
Недостаток знаний в области психологии	2	4

Направленность недоверия посетителей аптеки в случае некачественной консультативной деятельности фармацевтов, по мнению посетителей аптек

Направления недоверия	Количество респондентов	
	абс.	в процентных долях, %
К аптеке	12	24
К фармацевту	30	60
К лекарственному препарату	8	16

Были получены следующие результаты. По мнению респондентов, ведущими причинами, побуждающими к самолечению, являются такие субъективные факторы как: советы знакомых (48%), возможность безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (24%) и нежелание тратить своё время в очередях к врачу (22%). Подавляющее большинство респондентов были частично удовлетворены консультативной деятельностью фармацевтов (60%). Причинами частичной или полной неудовлетворённости качеством консультативной деятельности являются: медлительность (по 32% опрошенных), невнимательность (22% опрошенных), нехватка профессионального такта (18% опрошенных), недостаточность информирования о лекарственных препаратах (11% опрошенных). В случае некачественной консультативной деятельности, большинство респондентов вероятнее всего потеряют доверие к самому фармацевтическому работнику (60% опрошенных) и к аптеке (24 % опрошенных).

Выводы:

1. Гипотеза исследования подтвердилась: консультативная деятельность фармацевтов влияет на культуру самолечения.
2. По мнению посетителей аптек, к самолечению более всего побуждают следующие факторы: опыт других людей, доступность безрецептурного отпуска и желание сэкономить время. В таких условиях значимость качественного фармацевтического консультирования весьма велика.
3. Качеством консультативной деятельности фармацевтов частично удовлетворены большинство посетителей аптек (60 %). Наибольшую неудовлетворенность вызвали причины, отражающие некомпетентность специалистов первого стола в области деонтологии и коммуникации.
4. Вероятно, в случае некачественного фармацевтического консультирования, посетители аптек в первую очередь потеряют доверие к фармацевтическому работнику, напрямую отвечающему за такое направление профессиональной деятельности, как ответственное самолечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багирова В.Л. Управление и экономика фармации: учебник. / В.Л. Багирова // Издательство: Медицина. Багирова, 2009. - С. 720.
2. Безрецептурный отпуск и самолечение. [Электронный ресурс]. – Режим доступа - <http://cyberleninka.ru/article/n/bezretsepturnyy-otpusk-i-samolechenie>. (Дата обращения- 18.02.2016).
3. (Без)ответственное самолечение. [Электронный ресурс]. – Режим доступа - http://www.katrenstyle.ru/articles/dlya_farmaceutov/aptechnyeprodazhi. (Дата обращения- 29.02.2016).
4. Обыденная культура. [Электронный ресурс]. – Режим доступа - obydannaya-kultura.html. (Дата обращения- 25.02.2016).
5. Рецепт успеха для фармацевтов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа - http://www.pharmvestnik.ru/pubs/starj-arxiv-gazety/retsept-uspeha-dlja-farmatsevtov.html#_ftn1. (Дата обращения- 25.02.2016).
6. Фармацевтическое консультирование как профессиональная компетенция провизора. [Электронный ресурс]. – Режим доступа – http://pharm-spb.ru/docs/diplom/Saratovzeva%20N.S._2013.pdf. (Дата обращения- 01.03.2016).

УДК: 616.12 – 008.33

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ И ГЕРМАНИИ

К.В. Березкина, О.Н. Красноруцкая, Д.Ю. Бугримов, Н.В. Страхова

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

дмн., проф. А.А. Зуйкова

Актуальность проблемы гипертонической болезни (ГБ) для современной медицины объясняется широкой распространенностью заболевания, отсутствием эффективных методов лечения, ранним развитием тяжелых осложнений и смертности от них.

ГБ - это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанный с наличием заболеваний, когда повышение АД обусловлено известным, во многих случаях в современных условиях устраняемыми причинами («симптоматические артериальные гипертензии»).

Артериальная гипертония (АГ) является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, ХСН), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек).

В настоящее время наблюдается значительная распространенность АГ, составляя 30-45% среди взрослого населения по данным зарубежных исследований и около 40%. По данным РФ распространенность АГ среди мужчин и женщин составляет 47% и 40% соответственно.

Цель - сравнить и проанализировать основные принципы терапии больных гипертонической болезнью в РФ и ФРГ.

Задачи:

1. Изучить тактику лечения пациентов, страдающих гипертонической болезнью, по данным амбулаторного наблюдения в Берлине.
2. Определить тактику лечения пациентов, страдающих гипертонической болезнью, по данным амбулаторного наблюдения в Воронеже.
3. Сравнить основные принципы лечения больных гипертонической болезнью по данным амбулаторного наблюдения в РФ и ФРГ.

Объект наблюдения – 100 пациентов, страдающих гипертонической болезнью, из которых 50 человек находились на амбулаторном лечении в практике кардиологического профиля в Берлине и 50 пациентов, - на амбулаторном лечении в БУЗ ВО ВГКП №4.

Результаты и их обсуждение:

Из 100 наблюдаемых пациентов мужчин было 44 человека в возрасте от 39 до 75 лет, женщин – 56 в возрасте от 46 до 78 лет.

В практике кардиологического профиля Берлина было обследовано 50 пациентов с артериальной гипертензией. Среди них: АГ 1 степени - 13 человек (26%), АГ 2 степени - 28 человек (56%) и АГ 3 степени наблюдалась у 9 человек (18%).

В БУЗ ВО ВГКП №4 было обследовано 50 пациентов. Больных с АГ 1 степени было 18 человек (36%), АГ 2 степени – 23 человека (46%), АГ 3 степени – 9 человек (18%).

Основные принципы лечения больных артериальной гипертензией в ФРГ и РФ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ основных принципов лечения больных артериальной гипертензией в ФРГ и РФ

Принципы терапии	ФРГ	РФ
Цели	АД < 140/90 мм рт.ст.; при СД, ИБС, печеночной недостаточности - < 130/80 мм рт.ст.; при протеинурии >1 г/сут - < 125/75 мм рт.ст.	Максимально возможное снижение риска развития ССО и смерти: снижение АД до целевого уровня, устранение факторов риска, лечение сопутствующих заболеваний. Целевые значения АД: Низкий и средний риск <140/90 мм.рт.ст. Высокий и очень высокий - <130/80 мм рт.ст. СД -130/80 мм рт.ст. Поражение почек - <125/95 мм рт.ст.
Немедикаментозная терапия	- регулярная физическая активность - ограничение соли < 6 г/сут - алкоголь <30 г/сут для мужчин, <20 г/сут для женщин - коррекция веса - диетотерапия СД - отказ от курения	регулярная физическая активность - ограничение соли < 6 г/сут - алкоголь <30 г/сут для мужчин, <20 г/сут для женщин - коррекция веса - диетотерапия СД - отказ от курения
АГ 1 степени	<i>Монотерапия:</i> тиазидный диуретик (НСТ), петлевой диуретик, ББ, ИАПФ. <i>Битерапия:</i> тиазидный диуретик (НСТ) + калийсберегающий диуретик	<i>Монотерапия:</i> ИАПФ, калийсберегающий диуретик, БРА, ББ. <i>Битерапия:</i> ИАПФ + калийсберегающий диуретик; ББ + ИАПФ

АГ 2 степени	<i>Битерапия:</i> ИАПФ + ББ; петлевой диуретик + ИАПФ; БРА + ББ; петлевой диуретик + ББ. <i>Многокомпонентная:</i> петлевой диуретик + БРА + ББ; петлевой диуретик + калийсберегающий диуретик + ББ; ББ + БРА + НСТ; петлевой диуретик + ББ + ИАПФ + АК; петлевой диуретик + ББ + БРА; ИАПФ + НСТ + калийсберегающий диуретик	<i>Битерапия:</i> ББ + ИАПФ; БРА + калийсберегающий диуретик; ИАПФ + калийсберегающий диуретик; БРА + НСТ; ББ + БРА; ББ + калийсберегающий диуретик. <i>Многокомпонентная:</i> ББ + БРА + калийсберегающий диуретик; БРА + НСТ + калийсберегающий диуретик; ББ + ИАПФ + калийсберегающий диуретик; БРА + калийсберегающий диуретик + АК
АГ 3 степени	<i>Многокомпонентная терапия:</i> петлевой диуретик + ББ + БРА + АК; петлевой диуретик + калийсберегающий диуретик + ББ + ИАПФ; АБ + ИАПФ + петлевой диуретик; АБ + АИР; петлевой диуретик + калийсберегающий диуретик + ББ + ИАПФ	<i>Многокомпонентная терапия:</i> ББ + БРА + калийсберегающий диуретик; ББ + ИАПФ + НСТ + калийсберегающий диуретик; ББ + БРА + АИР + НСТ; АБ + АИР + БРА + калийсберегающий диуретик; ББ + ИАПФ + калийсберегающий диуретик

Выводы:

1. По данным прaxeсиса кардиологического профиля Берлина при АГ 1 степени, при отсутствии сопутствующих заболеваний методом выбора является монотерапия диуретиками в малых дозах. При АГ 2 и 3 степени используются многокомпонентные схемы, а на выбор комбинаций препаратов влияет не столько степень артериальной гипертензии, сколько наличие сопутствующих заболеваний.
2. По данным поликлиники Воронежа при АГ 1 степени также более предпочтительна низкодозовая монотерапия, но препараты выбора уже не диуретики, а ВВ/ИАПФ. При АГ 2 и 3 степени используется многокомпонентная терапия.
3. Сравнительный анализ схем лечения гипертонической болезни показал различия: сочетание ББ + диуретик, которое широко используется в ФРГ, в РФ считается нецелесообразным. Кроме того, в схемы терапии гипертонической болезни в нашей стране в качестве диуретиков используют индапамид, реже - гидрохлортиазид, в то время как в ФРГ чаще используют петлевые диуретики: торасемид, фуросемид. Также на составление схемы терапии и выбор препаратов решающее влияние оказывает наличие у пациента поражения органов-мишеней, сопутствующих заболеваний и ассоциированных клинических состояний.

УДК 101.3

ФЕНОМЕН ОТЧУЖДЕНИЯ В ФИЛОСОФИИ

М.П. Бетева, А.В. Хомиченко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: Ноздрин Д.А.

Современное определение отчуждения - это отделение от людей процесса и результатов их деятельности, при котором процесс и результаты деятельности становятся неподвластными человеку и даже господствуют над ним, делая чуждыми друг другу человека и создаваемый им мир.

В истории термин имел множество значений и к нему обращались многие мыслители. Категория отчуждения начала складываться первоначально не на идеалистически отвлеченной основе, а на базе общественно – политической проблематики государства и собственности в работах философов – материалистов XVII-XVIII вв. и рассматривалась сторонниками теории «общественного договора» (Ж.-Ж. Руссо, Дж. Локк). В таком политическом обществе мораль, нравственные и правовые нормы, религия, искусство, привычки — это всё то, что несёт в себе подчинение общим интересам. Рамки, установленные законом, регулируются только частными лицами, государственными интересами, они заставляют подчиняться человека, изменяя свои интересы и останавливая развитие своей личности.

Как известно, проблема отчуждения впервые со всей остротой была поставлена более чем полтора столетия назад в ранних произведениях К. Маркса. Где, отчуждение - это потеря смысла существования рабочим в процессе труда в эпоху капитализма. Маркс выделял 4 вида отчуждения: от процесса труда, от продукта труда, от своей собственной сущности и людей друг от друга. К. Маркс рассматривал работника в капиталистическом обществе, вследствие развития машинного производства и соответствующего уровня разделения труда превращённого в «деталь» огромного машинного механизма. Рабочая сила превращается в товар, который продается за заработную плату. Отчуждение рассматривалось и в процессе отделения продукта труда, и в самой производственной деятельности, и в отношении работника к самому себе и к другим людям.

В чем же заключается отчуждение труда?

«Во-первых, в том, что труд является для рабочего чем-то внешним, человек чувствует себя несчастным, не развивает свободно свою физическую и духовную энергию, а изнуряет свою физическую природу и разрушает свои духовные силы. Поэтому рабочий только вне труда чувствует себя самим собой, а в процессе труда он чувствует себя оторванным от самого себя. В силу этого труд его не добровольный, а вынужденный; это – принудительный труд. Отчужденность труда ясно сказывается в том, что, как только прекращается физическое или иное принуждение к труду, от труда бегут, как от чумы. Внешний труд, труд, в процессе которого человек себя отчуждает, есть принесение себя в жертву, самоистязание». [1]

Отчуждение по К.Марксу – это особый вид взаимоотношений, складывающихся между людьми.[2] Они представлены в форме утраты человеком контроля над какими-то предметами или даже собственными качествами, составляющими его собственную сущность. Наиболее отчетливо суть отчуждения проявляется в отношениях собственности и в отношениях рыночного обмена.

Далее отчуждение рассматривается в связи с движением, развитием и деятельностью в произведениях знаменитых представителей немецкой классической философии, прежде всего И.Г. Фихте и Г.В.Ф. Гегеля. Вполне определенно понятие «отчуждение» сложилось в теоретической концепции И.Г. Фихте. Идея отчуждения пришла к Фихте от Ж.-Ж.Руссо через И.Канта, но во многом прорабатывалась им вполне самостоятельно. Если у Ж.-Ж.Руссо отчуждение несет социально-правовое содержание, а у И.Канта оно имеет нравственную окраску, то у И.Фихте отчуждение рассматривается как акт творения субъектом «не — Я». Вся предметная сфера человеческого бытия, по Фихте, есть лишь продукт собственной деятельности «Я», отчужденный от него и выступающий в качестве внешней ему действительности.

По И.Г. Фихте, сущностью человека является творческая деятельность человека. Человек, абсолютное «Я», кроме деятельности, направленной на творение самого себя, создает и внешний мир - «не - Я». Деятельность по отчуждению от «Я» отлична от него, другого мира, «не — Я», является духовной деятельностью.[4] Отчуждение выступает как отчуждение самосознания, превращение духа в материальную субстанцию. Отчуждение, по И.Фихте, в этой взаимосвязи не может не предполагать свое собственное преодоление. Снятие отчуждения идет путем его сознательного раскрытия, осознания каждым человеком своей сущности, своего абсолютного «Я» В самом общем смысле в немецкой классической философии от Фихте до Гегеля отчужденность – это состояние некой абстрактной разумной сущности, находясь в котором она не узнает своих собственных проявлений. Наиболее развернутую характеристику феномена отчуждения дал Г.В. Ф. Гегель, отчуждение не является логической категорией, поскольку оно фиксирует отношение «чистой логики» (Идеи) к «своему другому» (Природе), или, если взять в качестве примера «Феноменологию духа», - отношение между Духом в его сущности и тем, как он является самому себе в человеческом сознании. В то же время необходимость отчуждения делает его внеценностным понятием. Противоречия, ошибки и «неузнавание» сущностями своих собственных проявлений со всеми вытекающими из них человеческими проблемами и несчастьями - неизбежная судьба всего сущего в пространстве и времени.[5]

В работах Эриха Фромма проблема отчуждения является одним из ключевых моментов. Рассматривая проблему отчуждения, Э. Фромм вслед за Гегелем и Марксом акцентирует внимание на актуальности данного феномена, одного из тех, «что были унаследованы человечеством в процессе эволюции». Эрих Фромм предлагал шаги по преодолению отчуждения, трансформации капитализма в сторону социализма.

Анализируя позицию Эриха Фромма, необходимо выделить несколько моментов. Прежде всего, Э. Фромм интересуется отношением современного человека к своему ближнему. Человек, по убеждению Э. Фромма, использует другого в собственных целях. Инструментализм во взаимоотношениях приобретает масштабный характер. Все больше в отношениях между людьми можно увидеть не любовь или ненависть, а холодное безразличие. Современное общество состоит из “атомов” (если воспользоваться греческим эквивалентом слова “индивид”) - мельчайших, отделенных друг от друга частиц, удерживаемых вместе эгоистичными интересами и необходимостью использовать друг друга».[3]

Вместе с тем человек, по мнению Э. Фромма, испытывает глубокую потребность в общении с другими, ему хочется ощущать себя членом группы, помогать другим.

Проблема отчуждения становится для Э. Фромма центром теоретических размышлений о бытии человека в условиях современной реальности. Однако выход из создавшейся ситуации тотального отчуждения возможен. О «рецептах излечения» Э. Фромм говорит во многих работах: так, в книге «Здоровое общество» он утверждает, что только продуктивная ориентация, которая придет на смену эксплуататорской, накопительной, воспринимающей и, наконец, рыночной, позволит человеку стать самим собой. Необходимо создать общество, в котором каждый относится к другому с любовью, в котором творчество и уникальность являются первоосновой взаимоотношений. Тем самым восприятие труда будет совершенно на другом уровне, когда рутинная работа будет не нужна по определению, и всё что будет требоваться от человека, это та самая творческая часть, та часть, которая раскрывает каждого как индивид, а не как предмет обмена. Но само собой наступления этого времени, зависит от очень многих вещей: коллективного мышления общества; мышления каждого; научного прогресса.

В XX веке отчуждение становится центральной проблемой во всех сферах общественной. Опасность потерять индивиду в общем, утратить собственную значимость может привести к обезличенности во многих сферах общественной жизни, к отчужденности, одиночеству. В подобных условиях человек становится орудием главенствующих над ним внешних сил, и тогда особенно остро встает вопрос о возможности сохранения и развития личности. [7]

Особенно ярко проблема отчуждения выразилась в философии экзистенциализма.

Экзистенциализм возникает в период мировых войн не случайно: данное философское отражение драматизма эпохи XX в., самочувствия человека, поставленного меж жизнью и смертью, бытием и небытием. Главная его проблема - отчуждение личности от общества. [10]

Проблема отчуждения считается одной из главных проблем, волновавших мыслителей разных эпох. Данной теме посвящены многочисленные философские исследования, но, тем не менее, у нее есть возможность считаться неисчерпаемой.

Экзистенциализм рассматривает отчуждение как субъективный феномен. Датский философ Сёрен Кьеркегор определяет человеческое бытие как «бытие к смерти». Возникающий в человеке страх смерти раскрывает человеку неподлинность его повседневной жизни, но одновременно раскрывает суть его подлинной жизни, которая как раз и заключается в «бытие к смерти».

Подлинное существование и есть экзистенция. В своем восхождении к подлинному существованию человек проходит три стадии:

На эстетической стадии жизнь человека определяется внешним миром. Человек стремится только к удовольствию.

На этической стадии человек делает сознательный выбор, осознанно выбирает себя, теперь им движет долг.

На религиозной стадии человек глубоко осознает свое призвание, внешний мир не имеет для него особого значения. С этого момента и до конца своих дней человек «несет свой крест» (уподобляясь этим Иисусу Христу), преодолевая все страдания и внешние обстоятельства. [10]

Так, родоначальник немецкого экзистенциализма Мартин Хайдеггер определяет экзистенцию, как бытие, к которому человек сам себя относит, насыщенность бытия конкретикой; его жизнь в том, что ему принадлежит и что есть для него сущее.

Бытие человека происходит в окружающем мире (именуется философом «бытие в мире»). В свою очередь, «бытие в мире» состоит из: «бытия с другими»; «бытия самого себя».

«Бытие с другими» направлено на обезличивание человека, превращение в «такого, как все».

«Бытие самого себя» одновременно с «бытием с другими» возможно только при отличии «Я» от других.

Следовательно, человек, желая остаться самим собой, должен противостоять «другим», отстаивать свою идентичность. Только в этом случае он будет свободен. Свобода в философии Мартина Хайдеггера выступает, как борьба человека против людей.

Несколько иначе понимает экзистенцию Карл Ясперс, подчеркивая при этом невозможность ее изучения наукой. Обретение человеком смысла, свободы, познания вещей внешнего мира возникает в страданиях, через чувство вины, через чувство страха перед смертью. Оказавшись в «пограничной ситуации», человек освобождается от господствующих ценностей, норм, установок. И это освобождение, «очищение Я» дает ему возможность постичь себя как экзистенцию. Именно экзистенция и помогает человеку понять несущественность его бытия, соприкоснуться с Богом.

Совершенно оправданно экзистенциалисты исходят из того, что «пограничные ситуации» заставляют людей задумываться о содержании своей жизни, переоценивать свои ценности.

Проблемы личностного бытия и «пограничных ситуаций» стоят и во французском экзистенциализме. Например, Жан-Поль Сартр, считал, что существование, а не мышление, есть то основное, что определяет человека. [7] Единственно подлинной реальностью является переживаемая реальность, а не познаваемая. Человек не может выйти за пределы человеческой субъективности. Достоверно лишь то, что переживает отдельный индивид.

Все, что принимает объективную, вещественную форму, принадлежит к отчужденному миру, в котором личности нет места (чувство «тошноты» у Ж.-П. Сартра).

Важнейшим условием жизни человека является свобода.

Человек находит свою свободу и проявляет ее в жизненно важном выборе, когда решения избежать невозможно. Такой вид решения Сартр именует экзистенциальным выбором. [9] Сделав экзистенциальный выбор, человек определяет свою судьбу на многие годы вперед, переходит из одного бытия в другое.

Вся жизнь – представляет собой цепочку различных «маленьких жизней», связанная особыми «узлами» - экзистенциальными решениями.

Человек свободен постольку, поскольку он способен хотеть. Например, сидящий в тюрьме заключенный свободен, пока он чего-либо хочет: сбежать из тюрьмы, сидеть дальше. Человек обречен на свободу. [11]

Вместе с проблемой свободы возникает проблема ответственности. Человек ответственен за все, что он совершает, за самого себя («Все, что со мной происходит, - мое»).

Единственное, за что человек не может отвечать, - это за свое собственное рождение. Однако в остальном он полностью свободен и должен ответственно распоряжаться свободой, особенно при экзистенциальном (судьбоносном) выборе.

Главный тезис философа Альберта Камю – жизнь человека бессмысленна. Жизнь человека – абсурдна.[8] При соприкосновении со смертью, многое, ранее казавшееся важным для человека, - увлечения, карьера – теряет свою ценность и становятся бессмысленным, не стоящим самого бытия; Так же, как и при соприкосновении с существующей миллионы лет природой, перед которой человек беспомощен. *Мир - абсурд, говорит Альберт Камю, и человек должен мужественно это признать.* [12]

Философы различных эпох и пытались понять категорию отчуждения, как социальный фактор, как проблему развития индивида в призме бесконечно развивающего общества. Этот вопрос уже более трех веков остается открытым и недостижимым для человеческого разума. Чем больше мыслители углублялись в данную проблему, тем больше вопросов возникало и возникает до сих пор. Отчуждение, это не только философский вопрос, но и психологический, религиозный, социальный. И подходить к его изучению следует, как к мульти факториальному явлению присущему исключительно разуму существу - человеку.

Однозначно лишь то, что блестяще сформулировал Альберт Камю в своем эссе об абсурде: «Любовь – единственная человеческая ценность, добавляющая человеку силы жить в абсурдном мире». И эту любовь нужно воспитывать с детства.

Любовь к жизни...

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. К. Маркс. Экономико-философские рукописи, М., 1844 г.
2. Маркс К., Энгельс Ф. Из ранних произведений, М., 1956 г.
3. Фромм Э. Здоровое общество / Психоанализ и культура: Избранные труды Карен Хорни и Эриха Фромма.// М.: Юрист, 1995. - С. 273-579.
4. Маркс К. Немецкая идеология / Маркс К., Энгельс Ф., Соч. 2-е изд. Т. 3 С. 78.
5. Погосян В., Проблема отчуждения в «Феноменологии духа» Гегеля / Погосян В // Ереван., 1973.
6. Воротников А. А. , Отчуждение элиты от народа /Воротников А.А // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. 2013. №2.
7. Буюева Л. П., Духовность и проблемы нравственной культуры /Буюева Л.П.// Вопросы философии. М.:Наука, 1996. №2. С.3-9.
8. Камю А. , Человек бунтующий. М., 1990.
9. Спиркин А.Г., Философия. Учебник. — М.: Гардарики, 1998
- 10.Бахитов С.В., Коммунальное отчуждение труда и творчество /Бахитов С.В.// Вестник КемГУ . 2015. №2-6 (62).
- 11.Белкин В.Н., Белкина Н.А., Пути преодоления отчуждения труда /Белкин В.Н., Белкина Н.А.// Челябинский гуманитарий . 2015. №1 (30).
- 12.Камю Альбер Миф о Сизифе, Эссе об абсурде / Gallimard. Ф. 1942.

УДК 613.954

ПРОЕКТ «БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!»

К.В. Богданова, К.М. Сартакова

*Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Дивногорский медицинский техникум» отделение Сестринское дело*

Болсуновская Е.А., Толокольников С.П.

В Российской Федерации охрана здоровья детей обозначена необходимым условием их физического и психического развития. В региональной программе «Стратегия действий в интересах детей в Красноярском крае до 2017 года» определено, что «Главная задача – формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщая ранняя профилактика заболеваемости... Необходимо формировать ответственность родителей и детей за здоровый образ жизни в их семье и обществе. Важнейшая из целей – сделать юное поколение субъектом формирования собственного здоровья...» [5]. По статистическим данным за 2012 год [6], в городе Дивногорске заболеваемость детей и подростков достоверно превышает в 1,2 раза соответствующие средние показатели по Красноярскому краю при относительном социально-экономическом благополучии и высокой организации медицинского обеспечения населения, что можно частично объяснить техногенной нагрузкой и климатогеографическими условиями города.

Проблема. Необходимость формирования у родителей и детей потребности в здоровом образе жизни в их семье и обществе.

Цель проекта: Способствовать формированию представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста в городе Дивногорске.

Задачи проекта:

1. Привлечь студентов техникума к проведению профилактических мероприятий с детьми для формирования общих и профессиональных компетенций.
2. Изучить теоретический материал по вопросам формирования культуры здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста.
3. Определить в городе Дивногорске детские сады, заинтересованные в сотрудничестве с техникумом по формированию культуры здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста, заключить договоры о сотрудничестве.
4. Разработать и реализовать план профилактических мероприятий, отобрать соответствующие детскому контингенту методы работы.
5. Провести рефлексию деятельности.

Содержание проекта.

Первый этап – Разработка проекта (апрель-май 2014г.)

1. Отбор заинтересованных студентов.
2. Изучение теоретического материала по формированию культуры здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста.
3. Отбор форм и методов профилактической работы с детским контингентом.
4. Отбор тематики для проведения занятий.

Второй этап – Реализация проекта (сентябрь 2014г. – май 2015г.)

1. Утверждение состава группы студентов для реализации проекта.
2. Разработка плана профилактических мероприятий на год.
3. Расчет стоимости проекта и определение источников финансирования.
4. Пробная презентация деятельности.
5. Анкетирование родителей, опрос сотрудников детских садов.
6. Заключение договоров о сотрудничестве техникума с детскими садами города Дивногорска.
7. Реализация запланированных профилактических мероприятий.
8. Разработка различной профилактической продукции по санитарно-гигиеническому обучению детей и родителей здоровому образу жизни: памятки, презентации, видеоролика.

Третий этап – Рефлексия и самоанализ деятельности (март 2015г.):

1. Провести анализ деятельности.
2. Представить результаты проектной деятельности на студенческой научно-практической конференции

Теоретическая часть

Наибольшим нагрузкам здоровье детей подвергается в период школьного возраста, и поэтому профилактические мероприятия по формированию здорового образа жизни необходимо начинать уже в дошкольный период. У детей старшего дошкольного возраста есть все предпосылки для стойкого формирования представлений о здоровом образе жизни, так как у них активно развиваются психические процессы, растет самооценка, чувство ответственности. Дети этого возраста физически развиты, владеют навыками самообслуживания, могут прилагать волевые усилия для достижения поставленной цели в игре, в проявлении физической активности.

В программах воспитания и развития детей старшего дошкольного возраста в детских образовательных учреждениях (далее – ДОУ) ведущее место занимает физическое воспитание (утренняя гимнастика, специальные занятия физкультурой в спортивном зале, подвижные игры, требование к чистоте, опрятности, порядку), а не формирование представлений о здоровом образе жизни. Таким образом, дополнительные занятия студентов с дошкольниками о здоровом образе жизни позволят сформировать санитарно-гигиенические знания и повысить заинтересованность детей в собственном здоровье.

Практическая часть

При планировании в марте 2014 года мероприятий в рамках традиционного месячника здоровья в Дивногорском медицинском техникуме, активная группа студентов 2-го и 3-го курсов по специальности Сестринское дело и руководители проекта обратились в детские сады города Дивногорска с предложением об оказании помощи в обучении детей старшего дошкольного возраста вопросам сохранения здоровья. Предложение о проведении профилактических мероприятий в детских садах было принято администрацией с энтузиазмом, и в двух детских садах города была проведена пробная тематическая игра «Путешествие в страну Витаминию». После этого, по просьбе методистов ДОУ, также было проведено ко Дню защиты детей (первое июня) профилактическое мероприятие под названием «Что такое здоровье?». Такая форма сотрудничества заинтересовала работников детских садов, и активной группой студентов, вместе с руководителями, был разработан долгосрочный профилактический проект под названием «Будьте здоровы!». Были определены цели и задачи проекта, сроки реализации, ресурсы и источники финансирования.

Исходя из возрастных особенностей старших дошкольников, мы решили использовать в основном игровые методы обучения. В начале каждого профилактического мероприятия около 15 минут проводилась беседа с мультимедийным тематическим сопровождением или постановка ролевой сценки, сказки, виртуальная экскурсия, просмотр эпизодов мультфильмов. Следующим этапом было совместное обсуждение. Каждое мероприятие мы заканчивали проведением игры, эстафеты, конкурса. В конце каждый раз дети получали домашнее задание по здоровому образу жизни, которое они должны были выполнить вместе с родителями.

Тематика профилактических мероприятий была согласована с методистами и медицинскими работниками детских садов.

С октября 2014 года по март 2015 года были проведены следующие мероприятия: эстафета «Что такое здоровье?»; игры «Путешествие в страну Витаминию», «Чтоб здоровым быть всегда, должен быть режим у дня», «Здоровые зубы здоровью любы»; постановка сказки «Кто такой врач? Доктор Айболит», виртуальная экскурсия «Дороже алмаза мои два глаза», просмотр и обсуждение мультфильмов «Друзья Мойдодыра – вода и мыло!», «Солнце – друг или враг?». К каждому профилактическому мероприятию студентами разрабатывались и раздавались памятки для детей и родителей. Был снят видеофильм по сказке «Доктор Айболит», создан профилактический видеоролик о рациональном питании для детей. Общая стоимость реализации проекта для техникума составила 2000 руб. Администрацией техникума были изысканы возможности финансирования нашего проекта.

По итогам выполнения домашних заданий с родителями, в детских садах были составлены мини-книжки со стихотворениями о здоровье, собраны рецепты витаминных салатов с фотографиями, составлены индивидуальные режимы дня, проведен конкурс фотографий на самую красивую улыбку.

Выборочное анкетирование родителей, целью которого было выяснить их точку зрения на такую форму сотрудничества техникума и ДОО, показало, что 92 % опрошенных родителей высказались за продолжение проекта.

Выводы и результаты проектной работы:

1. Освоены современные формы и методы профилактической работы с детьми старшего дошкольного возраста.

2. Опыт по разработке и реализации проекта «Будьте здоровы!» был транслирован на студенческой научно-практической конференции техникума и края в 2015г.

Практическая значимость проекта:

1. Достигнуто повышение информированности детей старшего дошкольного возраста о здоровом образе жизни.

2. Расширено социальное партнерство техникума.

Перспективы проекта: реализация проекта продолжается в 2016 году, создан волонтерский отряд, профилактические мероприятия силами студентов проводятся дополнительно в детском отделении КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по первичной медико-санитарной помощи / Под ред. И.Н. Денисова, А.А. Баранова – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Волков С.Р., Волкова М.М. Здоровый человек и его окружение: Учебник. – М.: Авторская академия, 2012.
3. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова – М. ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями и дополнениями).
5. Стратегия действий в интересах детей в Красноярском крае до 2017 года, утв. распоряжением губернатора Красноярского края в ред. от 25.12.2013 № 640-рг.
6. Информационный портал Красноярска и края <http://www.yarsk.ru>

УДК 61.613.21

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ф.С. Болокан

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Канский медицинский техникум»

Научный руководитель: Н.Н. Черепанова

Упитанный ребёнок, идущий рядом с мамой, вызывает умиление у окружающих. Позже, крепыш попадает в коллектив детского сада, школы, и умиленность взрослых переходит в усмешки сверстников, недовольством собственного отражения в зеркале, депрессией подростка, замкнутостью. Со временем эти проблемы оборачиваются

неудачами в личной жизни, а во взрослую жизнь молодой человек может принести заболевания, связанные с лишним весом. Артериальная гипертензия, неалкогольная жировая болезнь печени, сахарный диабет 2 типа. И у всего, есть начало.

По данным Роспотребнадзора 20% российских детей страдают от лишнего веса и ещё 7% от ожирения (Российская газета (федеральный выпуск) №6426 от 11 июля 2014г.)

Проблема

Проблема избыточного веса, как среди взрослых, так и среди детей, во всем мире с каждым годом становится все более актуальной. По данным отечественных исследователей, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей в различных регионах Российской Федерации увеличивается с каждым годом. Слабая информированность родителей способствует тому, что решать проблемы лишнего веса приходится врачам на протяжении длительного времени. Информирова родителей, рассказывая им о детском ожирении, мы предупреждаем беду.

Цель проекта: Организовать профилактическую работу среди населения города Канска по предупреждению избыточного веса среди детей и подростков.

Задачи:

1. Мониторинг информированности населения по проблеме избыточного веса у детей и подростков.
 2. Анализ статистических данных о проблеме избыточного веса среди детей и подростков в Российской Федерации, Красноярском крае, городе Канске.
 3. Разработка мероприятий, направленных на предупреждение избыточного веса среди детей и подростков.
1. Теоретическая часть

1.1. Формы избыточного веса

Ожирение - это следствие современного образа жизни. Упрощенно говоря, оно возникает тогда, когда поступление энергии в организм превышает ее расходование. Причины нарушения этого баланса разнообразны и зависят как от характера пищи и питания, так и от образа жизни. И все же питанию в развитии ожирения принадлежит главенствующая роль.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2011г. более 40 млн. детей до 5 лет имели избыточный вес (из них 3 млн. - в развивающихся странах). За последние десять лет число детей с ожирением выросло вдвое среди детей 6-11 лет и втрое среди 12-18 лет. В России избыточный вес наблюдается у 32% мальчиков и 18% девочек среди 11-летних детей. В более старших категориях эти показатели у подростков ниже.

1.2. Методы определения избыточной массы тела ребёнка

Наиболее простыми методами определения наличия у ребенка избыточной массы тела являются антропометрические показатели: масса, рост, окружность талии. Масса тела коррелирует как с количеством жира в организме, так и с ростом, поэтому дети одного веса, но разного роста могут иметь разное количество жира. Для определения избыточного веса используется индекс массы тела (ИМТ): масса тела (в кг.)/(РОСТ,М)². У детей отношение между ИМТ и количеством жира в теле сильно различаются в зависимости от возраста, пола, а так же стадии полового созревания, поэтому для более точного определения избыточной массы тела или ожирения используются графики перцентильных кривых ИМТ.

Для более точного определения содержания жировой массы используется Биоэлектрический импедансный анализ (BIA), или биоимпедансометрия, которая представляет собой методику анализа внутренних сред организма, процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани. Для этого используется оборудование «Биоимпедансметр» (Анализатор оценки состава тела (биоимпедансметр) ABC-01 «Медасс»). Выполнив комплексную оценку состояния здоровья ребенка, определяется наличие или отсутствие избыточной массы тела.

1.3. Причины избыточного веса

Перекармливание является одной из основных причин развития избыточного веса и ожирения. При этом возраст ребёнка не имеет значения.

Доля детей с ожирением выше среди тех, кто был вскормлен искусственно. Скорее всего, это связано с перекармливанием.

В группу риска по ожирению входят: дети, родители которых страдают ожирением или избыточной массой тела; дети, родственники которых страдают (или страдали) сахарным диабетом или другой эндокринной патологией; дети и подростки с избыточной массой тела, дети, рано переведенные на искусственное вскармливание (особенно несбалансированными высококалорийными смесями); недоношенные и маловесные дети, с наследственными заболеваниями и эндокринной патологией.

Проблемы со здоровьем у детей могут появиться даже при незначительном избыточном весе. Чем больше вес и чем раньше появился избыток веса, тем сильнее негативное влияние лишних килограммов на организм. Дети с избыточным весом относятся к часто болеющим. С младенческого возраста

их часто одолевают простуды. Лишний вес ребёнка провоцирует развитие у взрослого болезней сердечно - сосудистой системы (ишемическая болезнь, инсульт), инсулинозависимого диабета, некоторых видов артрита и раковых заболеваний.

2. Практическая часть

2.1. Изучение мониторинга информированности населения по проблеме избыточного веса у детей и подростков

Для того чтобы выяснить информированность людей по проблеме лишнего веса у детей нами был проведен социологический опрос среди жителей города в возрасте 18-30 лет по предложенной анкете. Данный возраст был выбран, поскольку именно эта группа людей, являются родителями, воспитывающих детей младшей группы.

Число опрошенных респондентов 58 человек.

Выполнив анализ полученных данных можно сделать вывод:

- Информированность населения о проблеме лишнего веса у детей недостаточная.
- Анализ «проблемности» лишнего веса у детей от 10 до 18 лет говорит о том, что проблему лишнего веса у данной группы респонденты понимают, но его последствия недооценивают.
- Проблему лишнего веса у детей группы до 10 лет респонденты не находят острой и недопонимают её важность, и не видят в ней проблемы, которая ведет к тяжелым заболеваниям в более взрослом возрасте.

Следовательно, опрошенная группа респондентов понимает, что проблема лишнего веса есть, и имеет представление о наличии заболеваний, связанных с ним, но только для среднего возраста. Однако, недооценивает, что проблема ожирения в среднем возрасте, может является последствием избытка веса подросткового, а тем более детского возраста. Причиной такой информированности мы считаем, недостаточный объем информации по детскому ожирению среди населения.

2.2. Анализ статистических данных о проблеме ожирения и лишнего веса среди детей и подростков в Российской Федерации, Красноярском крае и городе Канске

Количество людей в мире, согласно статистическим данным, страдающих ожирением ежегодно растет, и не только в развитых и «благополучных» странах. В Российской Федерации, по сравнению с данными 2009 года, людей старше 15 лет страдающих лишним увеличилось, увеличилось на 2 млн.

Статистика лишнего веса среди населения Красноярского края

По данным Федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга, Красноярский край является территорией «риска» по заболеваемости детского, подросткового и взрослого населения ожирением.

Таблица 1

Распространенность избыточного веса среди детей и подростков по Красноярскому краю 2008-2014 гг.

Год	Число случаев, в %			
	Все население	в том числе		
		дети	подростки	взрослые
2008	18,6	15,6	7,0	77,4
2009	16,6	18,3	8,0	73,7
2010	15,9	19,1	8,3	72,6
2011	16,5	19,8	6,7	73,5
2012	17,8	17,0	6,1	76,9
2013	Информации нет			
2014	17,7	16,2	6,9	77,2

Исходя из полученных данных, количество детского населения, страдающего массой тела выше нормы, уменьшилось на 0,2 % по сравнению с 2008г. При этом сильный рост наблюдался с 2008 по 2011г.г. – на 4,2%. По подростковому возрасту. Количество подростков, страдающих ожирением с 2012г. по 2014г. увеличилось на 0,5%, вследствие того, что в эту группу населения перешли дети, у которых был лишний вес.

По данным Центра здоровья для детей г.Канска и Канского района с 2011г. по 2014г. количество детей, имеющих повышенный индекс массы тела снижался.

**Количество детей, имеющих повышенный индекс массы тела г. Канска
и Канского района с 2011 г. по 2014 г. *из направленных врачами-педиатрами**

Год	Количество обследованных	Дети, с повышенный ИМТ	% соотношение	Обследованные, имеющих повышенную массу тела
2011	1421	539	37,9	38
2012	1462	304	20,8	21
2013	1374	264	19,21	20
2014	181*	120	66,29	67

Из данной таблицы видно, что количество детей, с лишним весом в Канске и Канском районе, снижалось на протяжении 3 лет. В 2014г. из направленных врачами – педиатрами детей в Центр здоровья у 66,3% имели повышенную массу тела. Однако количество подросткового ожирения, как и взрослого, по Красноярскому краю за последние три года увеличилось. Следовательно, проблема лишнего веса у детей и подростков, не теряет своей актуальности среди неинфекционных заболеваний населения.

3. Медико-социальная значимость проекта

Для реализации проекта по организации профилактической работы по предупреждению лишнего веса у детей и подростков города Канска, был разработан и утвержден план мероприятий, который будет осуществлен на базе школ, детских дошкольных учреждений и женской консультации. В данном проекте принимают участие студенты нашего техникума, которые осуществляют его, в том числе и во время прохождения производственной практики в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Красноярского края. Выполняя профилактический мероприятия с детьми, подростками, родителями детей разных возрастных групп, будущие работники поликлиник, Фельдшерско-акушерских пунктов, нарабатывают опыт проведения профилактических мероприятий, который будет им необходим для реализации своей профессиональной деятельности фельдшера.

Вывод

Лишний вес ребенка, это забота взрослых. Помочь, предупредить беду, могут только взрослые, отвечающие в полной мере за здоровье подрастающего поколения. В течение двух лет мы будем работать над проектом, проводя беседы в детских коллективах, на родительских собраниях. Совместно с родителями, взрослыми людьми мы сделаем важную профилактическую работу, по предупреждению лишнего веса у детей и подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альтшуллер, А. Не отдавайте ужин врагу! / Альтшуллер, А. //Здоровье. - 2014.- №11.- С.102-103.
2. Дремучева, Т.А. Ожирение у детей и подростков//Справочник фельдшера и акушерки.- 2015.-№2-С.50-59.
3. Доскина, Е. В. Ожирение / Доскина, Е.В. //Медицинская газета.-2012.-№30. –С.8-9.
4. Клипина, Т.Ю. //Новый справочник диетолога.-Ростов н/Д: Феникс, 2006.-414С.
5. Организация деятельности Центров здоровья в Красноярском крае (часть 2): Методические рекомендации. - Красноярск: ОИиПД КМИАЦ, 2011. – 76 стр.
6. Смолянский, Б.Л. // Справочник по лечебному питанию. – МПб, 2003.-304С.

616.24 + 616.381-00

МИКРОФЛОРА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.С. Бомбоева

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра микробиологии им. доц. Б.М. Зельмановича

к.б.н., доц. О.В. Перьянова, к.б.н., доц. О.Е. Хохлова

Анализ причин смерти онкологических больных выявил, что инфекционные осложнения являлись причиной гибели примерно 1/3 онкологических больных, причем число пациентов, у которых на аутопсии были обнаружены нераспознанные проявления инфекции, было еще большим и составило 39,3–42,8%. [1]. Инфекционные осложнения не только являются одной из основных причин смерти онкологических больных, но и резко утяжеляют течение послеоперационного периода, являются причиной необходимости повторных

операций, осложняют и удлиняют течение междукурсовых периодов (между повторными курсами химиотерапии), ухудшают качество жизни, приводят к более продолжительному пребыванию в стационаре и повышают стоимость стационарного лечения [2]. В связи с этим, изначальное назначение адекватной терапии считается более рациональным, потому что позволяет сэкономить средства и время на лечение больных [2].

Целью данного исследования изучение микрофлоры гнойно-воспалительных осложнений у онкологических больных с целью выбора тактики эмпирической терапии и профилактики.

Задачи:

- Изучение состава микрофлоры бронхо-альвеолярного лаважа и отделяемого гнойных очагов брюшной полости у онкологических больных.
- Изучение антибиотикорезистентности актуальных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний у онкологических больных
- Определение БЛРС у энтеробактерий, вызывающих гнойно-воспалительные осложнения у онкологических больных.

В 2014-2015 было обследовано 66 пациентов, находившихся на послеоперационном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Было проанализировано 66 образцов и выделено 96 культур микроорганизмов.

При анализе полученных данных с учетом локализации исследуемого материала обследуемые были разделены на две группы. Первая группа составила 44 человека, у которых забор материала проводился из нижних дыхательных путей (бронхо-альвеолярный лаваж). Вторую группу составили 22 пациента, у которых материал получен из раневого отделяемого гнойных очагов брюшной полости.

Бронхоальвеолярное содержимое получали при проведении санационной фибробронхоскопии, раневое отделяемое – во время перевязок. Отбор материала производился стандартным тампоном промышленного производства с использованием транспортной среды.

Посев бронхоальвеолярного содержимого, раневого отделяемого производили по методу Gould для оценки этиологической роли выделенных микроорганизмов на комплекс питательных сред – кровяной агар, желточно-солевой агар, хром-агар. Идентификацию исследуемых культур проводили на основании морфо-тинкториальных, культуральных и биохимических свойств, используя помимо рутинных методов тест-системы для идентификации микроорганизмов.

Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием дисков OXOID, (США).

По резистентности микроорганизмы были разделены на:

- MDR мультирезистентные (multi-drug-resistant) штаммы микроорганизмов – резистентные к 3 и более классам антимикробных препаратов (хотя бы к одному препарату из класса).
- XDR чрезвычайно резистентные (extremely or extensively-drug-resistant) – штаммы, сохранившие чувствительность к 1–2 классам антибиотиков и устойчивые к остальным группам антибактериальных препаратов.
- PDR панрезистентные (pan-drug-resistant) - устойчивы ко всем группам антибиотиков.

Продукцию БЛРС определяли фенотипическим методом «двойных дисков» на среде Мюллера-Хинтона с использованием дисков с антибиотиками (OXOID) и с наборов дисков компании MAST, по своим характеристикам удовлетворяющих национальным и международным требованиям (CLSI).

Таблица 1

Результаты микробиологического исследования

	Бронхо-альвеолярный лаваж	Раневое отделяемое гнойных очагов брюшной полости
Роста не наблюдается	9 (20,4%)	9 (40,9%)
Рост микроорганизмов	35 (79,6%)	13 (59,1%)
Выделены монокультуры	11 (31,4)	5 (38,5%)
Выделены ассоциации микроорганизмов	24 (68,6%)	8 (61,5%)

Во всем материале были выявлены различные культуры микроорганизмов, включающих НГОБ в ассоциации с энтеробактериями и грамположительными кокками.

Основные ассоциации микроорганизмов составляли: *P. aeruginosa* + *A. baumannii*, *P. aeruginosa* + *K. pneumoniae* + MRSA, *P. aeruginosa* + *K. pneumoniae*, *K. pneumoniae* + *S. aureus*.

При исследовании отделяемого нижних дыхательных путей в составе микрофлоры у онкологических больных преобладают НГОБ, которые составляют 40,3%. Они преимущественно представлены *P. aeruginosa* и *A. baumannii*, соответственно 46,9% и 43,8%.

На долю энтеробактерий у онкологических больных, приходится 16,6%. Среди представителей семейства *Enterobacteriaceae* доминировали *K. pneumoniae* - 41,6% и *E. coli* - 25%.

Грамположительные микроорганизмы были выявлены в 25,1% случаев, эту группу составили представители рода *Staphylococcus*: *S. aureus* - 33,3% и *S. epidermidis* - 11,1%. А так же род *Enterococcus*, удельный вес которых среди грамположительных микроорганизмов составил 33,3%.

Процент прочих микроорганизмов составил 18%, включающих грибы рода *Candida*, *Aspergillus* и *Corynebacterium*.

При исследовании раневого отделяемого в составе микрофлоры у онкологических больных так же преобладают НГОВ. Данная группа представлена *P. aeruginosa* - 50,0% и *A. baumannii* - 50,0%. Среди энтеробактерий доминировали *K. pneumoniae* - 57,1% и *E. coli* - 28,6%. Среди грамположительных микроорганизмов, удельный вес которых составил 29,2%, 42,8% приходится на долю представителей рода *Enterococcus* spp., *S. aureus* присутствовал в 28,6% и *S. viridans* в 14,3%.

По результатам антибиотикограммы *A. baumannii* установлена чувствительность к тобрамицину (рис. 1). Для *P. aeruginosa* спектр антимикробных химиопрепаратов больше- это тобрамицин и амикацин (рис. 1).

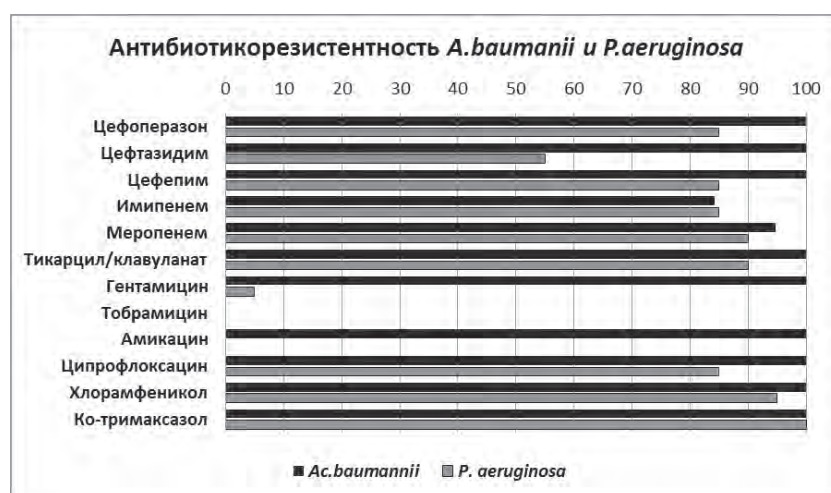


Рисунок 1. Результаты антибиотикорезистентности *A. baumannii* и *P. aeruginosa*

K. pneumoniae и *E. coli* проявляли меньшую резистентность (рис. 2). Представители обоих видов чувствительны к имипенему и меропенему в 100% случаев, и поэтому эти представители ряда карбопенемов могут являться препаратами выбора для рациональной терапии в том случае, если инфекция вызвана данными микроорганизмами. *E. coli* так же проявляет чувствительность к амикацину.

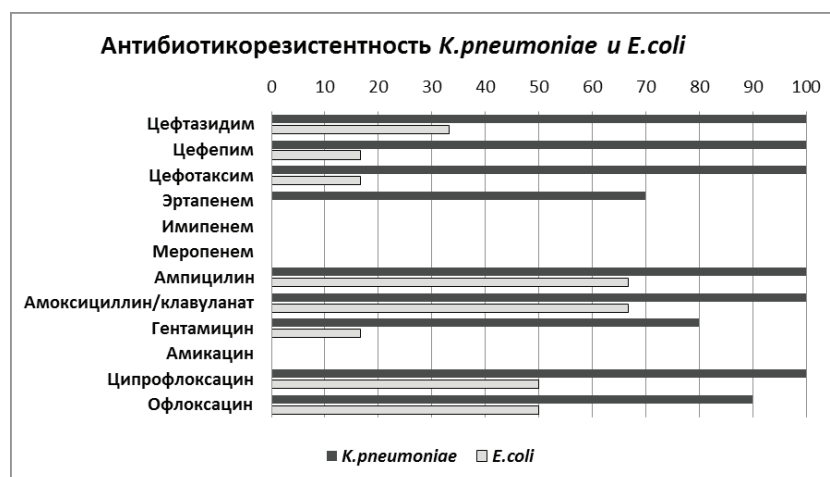


Рисунок 2. Результаты антибиотикорезистентности *K. pneumoniae* и *E. coli*.

При оценке полученных данных антибиотикорезистентности выделенных изолятов *P. aeruginosa* выявлена мультирезистентность 75% и экстремальная резистентность в 25% случаев (рис. 3). *A. baumannii* проявлял исключительно экстремальную резистентность. *K. pneumoniae* и *E. coli* проявляла мультирезистентность в 100% и в 86% соответственно (рис. 3).

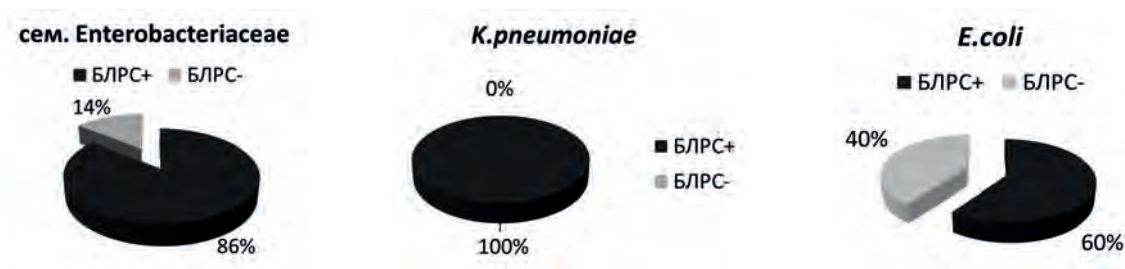


Рисунок 3. Результаты выявления антибиотикорезистентности микроорганизмов

Основной механизм резистентности среди представителей сем. *Enterobacteriaceae* является продукция бета-лактамаз расширенного спектра действия. Так среди всех энтеробактерий доля продуцентов БЛРС составила 86% (рис. 4). Было выявлено, что *K. pneumoniae* вырабатывает их в 100% случаев как в материале из нижних дыхательных путей, так и из раневого отделяемого. *E. coli* вырабатывает БЛРС в 60% случаев.

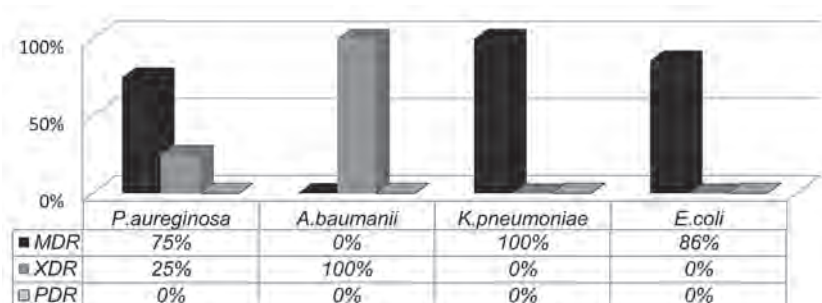


Рисунок 4. Доля продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра действия

Выводы:

1. Актуальными возбудителями гнойно-воспалительных осложнений у онкологических больных ОРИТ являются грамотрицательные микроорганизмы (*A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *E. coli*).
2. Данные микроорганизмы характеризуются экстремальной и мультирезистентностью к антимикробным химиопрепаратам. Это необходимо учитывать при проведении эмпирической и рациональной антимикробной химиотерапии.
3. Ассоциации с неферментирующими грамотрицательными бактериями приводят к тому, что спектр антимикробных химиопрепаратов против других микроорганизмов снижается из-за образования антибиотикорезистентности.

УДК 616-053.2:616.98-056.716:578.828

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ

Е.Н. Бондаренко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Нейман Е.Г.

Актуальностью данной темы является то, что распространение ВИЧ-инфекции среди населения происходит быстро и является серьезной проблемой не только в России, в частности в городе Красноярске, но и во всем мире. Ежедневно регистрируется до 100 случаев заражения ВИЧ-инфекцией, и это приводит к негативным последствиям для демографии, системы здравоохранения, в целом, и социальной адаптации человека [1]. В последние годы все больше возрастает роль полового (гетеросексуального) пути передачи ВИЧ – инфекции [2], более 70% всех случаев, и более 90% случаев ВИЧ – инфекции у детей является следствием передачи от матери к ребенку [3]. По данным исследования, проведенного ЮНИСЕФ совместно с Научно-практическим центром

помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией среди детей с перинатальным ВИЧ контактом, доля пациентов с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция составляла от 13% до 33% [4]. Новорожденные от таких матерей нуждаются в помощи с первых минут жизни. Приблизительно у 70% детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, развивается синдром отмены [5,6] и отмечаются высокие показатели смертности. В возрасте до 5-ти лет умирают 25% ВИЧ-позитивных и 12% ВИЧ-негативных детей, рожденных матерями-вирусоносительницами или больными СПИДом, тогда как в общей популяции смертность детей не превышает 5 % [7].

Целью нашего исследования было изучить динамику клинико-социальных особенностей и схем профилактики у детей с перинатальным ВИЧ контактом.

В задачи исследования входило изучить частоту перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по литературным данным; проанализировать рост числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей; оценить состояние здоровья детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями; проанализировать динамику отказов от детей, диспансерное наблюдение в период беременности и охват беременных женщин химиопрофилактикой; проанализировать исход новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Под нашим наблюдением находились 78 новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, родившихся в г. Красноярске в 2013-2016 гг. и поступивших в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей КГБУЗ «КМКБ № 20 имени И.С. Берзона». Клиническая оценка новорожденных проводилась с помощью стандартизированных шкал (Апгар, Даунса, Глазго-Питсбурга), статистическая обработка в системе Biostat. Достоверность оценивалась по критерию хи-квадрат. Рассчитывалось отношение шансов, значимым был показатель $OШ > 1$.

При анализе динамики заболеваемости ВИЧ-инфекции детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, отмечается стойкая тенденция к росту. В 2005-2012 гг. по данным МЗ РФ рост произошел в 9 раз. (С 68 детей до 603 детей). Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в 2005-2012 гг. составляло 40,3% по данным ВОЗ.

По нашим данным в период с 2013-2016 гг. число детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции увеличилось на 29%. $OШ > 1$, что не имеет достоверных отличий.

На здоровье ребенка существенно оказала влияние гинекологическая и инфекционная патология матери. Оценка состояния здоровья ВИЧ-инфицированных женщин, беременность которых закончилась родами (по данным анализа 78 историй), показала, что у 47,43% (37 человек) женщин анализируемой группы выявляются инфекции, передающиеся половым путем: сифилис, гонорея, хламидиоз, герпес, трихомониаз, ЦМВ и другие, а это достоверно больше, чем по данным МЗ РФ за 2008-2012 гг. (38%).

При оценке состояния здоровья детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями отмечен рост числа новорожденных, перенесших асфиксию, родившихся недоношенными, с пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем. У каждого 3-го ребенка диагностирован ЗВУР (43,58%), асфиксия при рождении отмечена у 44 детей (56,41%), недоношенными родились 14 новорожденных (17,94%), с ранним врожденным сифилисом – 24,35% детей (19), врожденные пороки развития – у 28,2% новорожденных (22), малые аномалии развития (киста яичника, дисплазия тазобедренных суставов) диагностированы у 2-х новорожденных. Перинатальная патология ЦНС гипоксического и токсико-метаболического генеза с развитием наркотической и алкогольной абстиненции составила 44,3%.

Отмечено уменьшение «отказных» детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, выписываются на участок 33% детей, тогда как по данным МЗ РФ за период 2008-2012 гг. это число не превышало 11%. Но не смотря на уменьшение удельного веса брошенных детей, их абсолютное число растет, что можно связать с ростом асоциальных родильниц.

Рост числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, связан с увеличением доли женщин, не наблюдающихся в женской консультации в связи с беременностью, которая составила по нашим данным 38,46% (30 женщин).

По нашим данным 38,66% (30 женщин), зная о том, что ВИЧ-инфицированы, не получали химиопрофилактику, что значительно снижает эффективность профилактики инфицирования ВИЧ ребенка. По нашему мнению ведущей причиной отказа от приема АРВ-препаратов с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путем (от матери к ребенку) является продолжение употребления наркотических веществ беременными ВИЧ-инфицированными женщинами.

Показатель перинатальной смертности среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, более чем в 2 раза выше, чем в общей популяции и составляет 24,3 на 1000 по данным ВОЗ. В ходе нашего исследования летальность составила 5,12%. $OШ > 1$, что достоверных отличий не имеет.

Проанализировав все вышеперечисленные данные, можно сделать выводы, что в РФ сохраняется высокая частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции. Проведение полноценной антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции затруднено из-за отсутствия диспансерного наблюдения значительного числа беременных женщин и позднего выявления ВИЧ статуса, отсутствия приверженности к приему АРВ препаратов

и их отсутствие в лечебных учреждениях. Сохраняются неблагоприятные тенденции в виде увеличения заболеваемости и смертности детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Большинство таких детей имеют серьезные отклонения в состоянии здоровья, связанные, с патологией внутриутробного развития, перинатальной патологией и с низким социальным статусом матерей, а также высокой частотой сопутствующих заболеваний и наркомании. Намечается тенденция к уменьшению числа случаев отказа от детей среди ВИЧ-инфицированных матерей, в связи с этим необходимо разработать комплексную программу по социальной поддержке и реабилитации этой категории детей.

Проблема выхаживания детей от ВИЧ-инфицированных матерей должна решаться комплексно с использованием социальных институтов и последних достижений и высоких технологий, разработки специальных профилактических и лечебных мер при проведении дородового и послеродового диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными беременными и их детьми. Именно такой подход может не только повысить выживаемость новорожденных детей от матерей с ВИЧ-инфекцией, но и улучшить их качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в РФ. Информационно-аналитический обзор. - М. - 2009. - 15с.
2. Конева Н.А., Лобзин Ю.В. Характеристика ВИЧ-инфекции у женщин 1.5-2.0 г. После родов. Матер. Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии - М., - 2009. - 127с.
3. Пальчик А. Б. "Клинико - электроэнцефалографическая характеристика опийного абстинентного синдрома у новорожденных", Педиатрия 2001. - №3 - С. 29 -34.
4. Покровский В.В., Ладная Н.Н. //ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень. - 2008. - №27 - 27с. Паут Ч. П., Стефен А., Косовски Б. Последствия воздействия наркотических веществ на развивающийся плод / Фридман Л. С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С. Е. (ред.) Наркология: пер. с англ. - 2-е изд., испр. - М.; СПб.: "Издательство Бином" - " Невский Диалект", 2000. - 320 с.
5. Рахманова А.Г., Виноградова В.Н./ВИЧ-инфекция. - СПб. - 2009.- С. 566 -567. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Program on HIV/AIDS. - 2010. - P.1 -13.

УДК 612.017.1(571.51-21Красноярск)

ОЦЕНКА ЦИРКАНАУАЛЬНЫХ РИТМОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. КРАСНОЯРСКЕ

О.В. Боровлева, Е.С. Кублик

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»

Сибирского отделения Со РАМН, Красноярск

Кафедра клинической иммунологии

Научный руководитель: ассистент, завуч кафедры клинической иммунологии Е.В. Парфенова

Любые биологические явления и реакции имеют периодическую природу, так как у живых организмов, в течение многих миллионов лет, живущих в условиях ритмических изменений геофизических параметров среды, выработались и способы приспособления к ним. Собственные ритмы организма не автономны, а связаны с ритмическими процессами внешней среды: сменой дня и ночи, годовыми сезонами и т.д. Цикличность работы иммунной системы не является исключением [5]. И если циркадные колебания параметров иммунного статуса широко освещены в литературе, то про сезонные (циркануальные) ритмы иммунной системы так сказать нельзя. Между тем знание этих закономерностей позволит врачу-клиницисту вовремя принять меры профилактики, тем самым снизив заболеваемость населения. Задача осложняется тем, что сезонные колебания активности иммунной системы во многом зависят от региона проживания и могут различаться у жителей разных географических областей.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучить показатели иммунной системы в зависимости от сезона года у лиц, проживающих в г.Красноярске для возможной разработки системы коррекции иммунодефицитных состояний.

Для достижения сформулированной цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести анализ показателей иммунного статуса взрослого населения г. Красноярск в зависимости от сезона.
2. Выявить периоды ослабления того или иного звеньев иммунной системы.
3. Сформировать рекомендации по профилактике иммунодефицитных состояний в указанные периоды.

В ходе исследования были оценены показатели иммунного статуса 1200 человек от 25 до 45 лет по данным «Журналов регистрации результатов серологических исследований: иммунного статуса, общих IgA, IgM, IgG» ФГБУ НИИ Медицинских Проблем Севера Со РАМН, Клинической лаборатории, иммунологического отдела

за 2013-2014 г.г. Учитывался уровень лейкоцитов, базофилов (БФ), эозинофилов (ЭФ), палочко-ядерных нейтрофилов (п/я НФ), сегменто-ядерных нейтрофилов (с/я НФ), моноцитов (МН), фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), относительные и абсолютные показатели лимфоцитов (ЛФ), Т-ЛФ (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), NK-клеток (CD16), В-ЛФ (CD19), иммуно-регуляторный индекс (ИРИ), количество иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови. Статистическая обработка данных проводилась в Statistica 7.0 с применением однофакторного дисперсионного анализа, вычислением средних месячных и сезонных значений (М). Оценка достоверности проведена согласно t-критерию Стьюдента при заданном значении статистической достоверности $p < 0,05$.

Нами были получены следующие результаты: осенью наблюдаются максимально высокие годовые значения с/я НФ, что, возможно, связано с повышением антигенной нагрузки, отмечается снижение относительного и абсолютного количества лимфоцитов, что отражает ухудшение способности специфического звена иммунной системы реагировать на антиген. Также наблюдается снижение абсолютного количества Т-ЛФ (CD3), Т-хелперов (CD4) и ФЧ. Уменьшается и абсолютное число В-лимфоцитов (CD19) с минимумом в октябре. Уровень иммуноглобулина IgM также понижается, что характерно и для иммуноглобулина IgG. Наименьшие уровни иммуноглобулинов наблюдаются в ноябре. Кроме того наблюдается минимальный показатель ИРИ, что также подтверждает низкую активность специфического звена. (см. Таблицу 1)

В зимний период наблюдается еще более значительное снижение числа лимфоцитов, фагоцитарной активности, показателей клеточного звена иммунитета, падает уровень IgM и IgG. Наиболее сильно фагоцитоз страдает в декабре. В клеточном звене иммунитета наблюдается снижение значений таких показателей, как CD3, CD4, CD8 и CD16. Наиболее низкие показатели клеточного иммунитета наблюдаются в январе. В зимний период увеличиваются лишь МН крови, что, видимо, указывает на увеличение вирусной нагрузки в этот период.

Весной происходит повышение относительного и абсолютного уровня лимфоцитов на 10% выше среднегодовых значений. По сравнению с зимой растет активность фагоцитоза. В клеточном звене иммунитета наблюдается повышение CD3, CD4 и CD16 относительно значений данных показателей зимой. В то же время наблюдается отрицательная динамика уровня IgA, показатель которого минимален за год-это на 30% ниже среднегодового значения, что объясняет высокий уровень простудных заболеваний в этот период. Показатель IgM напротив растет. Наблюдается тенденция к повышению абсолютного уровня CD19 в весеннее время, а так же увеличивается значение ИРИ, что может отражать повышение аллергических заболеваний.

Таблица 1

Показатели иммунной системы в зависимости от сезона года у лиц, проживающих в г. Красноярске

Показатель	Единицы измерения	Зима	Весна	Лето	Осень	Достоверность (p)
Лейкоциты	$\times 10^9/\text{л}$	5,96	5,89	6,13	5,9	$p=0,05$
ЭФ	%	3,19	3,05	3,21	2,97	$p=0,003$
П/я	%	1,63	1,44	1,35	1,52	$p=0,003$
С/я	%	55,72	51,85	54,89	56,72	$p<0,001$
ЛФ, абсолют.	$\times 10^9/\text{л}$	1763,37	2096,2	1942,69	1732,7	$p<0,001$
ЛФ, относит.	%	29,99	34,4	32,34	29,64	$p<0,001$
МН	%	9,05	8,7	8	8,62	$p<0,001$
ФИ	%	38,67	41,22	42,73	39,53	$p=0,007$
ФЧ		4,82	4,94	5,15	4,85	$p=0,004$
CD3+, абсолют.	$\times 10^9/\text{л}$	1334,71	1429,7	1513,51	1329,6	$p<0,001$
CD4+, относит.	%	40,45	36,49	43,06	40,11	$p<0,001$
CD16+, абсолют.	$\times 10^9/\text{л}$	151,98	193,42	208,69	179,08	$p<0,001$
CD19+, абсолют.	$\times 10^9/\text{л}$	208,91	229,87	210,36	192,6	$p<0,001$
ИРИ		1,33	1,45	1,36	1,29	$p=0,002$
IgA	Мг/мл	1,56	1,34	1,49	1,47	$p=0,001$
IgM	Мг/мл	1,03	1,31	1,35	1,03	$p<0,001$
IgG	Мг/мл	9,71	10,23	12,2	9,28	$p<0,001$

Наиболее заметные положительные изменения во всех звеньях иммунитета отмечены в летний период. В этот сезон отмечается максимальный подъем фагоцитарной активности с пиком в августе. Летом имеет место подъем всех показателей клеточного иммунитета: относительного и абсолютного числа Т-ЛФ (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), NK-клеток (CD16). Пик показателей наблюдается в июле-около 11% выше, чем в другие месяцы. С июля наблюдается положительная динамика увеличения В-ЛФ (CD19) с максимальным значением в сентябре-на 15,5% выше весенних и осенних показателей. В летний период также зарегистрирован максимально высокий уровень IgM и IgG, а также увеличивается количество IgA, по сравнению с весной. Наибольший уровень иммуноглобулинов отмечается в июле и августе (на 30% выше среднего уровня других месяцев). В летний период падает количество п/я НФ и МН крови, что возможно отражает низкую антигенную нагрузку.

По результатам работы можно сделать следующие выводы:

1) В осенний период отчетливо наблюдается ухудшение гуморального звена иммунитета, уменьшается количество ЛФ, в меньшей степени страдает и клеточное звено, что провоцирует повышение инфекционной заболеваемости. Отмечается тенденция к ухудшению фагоцитарной активности.

2) Зимой страдают все звенья иммунитета: клеточное, гуморальное, фагоцитарная активность НФ, что предполагает необходимость обязательной иммунокоррекции в этот период.

3) Весной наблюдается положительная тенденция к повышению гуморального, клеточного звена и фагоцитарной активности, но минимальный годовой уровень IgA и повышенный ИРИ может говорить о высокой вероятности развития простудных и аллергических заболеваний.

4) В летний период отмечается максимальное значение иммунокомпетентных клеток (Т- и В-лимфоцитов), IgM, G.A, фагоцитарной активности и поглотительной способности нейтрофилов, что вероятно, связано с поступлением в рацион витаминов и повышением уровня солнечной инсоляции.

Таким образом, приведенные значения иммунологических показателей жителей г.Красноярска за 2013-2014 гг. в разные сезоны года свидетельствуют о выраженной недостаточности специфических механизмов иммунной системы в осенний и особенно зимний периоды. Попытка компенсации за счет неспецифических механизмов часто бывает не эффективна. Следовательно в данный период необходимо проведение иммунокоррекции, направленной на специфическое звено иммунной системы, а в весенний период необходимо восполнение дефицита IgA.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комаров Ф.И. Хронобиология и хрономедицина/Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт. - Москва: «Триада-Х», 200.-488 с.
2. Иммунофизиология/ Черешнев В.А., Юшков Б.Г., Климин В.Г., Лебедева Е.В. - Екатеринбург: УрО РАН, 2002
3. С.Л. Сашенков, И.Л. Пылаева, В.А. Колупаев, И.И. Долгушин. Влияние окружающей среды на клеточный и гуморальный иммунитет у спортсменов// Гигиена и санитария, 2012. - №3
4. Захарчук А.И., Кадельник Л.А. Мелатонин и геронтологические аспекты сезонной структуры циркадных ритмов неспецифического иммунитета// Health&education millennium, 2013. - Т.15 - №1
5. И.М. Донник, И.А. Шкуратова, А.Г. Исаева, Я.Б. Бейкин, Е.В. Якубенко. Оценка иммунного статуса коров в зависимости от продуктивности, сезона года, физиологического состояния и генотипа// Ветеринария Кубани. - Краснодар, 2013. - №1
6. В.П. Соломин, Л.Г. Стамова. Факторы риска иммунитета// Валеология, 2001. - №4
7. И.Ф. Лабунец, Ю.А. Гриневич. Биологические ритмы функций иммунной системы и возможности их регуляции у больных со злокачественными новообразованиями// Экспериментальные исследования, онкоморфология, онкоиммунология, 2014. - № 2
8. Клиническая иммунология : учебник / под ред. А.М. Земскова. - 2008. - 432 с.

УДК 611.362+611.367

АНАТОМИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

О.В. Боровлева, Д.Д. Черданцева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра анатомии и гистологии человека

Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.П. Батухтина

Новые факты об особенностях анатомии экстраорганных желчевыводящих путей имеют важное практическое значение для правильной интерпретации результатов современных инструментальных методов диагностики таких, как ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с возможностью бесконтрастной визуализации желчевыводящих путей, а также для хирургической практики.

Целью нашей работы является установление морфометрических характеристик и особенностей вариантной анатомии внеорганных желчевыводящих путей мужчин первого и второго периода зрелого возраста.

Для достижения цели необходимо было определить морфометрические характеристики внеорганных желчевыводящих путей взрослого человека, установить особенности вариантной анатомии внеорганных желчевыводящих путей.

Изучаемые структуры выделены анатомическим препарированием, с пошаговым рассечением тканей гепатодуоденальной связки. Макроскопически и морфометрически исследовано 15 препаратов печени с желчным пузырем и желчевыводящими протоками от трупов мужчин первого и второго периода зрелого возраста. Морфометрические показатели сравнивались с данными, приведенными в исследовании Белорусского государственного медицинского университета [7]. Количественные показатели подверглись статистической обработке с определением средней величины и ее ошибки, достоверности различия признаков по критерию Стьюдента.

В ходе нашего исследования были получены следующие результаты: левый и правый печеночные протоки сливались вне паренхимы печени в 100% случаев. Правый печеночный проток имел длину $11,6 \pm 3,1$ мм, что достоверно больше ($p < 0,001$) длины аналогичного протока в группе сравнения и диаметр $4,6 \pm 1,1$ мм (Таблица 1). Длина левого печеночного протока несколько больше, чем правого и равна $12,43 \pm 5,21$ мм, а диаметр составил $6,0 \pm 1,28$ мм (Таблица 1). Общий печеночный проток, образующийся из слияния правого и левого печеночных протоков, достигал длины $25,8 \pm 9,1$ мм и диаметр $5,5 \pm 1,39$ мм, занимал крайне правое положение в гепатодуоденальной связке в 94,64 % случаев. Длина левого печеночного и общего печеночного протоков достоверно ($p < 0,001$) меньше значений данных показателей группы сравнения. На 1 препарате выявлено отсутствие общего печеночного протока, что составляет 6,6% исследуемых препаратов, пузырный проток на данном препарате впадал в правый печеночный проток.

Таблица 1

Морфометрические характеристики внепеченочных желчных протоков (в мм)

Желчный проток	Параметр	В целом по выборке (n=98)	Мужчины (n=47)	Мужчины (n=15)
Ductus hepaticus dexter	длина	$8,29 \pm 0,30$	$10,32 \pm 0,35$	$11,60 \pm 0,31$ $P < 0,001$
	диаметр	$4,79 \pm 0,26$	$4,17 \pm 0,26$	$4,6 \pm 0,11$
Ductus hepaticus sinister	длина	$11,43 \pm 0,35$	$13,72 \pm 0,49$	$12,00 \pm 0,52$ $P < 0,001$
	диаметр	$4,80 \pm 0,20$	$4,15 \pm 0,24$	$6,00 \pm 1,28$
Ductus hepaticus communis	длина	$28,56 \pm 0,88$	$33,40 \pm 1,16$	$25,80 \pm 0,91$ $P < 0,001$
	диаметр	$6,06 \pm 0,19$	$5,28 \pm 0,25$	$5,5 \pm 0,13$
Ductus cysticus	длина	$27,40 \pm 0,88$	$32,81 \pm 1,22$	$21,81 \pm 1,07$ $P < 0,001$
	диаметр	$5,84 \pm 0,22$	$4,77 \pm 0,25$	$3,60 \pm 0,71$
Ductus choledochus	длина	$57,25 \pm 1,69$	$66,68 \pm 2,09$	$54,30 \pm 1,99$
	диаметр	$7,10 \pm 0,21$	$6,04 \pm 0,22$	$5,60 \pm 0,18$

В нашем исследовании из особенностей строения пузырного протока следует отметить:

1. короткий, имел слишком маленькую длину, менее 10мм (6-9мм) - 3 препарата, 20 %;
2. длинный, более 30мм (33-46мм) - 3 препарата, 20%;
3. извитой (с перегибами) - 2 препарата; 13,3%;
4. длинный, расположенный параллельно с общим печеночным протоком, - 1 препарат, 6,6% (Рис. 1);
5. в одном случае (6,6%) соединение пузырного и обоих печеночных протоков происходило в виде «триплета» (печеночные и пузырный протоки сливались в одном месте вблизи ворот печени) (Рис. 2).

Общий желчный проток от места впадения пузырного протока в общий печеночный до двенадцатиперстной кишки имел длину $54,3 \pm 1,69$ мм и диаметр $5,60 \pm 1,8$ мм.

Таким образом, в нашем исследовании установлено, что показатели длины правого печеночного протока достоверно больше значений, приводимых в литературных источниках. Показатели длины левого печеночного, общего печеночного, пузырного протоков характеризуются достоверно меньшими значениями, чем в группе сравнения. Морфометрические показатели диаметров желчных протоков, длины общего желчного протока не имеют достоверных отличий от значений, приводимых в литературных источниках. Особенности анатомического строения внепеченочных желчных протоков являются предрасполагающим фактором возникновения их заболеваний и развития послеоперационных осложнений.

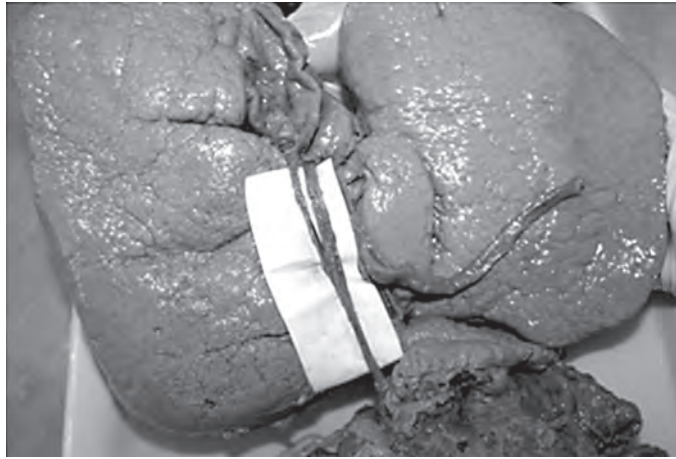


Рисунок 1. Длинный, расположенный параллельно общему печеночному, пузырный проток

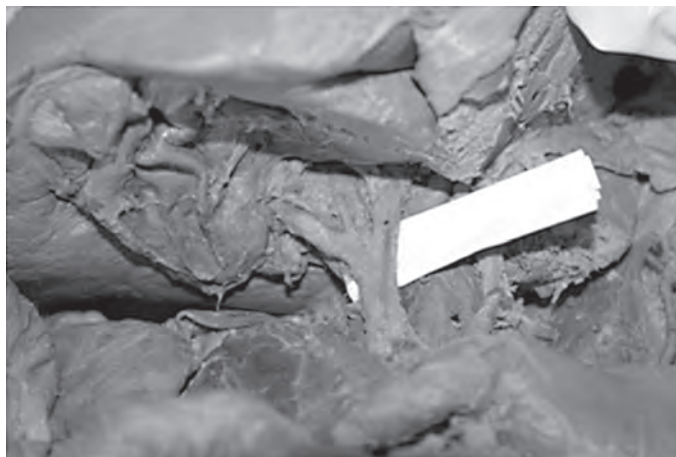


Рисунок 2. Соединение пузырного и обоих печеночных протоков в виде «триплета»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эффективность новых способов диагностики и лечения при заболеваниях внепеченочных желчных протоков /А.В. Артемов, Ю.Ш. Розиков, Н.Н. Булатов, Н.Р. Чеминава// Медицинская визуализация. – 2006. – №6. – С. 60-64
2. Итала, Э. Атлас абдоминальной хирургии – М.: Медицинская литература, 2008.
3. Варианты анатомии внепеченочных желчных путей и сосудов. Профилактика повреждений / Б. Г. Нузов, В. В. Солосин, А. Г. Григорьев, В. Н. Мощенко // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - №4. – С. 30-33
4. Петрушка, С.И. Конституциональные особенности острого панкреатита у женщин: Дис. канд. мед. наук / С.И.Петрушка// 1998. – С. 115
5. Петрушко, С.И. Анатомо-клиническое обоснование коррекции моторно-эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки при заболеваниях органов гастропанкреатодуоденальной зоны: автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н./ С.И. Петрушко // 2004. – С.48.
6. Ратников, В.А. Диагностические возможности магнитно-резонансной томографии в выявлении анатомических особенностей строения желчного пузыря, билиарных и панкреатических протоков / В.А. Ратников, В.М. Черемисин, Г.Е. Труфанов // Медицинская визуализация. – 2002. - №2. – С. 48-53.
7. Самохина, А.В. Современные представления о вариантах желчного пузыря и желчевыводящих протоков при использовании современных методов инструментального исследования / А. В. Самохина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2011. - № 3(35). – С. 3-6.

ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

В.С. Бортницкий

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,

Медико-психолого-социальный институт

Кафедра внутренних болезней

д.м.н. доц. Агеева Е.С.

Актуальность. В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти [1]. В первую очередь, это обусловлено высоким риском прогрессирования НАЖБП с дальнейшим развитием стеатогепатита, печеночной недостаточности и гепатоцеллюлярной карциномы. Общая распространенность НАЖБП в популяции колеблется от 10 до 40%, тогда как частота стеатогепатита составляет 2–4% [8].

В большинстве случаев неалкогольную жировую болезнь печени диагностируют при проведении ультразвукового исследования у тех пациентов, у которых имеет место повышение уровня печеночных ферментов, либо она является находкой в результате обследования по поводу какого-то другого заболевания.

Несмотря на сходство с алкогольной болезнью печени, стеатоз печени развивается преимущественно у лиц, не злоупотребляющих алкоголем. Рассматривавшаяся ранее как доброкачественная болезнь, неалкогольная жировая болезнь печени может прогрессировать с переходом в воспалительную стадию — стеатогепатит с развитием фиброза, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [9].

Целью настоящего исследования явилась: Оценка уровня повышения печеночных трансаминаз у больных неалкогольной жировой болезнью печени.

Задачи:

- 1) Провести анализ лабораторных признаков НАЖБП,
- 2) Установить особенности повышения уровня печеночных трансаминаз,
- 3) Установить зависимость между показателями уровня печеночных ферментов и наличием абдоминально-го ожирения у больных неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы исследования. В работе проведено ретроспективное исследование данных историй болезни пациентов за трехлетний период в ГБУЗ Республики Хакасия «Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской» с января 2012 по 1 сентября 2015 года. В исследование были включены 100 больных с неалкогольной жировой болезнью печени, из них мужчин - 42, женщин – 58 в возрасте от 30 до 80 лет, средний возраст составил 61 (56÷65) год, которые находились на стационарном лечении в третьем терапевтическом отделении.

Обязательными условиями включения в исследование являлись: наличие УЗИ-признаков жирового гепатоза (гепатомегалия, повышенная эхогенность печени, обеднение сосудистого рисунка), отсутствие в анамнезе злоупотребления алкоголя в гепатотоксических дозах (>20 г в сутки для женщин и >30 г – для мужчин).

Наличие абдоминального ожирения (АО) верифицировали согласно классификации ВОЗ (2008).

Методы исследования. У всех пациентов определяли биохимические показатели отражающие функциональное состояние печени: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) (метод Райтмана - Френзеля), щелочная фосфатаза (ЩФ), гаммаглутаматтранспептидаза (ГГТП) (унифицированная методика с использованием стандартного набора реактивов), в сыворотке с помощью лабораторных методов исследования.

Данный набор ферментов позволяет полностью оценить ферментативную активность печени и установить присутствует ли цитолитический синдром.

Референсные значения: АЛТ- до 41 Е/л; АСТ- до 35 Е/л; ЩФ- от 3 Е/л до 258 Е/л; ГГТП-до 55 Е/л.

Коэффициент Де Ритиса. Высчитывали коэффициент Де Ритиса (АСТ/АЛТ) в связи с тем, что его вариабельность выражена в меньшей степени и значения более точно отражают состояние гепатоцитов. В норме соотношение АСТ/АЛТ у женщин до 1,7, у мужчин до 1,3. При неалкогольном жировом гепатозе (так как преимущественно увеличивается АЛТ), коэффициент обычно не превышает 1. В случаях если соотношение приближается к 2 или более, это свидетельствует о фиброзе печени [10].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ Statistica 8.0. и при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2007. Результаты исследования в тексте и таблицах представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха ($Q1÷Q3$).

Для оценки взаимосвязи изучаемых признаков проводили корреляционный анализ Спирмена. Достоверность полученных данных определяли критерием Мана-Уитни, достоверными считали результаты при $p<0,05$.

Результаты исследования. В исследование было включено 100 пациентов, мужчин – 42 (42%), средний возраст – 58 (49÷63) лет, женщины преобладали – 58 (58%), средний возраст - 61,5 (56÷65) лет, результаты согласуются с исследованиями в которых преобладали женщины [5].

Наибольшая часть (53%) обследуемых относились к возрастной группе старше 60 лет, приблизительно треть (33%) пациентов находились в возрастной категории 50-59 лет, меньше пациентов было в возрастных группах 40-49 лет и 30-39 лет 9 и 5%, соответственно.

В зависимости от наличия или отсутствия абдоминального ожирения, все обследуемые были поделены нами на две группы. 1-ю группу составили 34 человека (34%) 17 мужчин и 17 женщин, с ИМТ<30кг/м², средний возраст составил 59(50÷68). Во вторую группу вошли 66 человек (66%), с ИМТ≥30 кг/м², средний возраст - 60(56÷64) лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение по гендерному признаку и по возрасту пациентов с абдоминальным ожирением (2 группа) и без абдоминального ожирения (1 группа)

Показатель	1группа (n=34)		2группа (n=66)	
	n	%	n	%
Мужчин	17	50,0	25	37,9
Женщин	17	50,0	41	62,1
30-39 лет	3	8,8	2	3,0
40-49 лет	4	11,8	5	7,6
50-59 лет	10	29,4	23	34,8
60 лет и выше	17	50,0	36	54,6
Возраст Me (25-75%),г.	59(50÷68)		60(56÷64)	

В результате анализа уровня печеночных ферментов, были получены следующие результаты: АЛТ был в 1,1 раз выше в 1 группе (30 (19÷55) Ед/л), по сравнению с его концентрацией во 2 группе (27 (17÷50) Ед/л) (p<0,05), уровень АСТ 1 группы был приблизительно равен уровню АСТ второй группы (23 (20÷40) Ед/л) и (23,5(17÷33) Ед/л) (p<0,05), соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Показатели печеночных ферментов у пациентов с НАЖБП, Me (25÷75)

Показатели	1 группа без абдоминального ожирения	2 группа с абдоминальным ожирением
АЛТ, Ед/л	30 (19÷55)	27 (17÷50)
АСТ, Ед/л	23 (20÷40)	23,5(17÷33)
ГГТП, Ед/л	22 (10÷100)	31 (25÷40)
ЩФ, Ед/л	165 (102÷226)	204 (105÷248)

Полученные незначительные повышения ГГТП и ЩФ можно интерпретировать, как совпадающие с данными литературы, так как для неалкогольной жировой болезни печени нехарактерны высокие повышения этих ферментов [9].

Уровни АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ в среднем по обеим группам находились в пределах нормальных значений: (АЛТ- до 41 Е/л; АСТ- до 35 Е/л; ЩФ- от 3 Е/л до 258 Е/л; ГГТП-до 55Е/л). Но при этом АЛТ было повышено у 38% обследуемых (38 человек) в 1,7 раза. АСТ у 28% (28 человек) в 1,5 раза, ГГТП у 22 человек (22%) в 2,8 раза. И ЩФ всего у 6% (6 человек) в 1,4 раза соответственно (рис. 4.). Полученные результаты противоречат литературным данным [2], [3], согласно которым синдром цитолиза при НАЖБП выявляют у 50–90 % больных. Но полученные данные по увеличению АЛТ выше, чем АСТ, совпадают с рядом исследований [4], [1]. Также необходимо заметить, что у всех обследуемых выявлено увеличение активности АЛТ и АСТ менее чем в 2 раза.

Также мы произвели расчеты коэффициента Де Ритиса (АСТ/АЛТ) в обеих группах, и получили следующие результаты: во второй группе с абдоминальным ожирением среднее значение коэффициента было равно 0,8 (0,6÷1,0), а в первой группе без абдоминального ожирения коэффициент равнялся 0,9 (0,7÷1,15), что несколько выше по сравнению со второй группой, но в целом коэффициенты обеих групп совпадают с литературными данными (<1) [7], [6]. Всего коэффициент Де Ритиса превышал единицу в 33% случаев (33 человека), и из них лишь у 4 он был >2.

Коэффициент Де Ритиса у пациентов с НАЖБП

Средние значения коэффициента Ме (Q25%÷Q75%)	
1 группа	2 группа
0,9 (0,7÷1,15)	0,8 (0,6÷1,0)

При анализе взаимосвязей исследуемых показателей активности печеночных была выявлена значимая положительная корреляция АЛТ с АСТ ($r=0,84$; $p<0,05$), и между ГГТП и ЩФ ($r=0,85$; $p<0,05$). Умеренная отрицательная корреляционная зависимость выявлена между ИМТ и ГГТП ($r=-0,3$; $p<0,05$), коэффициентом Де Ритиса и АЛТ ($r=-0,63$; $p<0,05$), а также ИМТ и ЩФ ($r=-0,35$; $p<0,05$). Также была отмечена незначительная отрицательная корреляция АЛТ и возраста пациентов ($r=-0,28$; $p<0,05$). Коэффициент Де Ритиса был связан слабой положительной взаимосвязью с ЩФ ($r=0,26$; $p<0,05$) и возрастом ($r=0,25$; $p<0,05$).

Выводы.

Выявлено, что все показатели (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и с абдоминальным ожирением и без абдоминального ожирения были в среднем в пределах референсных значений.

Самый частый лабораторный признак НАЖБП, это повышение АЛТ. Повышение ГГТП и ЩФ, было достаточно редким явлением, и не может являться диагностически достоверным признаком неалкогольной жировой болезни печени. У больных обеих групп Коэффициент Де Ритиса определялся как меньше единицы, что совпадает с литературными представлениями о неалкогольной жировой болезни печени. В группе с абдоминальным ожирением, коэффициент был несколько ниже, чем в группе без ожирения.

Была обнаружена слабая отрицательная корреляция между уровнем АЛТ с возрастом пациентов, что свидетельствует о низкой диагностической значимости трансаминаз у пациентов возрастной группы старше 60 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак, О.Я. Причины и метаболические последствия неалкогольной жировой болезни печени / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4(54). – С. 8-16.
2. Богомолов, П.О. Неалкогольная жировая болезнь печени / П.О. Богомолов, Г.В. Цодиков // Справочник поликлинического врача. – 2006. – Том 4; №1. – С. 2.
3. Буеверов, А.О. Некоторые патогенетические и клинические вопросы неалкогольного стеатогепатита / А.О. Буеверов, М.В. Маевская // Клинические перспективы в гастроэнтерологии и гепатологии. – 2003. – № 3. – С. 2–7.
4. Драпкина, О. М. Патогенез, лечение и эпидемиология НАЖБП – что нового? Эпидемиология НАЖБП в России / О. М. Драпкина, В. И. Смирин, В. Т. Ивашкин // Российский медицинский журнал. – 2011. – № 28. – С. 1717-1721.
5. Драпкина, О.М. Неалкогольная жировая болезнь печени и сердечно-сосудистый риск: влияние женского пола / О.М. Драпкина, О.Н. Корнеева // ФАРМАТЕКА. – 2010. – № 15. – С. 1-5.
6. Звенигородская, Л. А. Клинико-функциональные и морфологические изменения печени у больных с метаболическим синдромом / Л. А. Звенигородская // Consilium medicum. – 2007. – № 2. – С. 21–24.
7. Мельниченко, Г. А. Распространённость неалкогольной жировой болезни печени при ожирении и её связь с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа / Г. А. Мельниченко, А. Ю. Елисеева, М. В. Маевская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 21, № 2. – С. 45-53.
8. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика и лечение / С. Н. Мехтиев В. Б., Гриневич Ю. А., Кравчук А.В., Бращенкова // Гастроэнтерология. – 2008 г. – №2.
9. Caldwell S.H., Crespo D.M. The spectrum expanded: cryptogenic cirrhosis and the natural history of non-alcoholic fatty liver disease // J. Hepatol. — 2004. — V. 40(4). — P. 578-84.
10. Clark J.M. The prevalence and etiology of elevated aminotransferase levels in the United States // Am. J. Gastroenterol. – 2003. – 98. –P. 955–956.

УДК 613.96

РЕАКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК ПАРАСИМПАТОТОНИКОВ НА УЧЕБНЫЕ НАГРУЗКИ

В.С. Бортницкий*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,**Медико-психолого-социальный институт, Абакан**Кафедра общепрофессиональных дисциплин***д.м.н. доц. Агеева Е.С.**

Актуальность. В настоящее время показатели физического развития молодежи относятся к показателям благополучия общества и уровня жизни населения. Физическое развитие является одним из основных показателей здоровья будущих поколений [3].

В последние десятилетия формируются устойчивые негативные изменения основных параметров физического развития студентов. В настоящее время в России на смену акселерации пришла астенизация. С каждым годом растет число молодых людей с пониженным ростом и весом, и выраженным астеническим телосложением [1].

За последние десятилетия по Республике Хакасия подобных исследований не проводилось.

В проводимых ранее научно – исследовательских работах нет данных об особенностях антропометрических характеристик физического развития соматически здоровых юношей и девушек – студентов ХГУ им. Н.Ф. Катанова, МПСИ, специальности лечебное дело. А также не изучены особенности индивидуальной и половой изменчивости антропометрических параметров и структура распределения соматотипов, что весьма интересно. Особенно выявление взаимосвязей соматометрических параметров и антропометрических индексов молодых людей в зависимости от пола и типа телосложения.

Целью работы явилась: оценка показателей крепости телосложения у студентов Медико-психолого-социального института, Хакасского государственного университета

В связи с поставленной целью нами были определены следующие задачи: 1) Выполнить измерение показателей, характеризующих мышечную силу у юношей и девушек 2) Рассчитать индексы и коэффициенты, характеризующие мышечную силу 3) Охарактеризовать физическое развитие у юношей и девушек Медико-психолого-социального института.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили юноши и девушки (18–24 лет) – студенты 2 курса специальности «Лечебное дело». Общая численность выборки составила 50 человек, из них юношей – 15 (30%), девушек 35 (70%). Антропометрические измерения проводились на добровольной основе, в первой половине дня, в светлом помещении, стандартным набором антропометрических инструментов и приборов, прошедших проверку и которые соответствовали современным требованиям антропометрических измерений, по общеизвестным и принятым методикам. Антропометрическое исследование включало в себя определение морфометрических показателей (роста стоя и роста сидя, массы тела, окружности груди в паузе и в фазе выдоха), и функциональные показатели (динамометрия) [1]. Зависимость мышечной силы от массы тела определяли показателем процентного соотношения мышечной силы к массе тела, сило-росто-весовым коэффициентом соотносили силу в зависимости от роста и массы тела, пропорциональность грудной клетки характеризовали показателем индекса Эрисмана, на основании индекса Пирке определяли пропорциональность телосложения, конституциональный тип телосложения определяли по схеме М.В. Чернорудского на основании индекса Пинье [2].

Результаты исследования и их обсуждение. На основании полученных результатов анализа показателя процентного соотношения мышечной силы к массе тела все обследованные (юноши и девушки) были разделены в зависимости от показателя, на 3 группы: 1 – со слабым показателем (30-50%); 2 – со средним показателем (50-70%); 3 - с сильным показателем (70-80%).

Таблица 1

Результаты расчета показателя процентного соотношения мышечной силы к массе тела

Группы	Показатель (критерии оценки), %		
	30-50%	50-70%	70-80%
Юноши	13,3%	66,7%	20,0%
Девушки	65,7%	28,6%	5,7%

Из расчета показателя видно, что юноши в своем большинстве имеют средние значения показателя (66,66%), меньше высокие (20%), и наконец самое малое количество – слабые (13,3%); у девушек представлена абсолютно иная картина: (65,71%) – слабые показатели, (28,57%) – средние, высокие – (5,71%). Таким образом показатель процентного соотношения мышечной силы к массе тела у юношей, превосходит таковой у девушек, достоверно отличаясь по половому признаку.

По результатам индекса Эрисмана среди юношей выявлено с узкой грудной клеткой - 20,0 %, с пропорциональной – 53,3 %, с широкой – 26,7 %. В группе девушек по результатам индекса Эрисмана выявлено 74,3 % человек с узкой грудной клеткой, с широкой – 11,4 %, с пропорциональной – 14,3 %. Узкая грудная клетка является признаком децелерации (астенизации), что прослеживается у большинства девушек. У юношей в большей степени встречается пропорциональная грудная клетка.

Сила в зависимости от роста и веса у большинства юношей имеет средние (60%) показатели– 0,30 – 0,35%; меньше - 0,35-0,45% - высокий показатель (26,6%); еще меньше – слабый (13,3%) - 0,20-0,25%. У девушек же наибольшее количество (77,14%) имеет слабый показатель - 0,20-0,25%; далее средний (17,14%) - 0,25-0,35%; затем высокий показатель (5,71%) - 0,35-0,43%. По результатам анализа сило-росто-весового коэффициента, можно говорить о физической слабости девушек данного контингента, у юношей же преобладают средние показатели.

У юношей по результату расчета индекса Пирке, преобладает длинноноготь (66,6%) над нормой(20%) и коротконоготью (13,3%). У девушек же норма (48,6%) преобладает над длинноноготью (20%) и коротконоготью (31,4%). Что свидетельствует о длинноноготи юношей в этой группе. У девушек же преобладание пропорциональности.

По показателю крепости телосложения Пинье большинство юношей (33,3%) имеют крепкое телосложение, а большая часть девушек (42,8%) – очень слабое. В то же время очень небольшое количество юношей (13,3%) в отличие от девушек имеют очень слабое телосложение, точно так же как наименьшее число девушек (5,7%) имеют крепкое телосложение. Что также говорит об астенизации девушек.

Таблица 1

Определение клинко – функциональных типов на основании индекса Пинье

Группа	Тип конституции		
	Астенический	Атлетический	Пикнический
Юноши	26,6%	40,0%	33,3%
Девушки	57,1%	37,1%	5,7%

Индекс Пинье равен в обследованной группе у девушек – $31,55, \pm 1,87$, у юношей в среднем $14,5 \pm 0,70$, достоверно различаясь по половому признаку. Исходя из результатов оценки индекса Пинье, по схеме Черноруцкого у девушек астенический тип телосложения встречался чаще других – у 57,14 %, реже атлетический – в 37,14 % случаев, еще реже пикнический – у 5,71 %, что также является признаком акцелерации(астенизация). Юноши по схеме Черноруцкого имели в 40 % случаев атлетический и в 33,3 % случаев пикнический тип телосложения, меньше всего выявлено астеников – 26,6 %.

Выводы:

Показатель процентного соотношения мышечной силы к массе тела достоверно отличался по половому признаку: у 66,6 % юношей доминирует среднее значение показателей (50–70 %), у 65,7 % девушек – слабое значение показателей (30–50 %).

По результатам индекса Эрисмана выявлено 53,3% юношей с пропорциональной грудной клеткой, у девушек основное количество (74,3 %) – с узкой грудной клеткой, что является признаком децелерации (астенизация) у девушек.

Сила в зависимости от роста и веса у 60 % юношей в норме. У 77,1 % девушек выявлена физическая слабость.

По результатам индекса Пирке у юношей преобладает длинноноготь (66,6 %) над нормой и коротконоготью. У девушек норма (48,6%) преобладает над длинноноготью и коротконоготью.

Выявлено, что большинство юношей (33,3 %) имеют крепкое телосложение, а большая часть девушек (42,8 %) – астенически слабое.

У девушек астенический тип телосложения (индекс Пинье) встречался у (57,1 %) – признак децелерации; юноши имели в основном атлетический и пикнический типы телосложения (40,0 % и 33,3 %, соответственно).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
2. Дубилей, Г.С. Оценка типа вегетативной регуляции у студенток вузов с синдромом вегето-сосудистой дистонии / Г.С. Дубилей, М.Н. Скуратович // Организационные и методические аспекты укрепления состояния здоровья студенческой молодежи сибирского региона: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Иркутск, 2002. – С. 152 - 153.
3. Карпман, В.Л. Тестирование в спортивной медицине / В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков И.А. // М.: Физкультура и спорт, 1988. – 208 с.

УДК 159.922.63

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

К.А. Бортновская

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: д.п.н., проф. И.О. Логинова

В последние десятилетия в России в возрастной структуре населения наблюдается увеличение доли пожилых людей. Изменение условий жизни способствуют возникновению различных трудностей и проблем людей пожилого возраста, сформировавшихся в личностном, духовном планах в других социальных условиях, что

нередко приводит к возникновению целого ряда проблем и возникновению кризиса. Кризис пожилого возраста следует рассматривать как жизненный кризис, кризис жизненного пути личности. В период наступления старости человек сталкивается с необходимостью решения совершенно новых для него проблем, связанных с изменением его социального положения, необходимости изменения прежнего образа жизни, перестройки существующего стереотипа поведения, принятие новой социальной роли, изменение самовосприятия. Очевидно, что психологическим содержанием этого кризиса, его глубинным слоем является исчерпанность одних жизненных смыслов и поиск других, которые связаны с экзистенциальной природой жизненного кризиса пожилых людей. Внутренний конфликт отражает жизненный кризис и чтобы разрешить его, необходимо понять, желает ли человек, чтобы все оставалось по-прежнему, хотя реальная жизнь требует изменений, или же сам человек уже изменился, и ему необходимо изменить свою жизнь, но он не хочет этого, или не знает, как это правильно сделать.

Таким образом, целью данной работы является изучение психологической характеристики и жизненных проблем экзистенциального порядка людей пожилого возраста.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Подобрать диагностический инструментарий, провести исследование.
3. Осуществить качественную и количественную обработку результатов.
4. Сформулировать выводы по проведенному исследованию.

В результате была выдвинута следующая гипотеза исследования: люди пожилого возраста испытывают экзистенциальную тревогу из-за переживания проблем экзистенциального порядка: жизни и смерти, свободы и ответственности, одиночества и отношений с этим миром, поиска и обретения смысла своего существования.

Практическая значимость моей работы заключается в том, что полученные данные могут стать основой для понимания внутреннего мира пожилых людей, чтобы рационально выстроить стратегию и тактику при оказании им нужной медицинской помощи. А также результаты исследования могут стать основой для составления эффективной и адекватной психокоррекционной программы, направленной не только на уменьшение экзистенциальной тревоги, но и на улучшение психологического здоровья в целом.

Исследование было проведено в КГБУЗ «Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А.И. Крыжановского». Выборка исследования составила 27 человек пожилого возраста из них 17 женщин и 10 мужчин.

При проведении эмпирического исследования использовались следующие диагностические методики: «Шкала экзистенции А. Лангле, К. Орглер», «Тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева», «Ценностные ориентации М. Рокича», «Тест жизнестойкости Д. А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой», «Шкала психологического благополучия К. Риффа».

При изучении ценностных ориентаций были получены следующие результаты. Наиболее значимыми терминальными ценностями для людей пожилого возраста были выделены следующие: 1) Здоровье (74 %); 2) Жизненная мудрость (44 %); 3) Счастливая семейная жизнь (33 %); 4) Любовь (29 %); 5) Счастье других (22%); 6) Активная деятельная жизнь (22 %). Наименее значимыми терминальными ценностями явились: 1) Интересная работа (59 %); 2) Творчество (37 %); 3) Материально – обеспеченная жизнь (29 %); 4) Красота искусства и природы (26 %); 5) Наличие хороших и верных друзей (26 %); 6) Удовольствия (26 %). Наиболее значимыми инструментальными ценностями для пожилого человека являются: 1) Воспитанность (37 %); 2) Чуткость (29 %); 3) Честность (29 %); 4) Исполнительность (26 %); 5) Твердая воля (26 %).

Исследуя осмысленность жизни пожилых людей по шкале экзистенции, были получены следующие результаты исследования: 63 % респондентов получили среднее значение, 37 % пожилых людей получили низкое значение данного показателя. При анализе полученных результатов исследования по шкалам было выявлено, что самый большой процент (48 %) с низким показателем набрала шкала «Самотрансценденции», самый же большой процент (93 %) со средним значением набрали шкалы: «Самодистанцирование» и «Ответственность».

По результатам исследования психологического благополучия были получены следующие данные: 55 % респондентов набрали низкие показатели; 41 % средние показатели и 4% высокие.

Исследовав уровень жизнестойкости, были получены следующие результаты: 59 % пожилых людей имеют низкий уровень жизнестойкости, 19 % человек имеют высокий уровень жизнестойкости и оставшиеся 22 % - средний.

При оценке и анализе «источника» смысла жизни по шкале общей осмысленности жизни были получены следующие результаты: 19 % высокие показатели; 44 % средние показатели; 37 % низкие показатели.

При анализе эмпирического материала мы получили психологический портрет пожилого человека имеющего онкологическое заболевание, выглядит он следующим образом.

Важной ценностью у людей пожилого возраста является здоровье. Это вполне объяснимо проблемами физического старения и сопутствующими заболеваниями. Весьма значимой ценностью в жизни также является жизненная мудрость и счастливая семейная жизнь. Такая ценность, как жизненная мудрость ориентирована

на «практическую сторону жизни» и позволяет выносить взвешенные суждения, давать полезные советы по жизненно важным вопросам. Ценность «счастливой семейной жизни» подчеркивает тот факт, что семья играет особо важную роль в пожилом возрасте. Пожилой человек как никто другой нуждается в семье в связи с потребностью в общении, взаимопомощи, с необходимостью организации и поддержания жизни.

Материальные ценности, приобретенные в течение жизни лишаются прежнего смысла. Если говорить об интересной работе и творчестве, то для данной категории респондентов эти ценности становятся наименее актуальными из-за переоценки своих ценностей после выхода на пенсию.

У людей пожилого возраста преобладают следующие личностные черты: воспитанность, чуткость, честность, исполнительность и твердая воля.

Также у пожилых людей проявляется заикленность на себе и эмоциональная неспособность к диалогу, нерешительность, стеснительность. Возникают проблемы в способности ощущать ценности (происходит нарушение ясности в чувствах). Возникает эмоциональная уплощенность и скудность в отношениях с миром и людьми. Жизнь бедна чувствами, преимущественно деловита и функциональна. Недостаток эмоциональности делает человека беспомощным, неуверенным, даже словно бы слепым в восприятии чувств и ценностей: человек сам не знает, что ему нравится и чего он хочет. Чувство важности и ценности содержаний переживания («что оно делает с человеком и что оно для него значит») ограничено. Возникающие чувства ощущаются, как мешающие и вводят в заблуждение. Аффективность и амплитуда чувств плоские, эмоциональность труднодоступна.

Изменяется способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей. Человек действует с осознанием обязательности этого для себя или обязательств перед кем-то. Ответственность и включенность растут. Человек больше затронут соотношением с жизнью, и придерживается обязательного, заботливого обхождения с ней.

Пожилые люди имеют лишь ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: им сложно быть открытыми, проявлять теплоту и заботиться о других; в межличностных взаимоотношениях, как правило, они изолированы и фрустрированы; не желают идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

Они зависят от мнения и оценки окружающих; в принятии важных решений полагаются на мнение других; поддаются попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом. Испытывают сложности в организации повседневной деятельности, чувствуют себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, безрассудно относятся к предоставляющимся возможностям, лишены чувства контроля над происходящим вокруг. Такие люди осознают отсутствие собственного развития, не испытывают чувства улучшения или самореализации, испытывают скуку и не имеют интереса к жизни, ощущают неспособность устанавливать новые отношения или изменять свое поведение. Пожилые люди лишены смысла в жизни; имеют мало целей или намерений. У них отсутствует чувство направленности. Они не довольны собой, разочарованы событиями своего прошлого, не находят цели в своей прошлой жизни; не имеют перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни; испытывают беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желают быть не тем, кем они являются.

Пожилые люди безынициативны, у них отсутствует заинтересованность к окружающей среде, они ощущают отсутствие контроля своей жизни, также им присуща низкая стрессоустойчивость. Люди пожилого возраста не удовлетворены своей жизнью в настоящем, а также уже прожитой частью жизни. У таких людей складывается убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

По полученным результатам исследования можно сделать вывод, что у людей пожилого возраста присутствуют такие экзистенциальные проблемы как одиночество или изоляция, бессмысленность, свобода и смерть. Экзистенциальные проблемы могут возникать, как развитие психологического конфликта или кризиса человека, который в конечном итоге приведет его к экзистенциальной тревоге.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малкина-Пых, И.Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых// - Москва : Эксмо, - 2004. - С. 877-895
2. Прихожан, А.М. К проблеме исследования самооценки// Личность в системе коллективных отношений / А.М. Прихожан // - М., - 1980. - С. 156-161
3. Сорокоумова, Е.А. Возрастная психология / Е.А. Сорокоумова// - СПб.: Питер, - 2006. - С. 208
4. Шахматов, Н.Ф. Старение – время личного познания вечных вопросов и истинных ценностей//Психология зрелости и старения / Н.Ф. Шахматов // - 1998. - №2 – С. 14-20

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ

А.К. Ботабекова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия

Кафедра терапии бакалавриат

Научные руководители: к.м.н., ассоц. проф. Кауызбай Ж.А., д.м.н., проф. Бекмурзаева Э.К.

Актуальность проблемы. Проблема установления причинно-следственных связей между состоянием (качеством) окружающей среды и здоровьем населения является одной из ведущих среди социальных и прогностических задач, при этом проблема влияния изменения климата на здоровье населения становится вызовом XXI века. Особенно актуальными являются вопросы адаптации населения к изменению климата, к ухудшению экологической обстановки. В этом плане чрезвычайную важность приобретает исследование влияния погодных условий и их аномалий на клинический статус при болезнях системы кровообращения (БСК), особенно, при ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) [3,5,8,9].

Климатические факторы, находясь в определенных пределах, обладают способностью восстанавливать нарушенные функции организма. Однако погодно-климатические условия могут выходить за эти рамки и носить для организма системный повреждающий характер. В течение последних десятилетий эта тенденция усиливается, и важность обозначенной проблемы нарастает [7].

В проблеме влияния погодных факторов на здоровье человека остается еще много белых пятен, требующих более глубокого научного анализа. Однако накопленный к настоящему времени международный и отечественный медицинский опыт свидетельствует о том, что, несмотря на безусловную необходимость такого изучения, уже в настоящее время вполне возможны достаточно эффективные профилактика и лечение гелиометеотропных реакций [4].

Не смотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в развитых странах, они продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности в мире, унося ежегодно более 17 млн. жизней. Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие основных болезней системы кровообращения имеют тенденцию к неуклонному росту во всем мире, в том числе и в Казахстане. В этой связи данная проблема является не только актуальной, но и социально значимой [2].

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, артериальная гипертензия - одно из самых распространенных заболеваний [1]. По данным ВОЗ распространенность повышенного артериального давления среди населения в возрасте 25 лет и старше в РК составляет 44,8%.

В Казахстане проводится ряд исследований, связанных с влиянием климатических условий на смертность от болезней системы кровообращения. Анализированы материалы исследований по влиянию ряда климатических показателей на заболеваемость и смертности от БСК, а также статистические данные МЗСР РК по заболеваемости и смертности от БСК за 2000–2013 гг. среди взрослого населения по отдельным регионам и областям Республики [6].

Таким образом, изучение влияния метеоусловий города Шымкента на течение и развитие осложнений у больных с АГ, актуально на сегодняшний день. Исследование данной проблемы, разработка профилактических мероприятий, направленных на усиление адаптивных механизмов при изменении погоды, позволили бы снизить заболеваемость и дать медицинский, социальный и экономический эффект.

Цель. Изучить зависимость частоты обострений у больных артериальной гипертензией от погодных условий в городе Шымкенте.

Задачи исследования.

1. Изучить метеоусловия в г. Шымкенте за 2011-2013 гг. для их биоклиматической оценки.
2. Изучить частоту обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП) в связи с заболеванием артериальной гипертензии (АГ) среди населения г. Шымкента с учётом пола, возраста и сезона года за 2011-2013 гг.
3. Изучить влияние метеорологических факторов в городе Шымкенте на частоту гипертонических кризов (ГК) при АГ.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные городской станции скорой медицинской помощи (СМП) по обострению АГ у жителей Шымкента с 2011г. по 2013 г. За этот период зарегистрировано 122455 случаев обострения данного заболевания, из них у женщин 93290 (76,2%) случаев, у мужчин – 29165 (23,8%).

Информация о метеорологических показателях получена из архива погодных условий (<http://meteoblue.com>). Методом анализа в данной работе является корреляционный анализ, позволяющий установить взаимосвязь между ГК и метеорологическими факторами (МФ). Данные по обострению артериальной гипертензии

у жителей Шымкента соотносились со средней температурой, атмосферным давлением и ветром по сезонным и годовым показателям. Статистическая обработка проводилась по программе Biostatistica, серия 4.03.

Полученные результаты. Корреляционный анализ показал статистически сильную, по характеру связи, обратную между среднегодовой длительностью средней температуры воздуха в городе Шымкенте и частотой обострений АГ за 2011 год ($r = -0,863$, $p < 0,01$), за 2012 год ($r = -0,788$, $p < 0,002$), а за 2013 год ($r = -0,731$, $p < 0,007$).

Прямой характер зависимости между величиной атмосферного давления и обострениями АГ выражалась средней и слабой по силе корреляционной связью за 2011 год ($r = 0,144$, $p < 0,65$), за 2012 год ($r = 0,695$, $p < 0,012$), а за 2013 год ($r = 0,073$, $p < 0,82$).

Влияние ветра на течение АГ, методом корреляционного анализа, показал менее статистически значимую связь за 2011 год ($r = 0,450$, $p < 0,142$), за 2012 год ($r = 0,461$, $p < 0,131$), а за 2013 год ($r = 0,464$, $p < 0,128$).

Выводы. Таким образом, проведенный статистический анализ продемонстрировал достоверную связь между средней температуры воздуха, атмосферным давлением и частотой обращаемости больных АГ за СМП в городе Шымкенте. Наибольшее влияние на ГК оказывают температура воздуха и атмосферное давление. Незначительно влияет на показатели гемодинамики направление ветра. При снижении температуры атмосферного воздуха и увеличении атмосферного давления риск развития обострений АГ повышается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исследование факторов риска развития артериальной гипертензии / А.Т. Умбетжанова, М.Г. Махаметова, Д.Н. Ахметова, Ж.Б. Бекбергенова и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. – 2012.- №3 (35). – С.248
2. Кауызбай, Ж. А. Распространенность проблемы сердечно-сосудистых заболеваний / Ж. А. Кауызбай // Вестник ЮКГФА. - 2011. – №2(53). –С. 136-139.
3. Масуева, А.М. Клиническое течение артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в зависимости от метеорологических факторов города Махачкалы: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.М. Масуева. - Махачкала, 2011. -21 с.
4. Никберг, И. И. Профилактика и лечение гелиометеотропных реакций / И. И. Никберг //Здоровье Казахстана. -2015.-№ 11/42.- С.12
5. Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. Статистический сборник - М.: Росстат, 2008. - 396 с.
6. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность во взаимосвязи с показателями климата в Казахстане / Т.З. Сейсембеков, А.Б. Жапбасбаева, Н.К. Нургалиева, З.З. Кенжина // ОҚМФА Хабаршысы. – 2011.- № 4 (55). – С. 161 – 163.
7. Уянаева, А.И. Метеопатические реакции у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях климата г. Москвы и методы их коррекции физиобальнеопроцедурами / А.И. Уянаева, О.Б.Давыдова, Г.А. Максимова // Роль курортной науки и практики в охране здоровья населения России / Тр. Юбилейной научно-практич. конф. Пятигорск: Изд-во «Кавказская здравница», 2003. - С. 206-209.
8. Larcen A. Climatologieparameters and my ocardialin farction / A. Larcen, J.M. Gilgenkrantz, J.F. Atoltzetel. // Ann. Cardiol. Angeiol. Paris, 2005 - V. 32 (2). - P. 83-92.
9. N. Qizilbash et al. // Lancet. 2002. - V. 360. - P. 1903-1913

УДК 617.75-06:[616.831 – 005-06:616.89 – 008.44/48]

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИКО – СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

С.О. Бракк

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Сибирский клинический центр ФМБА России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научный руководитель: асс. Швецова И.Н.

Трудно переоценить роль зрительного восприятия для психических функций человека, ведь основную информацию о внешнем мире он получает через зрительные образы [5]. Всем предметам внешнего мира присущи пространственные свойства. Видеть сложные изображения целиком, укладывать детали в единое целое, выделяя существенные и второстепенные признаки это те свойства, которые в сочетании с опытом человека определяют его интересы, отношение к жизни, установки, знания. Таким образом, восприятие мира и полноценное существование в нем во многом зависит от зрительно-перцептивной деятельности.

В процессе старения оптико – гностические функции претерпевают изменения [2]. Результаты исследований показывают, что при наступлении возраста инволюции изменяются, прежде всего, динамические параметры зрительно-перцептивной деятельности. Вторыми по значимости проявлениями нормы старения являются симптомы недостаточности пространственного анализа и синтеза [1,2].

В условиях патологии при очаговом поражении затылочно-теменных отделов мозга (как левого, так и правого полушария) возникают различные нарушения зрительно-перцептивной деятельности, прежде всего в виде зрительных агнозий [3]. Нарушения зрительного гнозиса, при поражении лобных долей мозга, имеют вторичный характер как следствие нарушений произвольности, целенаправленности узнавания. Нейродинамические нарушения зрительного восприятия при поражении подкорковых структур проявляются снижением скорости, продуктивности, неравномерной эффективности выполнения специализированных заданий.

Как при нормальном старении, так и в условиях патологии нарушения зрительно – перцептивной деятельности рано или поздно препятствуют нормальной жизнедеятельности больного, ограничивают дееспособность и простейшие навыки самообслуживания.

Для исследования зрительно – гностических нарушений в большинстве случаев применяется классическое качественное нейропсихологическое обследование [3]. Недостатком существующих методов является отсутствие объективной регистрации зрительного дефекта, трудно измеряемый характер результатов исследования [1].

Что же касается реабилитации, то в современном виде она включает раннюю комплексную адекватную коррекцию когнитивных нарушений с позиций системного подхода (П. К. Анохин, Л. С. Выготский). К сожалению, на данном этапе недостаточно изучены эффекты целенаправленной тренировки отдельных зон мозга. Неизвестно, проявляется ли эффект такой тренировки улучшением функции одного домена, или распространяется на более обширную зону мозговой коры. В соответствии с этим не разработаны и методы соответствующей тренировки.

В настоящей статье описана методика и первые результаты восстановительного обучения, за счет стимуляции задних сенсорных зон мозга, а также диагностические возможности созданного авторского метода трехмерного узнавания предмета.

Цель: оценить диагностический и восстановительный метод для реабилитации познавательных функций, основанный на стимуляции зрительной модальности у постинсультных больных.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Центра неврологии и нейрореабилитации ФГБУЗ Сибирского клинического центра, ФМБА России.

В исследовании участвовали 44 испытуемых (22 женщин и 22 мужчин), среднего и пожилого возраста с сохранным зрением, праворукие. Среди них I группа – лица с нормальным когнитивным статусом 15 испытуемых (9 женщин и 6 мужчин), II группа – пациенты, в количестве 15 человек (8 мужчин, 7 женщин), перенесшие инсульт с нарушением высших мозговых функций в стадии умеренных когнитивных нарушений и легкой деменции, у которых лечение проводилось с использованием стандартных методов реабилитации, III группа – пациенты в количестве 14 человек (6 женщин, 8 мужчин), у которых восстановительное обучение проводилось с использованием компьютерных программ стимулирующих задние гностические отделы мозга.

Уровень когнитивных расстройств был подтвержден краткой шкалой оценки психического статуса (MMSE), [M.F.Folstein et al., 1975], батареей лобной дисфункции (FAB) [B. Dubois et al., 1999], тестом рисования часов (CDT) [Shulman 1993], монреальной шкалой оценки когнитивных функций (MOCA) [Z.Nasreddine MD et al., 2004], пробой Шульте, для определения латеральных предпочтений использовался опросник по Аннет.

Оценка зрительно-пространственного и предметного восприятия проводилась с использованием авторского компьютеризированного метода трехмерного узнавания предметов.

В основе метода используется тестирование зрительного гнозиса в форме компьютерной программы, содержащей задания различной сложности, исследующие предметный гнозис, пространственные представления и пространственное воображение. Оцениваемыми диагностическими критериями являлись: скорость узнавания предмета в различных проекциях, угол расположения в осях X, Y, Z, в момент узнавания, фиксируемые с помощью компьютерной программы. В ходе тестирования обследуемому предъявлялись задания на узнавание как двухмерных, так и трехмерных объектов, оценивалось узнавание объектов различной частоты встречаемости в повседневной жизни.

Восстановление познавательных функций осуществлялась с помощью созданного пакета компьютерных программ, направленных на стимуляцию задних отделов головного мозга. Курс из 15 занятий включал в себя когнитивную нагрузку на возможности симультанной и предметно-пространственной зрительно-перцептивной деятельности. Предлагались задания различной сложности в большей степени направленные на трехмерное узнавание и конструирование объемных изображений. В «игре» в качестве последних предлагались объекты, по форме схожие с предметами обихода, но представленные в непривычной цветовой гамме.

Полученные результаты: при сравнительной характеристике угловых показателей узнавания двумерных изображений между группами не наблюдались различия с уровнем $p > 0,05$ по критерию Манна-Уитни. Угол узнавания был равен 0 или близок к нему по осям X, Y, Z.

При сравнении скоростных показателей, скорость узнавания у здоровых испытуемых была выше, чем у постинсультных пациентов в среднем на 3 секунды, что коррелирует с показателями таблицы Шульте (Таб. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика временных показателей узнавания предметов обихода здоровыми и постинсультными испытуемыми в среднем и пожилом возрасте

Показатели времени (секунды)	Здоровые испытуемые	Больные перенесшие инсульт	Уровень p
	Me [25;75]	Me [25;75]	
Книга	4 [2;5]	7 [5;20]	<0,001
Розетка	4 [4;12]	9 [4;20]	>0,05
Сковорода	3 [2;4]	5 [3;6]	<0,013
Таблица Шульте	55 [45;60]	105 [75;120]	<0,001

* статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$, критерий Манна -Уитни

При оценке узнавания трехмерных пространственных объектов испытуемыми I и II групп наблюдения (Таб.2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика узнавания предметов обстановки квартиры здоровыми испытуемыми и пациентами, перенесшими инсульт

Вид узнаваемого предмета / плоскость узнавания	Здоровые испытуемые, значение углов узнавания	Пациенты перенесшие инсульт, значения углов узнавания	Уровень p
	Me [25; 75]	Me [25; 75]	
Дверь / ось X	22[13; 81]	311[281; 327]	<0,000
Дверь / ось Y	12[10;329]	353[0; 359]	0,59
Дверь / ось Z	25[8;203]	0[0; 1]	<0,000
Диван / ось X	36[23; 58]	319[346; 354]	0,004
Диван / ось Y	10[5; 313]	321[306; 333]	0,029
Диван / ось Z	32[22; 66]	30[0; 53]	0,41
Стол / ось X	33[22; 52]	322[309; 326]	<0,001
Стол / ось Y	9[6; 14]	0[0; 358]	0,089
Стол / ось Z	29[22; 46]	0[0; 1]	<0,001
Холодильник / ось X	69[0; 285]	317[299; 327]	<0,001
Холодильник / ось Y	287[232; 324]	0[0; 358]	0,83
Холодильник / ось Z	169[74; 288]	0[0; 2]	<0,001

* статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$, критерий Манна -Уитни

Согласно полученным данным, имелись статистически значимые различия угла узнавания трехмерных объектов пациентами и здоровыми лицами в разных осях представления. В целом, узнавание объемных изображений у пациентов, перенесших инсульт, происходило при большем значении угла обзора по осям X, Y, Z.

После проведения восстановительного обучения с использованием авторского метода (III группа) при сравнении с группой II, где лечение проводилось стандартным способом реабилитации, получены различия в показателях кратких шкал и в показателях авторского метода 2-х и 3-х мерного узнавания предмета. При оценке динамики синдрома при сравнении узнавания *двумерных изображений* испытуемыми различий между группами II и III по угловым и скоростным показателям выявлено не было, при уровне $p > 0,05$ (по критерию Манна-Уитни), величина угла была близкой к 0 градусов по осям X, Y, Z.

Так же было выявлено, что узнавание *трехмерных объектов* происходит с разницей в 17 градусов по осям X, Y, Z, и большая величина угла обзора по осям у пациентов со стандартным подходом к реабилитации (группа II), p -level 0,03 (по критерию Манна-Уитни), чем у пациентов III группы.

Выявлена большая скорость узнавания трехмерных объектов в группе (III) после курса занятий, что характеризует повышение темпа зрительно-перцептивной деятельности после проведенной специфической реабилитации в виде стимуляции заднего мозга.

Степень когнитивных нарушений достоверно снизилась (p level 0,02) по шкале МОСА и составила 20 [19;22] и 24 [23;27] во второй группе, 18 [15;21] и 22 [19;24] в третьей.

Выводы: таким образом, в результате исследования, при помощи авторского метода трехмерного узнавания предмета, установлено, что в норме узнавание плоскостных изображений происходит при минимальном угле поворота фигуры близкому к 0, однако скорость узнавания двумерных изображений здоровыми испытуемыми выше, чем пациентами перенесшими инсульт. При сравнении скоростных показателей созданной программы и показателей таблицы Шульте выявлена корреляция между значениями, что показывает относительную достоверность созданного метода.

Получены объективные данные, свидетельствующие о снижении зрительного гнозиса при узнавании трехмерных объектов у пациентов, перенесших инсульт в сравнении со здоровыми лицами сходной возрастной категории.

Метод объективизировал данные о том, что стимуляция зрительной гностической области коры головного мозга улучшает зрительно-перцептивную когнитивную деятельность. Это позволяет согласиться, с положительным реабилитационным эффектом от применения данной методики в курсе восстановительного обучения после инсульта.

В ходе дальнейшего исследования планируется оценка влияния стимуляции зрительной коры на восстановление других познавательных функций как при нормальном старении, так и в условиях патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исследование особенностей зрительно-пространственного гнозиса у здоровых лиц в разные возрастные периоды жизни с использованием авторского метода трехмерного узнавания предмета / С.В. Прокопенко, Е.Ю. Можейко, М.В. Родиков, И.Н. Швецова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8. – С. 916-920.
2. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: уч. пособие / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
3. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии. 8-е издание: уч. пособие / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2013. – 384 с.
4. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О.Ю. Реброва. – М., 2002. – 312с.;
5. Хомская, Е.Д. Нейропсихология. 4-е издание / Е. Д. Хомская. – Санкт-Петербург, 2005. - 496с.

616.831-005-036.11-0

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т.О. Бугакова, А.А. Ермакова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

к.м.н., асс. Газенкамф А.А.

Актуальность проблемы. Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертельных случаев от болезней системы кровообращения в РФ. Острое нарушение мозгового кровообращения занимает лидирующее место по показателям смертности и инвалидизации (более 80% среди выживших). Связано это как с неврологическим дефицитом, вызванным непосредственно повреждением головного мозга, так последствиями осложнений длительной гиподинамии (пролежни, пневмонии и пр.). Известно, что нахождение пациента в специализированном отделении со штатной реабилитационной службой значительно улучшает результат лечения. Вертикализация – это современная реабилитационная методика профилактики и устранения осложнений, связанных с длительным пребыванием пациента в лежачем положении [1].

Суть вертикализации состоит в плавном переводе лежачего пациента в вертикальное положение. Вертикализация может проводиться в активном и пассивном режимах и должна начинаться в первые 24-48 часов от развития заболевания[3]. Проведение пассивной вертикализации в качестве реабилитационной методики рекомендуется для пациентов, которые не могут самостоятельно вставать и удерживать себя в вертикальном положении вследствие тяжести общего состояния. Целью пассивной вертикализации является проведение ортостатической тренировки, поддержания адекватного вегетативного обеспечения двигательной активности, сохранение афферентации от суставных и мышечно-сухожильных рецепторов при замыкании суставов нижних конечностей и позвоночника, сохранение должного влияния на позно-тоническую и динамическую активность вестибулярных и постуральных рефлекторных реакций и автоматизмов, улучшение респираторной функции, сохранение рефлекторного механизма опорожнения кишечника и мочевого пузыря. [2]

Цель. Оценить эффективность проведения ранней вертикализации на фоне проводимой ИВЛ у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Задачи:

1. Провести анализ историй болезни пациентов, находящихся на лечение в отделение нейрореанимации Регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Красноярск с диагнозом – острое нарушение мозгового кровообращения.

2. Провести статистическую обработку полученных данных.

Материалы и методы.

Проведен анализ 55-и историй болезней пациентов с диагнозом – острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Все пациенты были разделены на две группы – с проведением вертикализации (Группа 1 – 32 человека) и без проведения вертикализации (Группа 2 – 23 человека). Пациентам второй группы вертикализация была показана, однако не могла быть проведена по техническим причинам.

Все пациенты получали терапию согласно Рекомендациям АНА/ASA 2013 [3]. Всем пациентам проводилась искусственная вентиляция легких респираторами «Hamelton C2» (Швейцария).

В группе 1 вертикализация проводилась столом для вертикализации «Beck Hospital» (Германия), согласно российским клиническим рекомендациям [2].

Сравнительная характеристика групп представлена в Таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп исследования

Показатели	Группы сравнения		p
	1 группа	2 группа	
Число больных, абс (%)	32 (58,2)	23 (41,8)	
Мужчины, абс (%)	21 (65,6)	13 (56,5)	>0,05
Женщины, абс (%)	11 (34,4)	10 (43,5)	>0,05
Возраст, лет	57,1 ± 2,67	68,3 ± 2,84	>0,05
Масса тела, кг	80,4±9,8	75,4±12,7	>0,05

Всем пациентам проводилась оценка тяжести состояния по шкалам SOFA, NIHNS, CGS на 7-ми этапах: при поступлении, на 1-ые, 3-и, 5-е, 7-е, 10-е сутки с момента поступления.

На этих же этапах проводилась оценка респираторного статуса пациентов.

Кроме того, в обеих группах оценивался ряд параметров:

- время начала ИВЛ;
- срок диагностики пневмонии (сутки с момента госпитализации)
- длительность проведения ИВЛ и инотропной поддержки (ИП);
- длительность нахождения в отделении реанимации и в стационаре;
- исход лечения по Шкале исходов Глазго (ШИГ) среди выживших;
- анализ ситуации на 28-ой день госпитализации.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе Microsoft Office Excel и Biostat 2013.

Результаты.

Пациенты обеих групп были сопоставимы по тяжести состояния на момент поступления.

На фоне проводимых мероприятий, достоверной разницы по данным показателям в группах не получено на всех этапах исследования (см. Табл. 2).

Таблица 2

Тяжесть состояния пациентов обеих групп (M ± m)

Шкалы	группы	Этапы исследования						
		1 этап (исх.)	2 этап (1 сут.)	3 этап (3 сут.)	4 этап (5 сут.)	5 этап (7 сут.)	6 этап (10 сут.)	7 этап (20 сут.)
SOFA, баллы	1	7,4 ± 2,0	7,0 ± 1,91	7,3 ± 1,88	7 ± 1,99	8,7 ± 1,95	8 ± 0,99	7,3 ± 1,12
	2	7,2 ± 1,81	7,4 ± 2,12	7,2 ± 1,56	7,6 ± 2,01	8,0 ± 2,05	7,9 ± 1,47	7,6 ± 0,95
Шкала ком Глазго, баллы	1	9,7 ± 0,73	9,2 ± 0,73	8,1 ± 0,75	8,3 ± 0,74	7,8 ± 0,58	8,8 ± 0,65	10,1 ± 0,58
	2	9,1 ± 0,92	9,3 ± 0,74	8,3 ± 0,67	8,5 ± 0,67	7,9 ± 0,69	7,8 ± 0,64	9,4 ± 0,55
NIHNS	1	19,1±1,81	19,9±2,24	19,6±2,37	19,5±2,46	19,4±1,91	20,9±2,64	18,1±2,24
	2	18,7±2,92	20,1±2,31	20,1±2,74	19,9±2,76	20,5±2,03	20,5±2,25	21,0±2,35

В респираторном статусе значимых отличий на всех этапах исследования не получено (см. Табл. 3).

Сравнение показателей респираторного статуса ($M \pm m$)

Показатели	группа	Этапы исследования			5 этап	6 этап
		2 этап	3 этап	4 этап		
n (1 гр /2 гр)		19/23	17/23	11/18	10/15	9/15
Clт,d мл/смH ₂ O	1	46,7±9,8	45,6±7,7	47,0±9,6	44,8±9,9	43,3±10,6
	2	43,1±6,7	41,3±7,7	44,9±8,1	41,6±6,0	38,6±6,6
FiO ₂ , 0,21-1,0	1	0,42±0,04	0,41±0,03	0,40±0,02	0,41±0,02	0,41±0,05
	2	0,42±0,04	0,41±0,03	0,40±0,00	0,40±0,00	0,41±0,01
SaO ₂ , %	1	98,3±2,0	97,8±1,5	98,3±1,39	97,7±1,4	98,3±1,8
	2	97,4±2,5	98,2±1,6	98,4±1,3	97,9±1,2	97,8±2,1
PaO ₂ , мм рт.ст.	1	121,3±19,9	103,1±20,1	108,6±18,4	100,0±20,3	101,4±17,2
	2	113,6±24,2	112,8±37,0	113,4±23,0	94,4±17,6	98,5±14,0
PaCO ₂ , мм.рт.ст.	1	33,7±2,8	32,3±3,2	34,1±3,3	33,6±2,1	34,2±4,5
	2	33,5±2,8	32,4±3,0	34,3±4,0	34,8±1,2	34,8±5,3
pH, ед	1	7,39±0,05	7,41±0,05	7,39±0,03	7,39±0,02	7,37±0,04
	2	7,39±0,06	7,41±0,05	7,40±0,03	7,39±0,02	7,37±0,04
ABE, ммоль/л	1	0,76±2,6	1,57±1,0	1,73±1,2	0,54±1,5	0,31±3,1
	2	0,63±0,60	1,56±0,23	1,20±0,22	0,30±0,30	0,23±0,62
AaDO ₂ , мм рт.ст.	1	134,2±62,6	137,3±40,1	118,3±20,2	141,9±58,5	145,6±55,2
	2	135,9±55,3	119,1±40,0	110,1±21,8	137,2±40,1	131,0±21,1
PaO ₂ /FiO ₂ , мм рт.ст.	1	284,0±52,9	260,9±47,8	266,0±43,7	249,5±51,0	246,4±68,8
	2	279,3±59,5	284,6±78,9	279,3±50,1	235,5±44,3	233,8±58,3
Qs/Qt, %	1	7,6±3,2	7,8±2,0	6,8±1,1	8,0±2,9	8,2±2,9
	2	7,7±2,8	6,8±2,2	6,4±1,2	7,8±2,0	7,5±1,1
Hb	1	120,1±9,1	126,3±13,5	118,3±15,6	118,4±13,1	118,1±15,6
	2	116,9±9,0	125,7±16,7	118,2±15,2	120,9±12,0	114,6±16,7
Лактат	1	1,8±0,7	1,8±1,1	1,2±0,4	1,3±0,3	1,5±0,9
	2	1,6±0,7	1,5±0,8	1,3±0,3	1,4±0,4	1,4±0,7
a-vCO ₂ , мм рт.ст.	1	5,7±1,2	6,1±1,5	6,8±0,9	6,5±1,1	6,9±0,8
	2	4,9±1,1	5,9±1,3	5,7±1,1	5,2±1,1	4,3±1,0

Из Таблицы 4 видно, что начало респираторной поддержки пациентам в обеих группах требовалась практически в равные сроки с момента госпитализации, что объяснимо идентичной исходной тяжестью пациентов. В сопоставимые же сроки у пациентов в обеих группах была диагностирована респиратор-ассоциированная пневмония. Однако, в группе с проведением вертикализации, пациентов с данным осложнением было несколько меньше, чем в группе без вертикализации (31,2% против 34,8), что однако, оказалось статистически недостоверным.

Возникновение гемодинамических нарушений, требующих проведение ИП и ее длительность так же имели сопоставимые показатели в обеих группах, не имеющие статистически достоверной разницы.

Длительность стационарного лечения, нахождения в отделении реанимации и длительность проведения ИВЛ в группе 1 значительно превышают данные показатели в группе 2, что, на наш взгляд связано с меньшей смертностью среди пациентов, которым проводилась вертикализация (данные показатели имеют высокую статистическую достоверность).

Анализ по неврологического дефицита у выживших пациентов по ШИГ достоверных различий не показал.

Результаты лечения ($M \pm m$)

Показатели	Вертик-ия	Контроль	P
Начало ИВЛ, сут. с момента госпитализации	2,8 $\pm$ 0,59	2,8 $\pm$ 0,81	>0,05
Длительность ИВЛ, сут.	34,4 $\pm$ 4,27	19,1 $\pm$ 3,34	<0,05
Длительность нахождения в ОАР, сут.	46,2 $\pm$ 4,89	35,1 $\pm$ 4,9	>0,05
Кол-во пациентов, которым была диагностирована пневмония, абс. (%)	10 (31,2)	8 (34,8)	>0,05
Диагностика пневмонии (сутки с момента госпитализации)	8 $\pm$ 1,48	8 $\pm$ 3,41	>0,05
Кол-во пациентов, получавших ИП, абс. (%)	6 (18,8)	9 (39,1)	>0,05
Длительность ИП, сут.	9,8 $\pm$ 3,3	11,2 $\pm$ 1,31	>0,05
Длительность стационарного лечения, сут.	66,6 $\pm$ 13,42	46,7 $\pm$ 5,79	>0,05
Количество летальных исходов, абс. (%)	12 (37,5)	18 (78,3)	<0,01
Исход по шкале ШИГ (выжившие), баллов	3,5 $\pm$ 0,3	3,4 $\pm$ 0,4	>0,05
Ситуация на 28-ые сутки:			
- умер, абс. (%)	0	5 (21,7)	<0,01
- жив, находится в ОАР, абс. (%)	17 (53,1)	7 (30,5)	>0,05
- жив, переведен из ОАР, абс. (%)	14 (43,8)	10 (43,5)	>0,05
- выписан	1 (3,1)	1 (4,3)	>0,05

Выводы.

1. Применение ранней вертикализации у больных с ишемическим инсультом на фоне проведения ИВЛ не приводит к ухудшению в неврологическом и соматическом статусах
2. Применение ранней вертикализации у больных с ишемическим инсультом на фоне проведения ИВЛ увеличивает сроки проведения ИВЛ, нахождения пациента в отделении реанимации и в стационаре за счет достоверного снижения смертности по сравнению с пациентами, которым вертикализация не проводилась.
3. Требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гудкова В.В. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта / В.В. Гудкова, Л.В. Стаховская, Т.Д. Кирильченко//« Consilium Medicum». – 2006. - №8. – С. 692-696.
2. Белкин А.А. Российские клинические рекомендации по проведению пассивной вертикализации с помощью поворотного стола / Белкин А.А., Г.Е. Иванова, В.Г. Лелюк, Л.В. Стаховская// Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. – 2006. – С. 4-20.
3. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: Executive Summary / Edward C. Jauch, Jeffrey L. Saver, Harold P. Adams, Askel Bruno etc// A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. – 2013. – P. 2-7.

УДК 616.24-002-036-053.3

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Ю.В. Бурлаченко, Е.В. Куделько

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра детских болезней с курсом ПО***Научный руководитель: к.м.н., доц. Нейман Е.Г.**

Патология дыхательной системы является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных детей. По данным ВОЗ, внутриутробная инфекция занимает первое место из числа инфекций, являющихся причиной детской смертности [1].

Целью нашего исследования было провести сравнительный анализ течения ранних и поздних неонатальных пневмоний. В наши задачи входило: выявить перинатальные факторы риска неонатальных пневмоний, изучить характер сопутствующих патологий у новорожденных с пневмонией, оценить респираторную стратегию и тактику антибактериальной терапии при неонатальных пневмониях, оценить исход.

Проведен анализ 41 медицинских карт стационарного больного с пневмонией с ноября 2014 по декабрь 2015 гг. в «КГБУЗ КМДКБ № 1» и «КМКБ № 20 имени И.С.БЕРЗОНА». Новорожденные разделены на 2 группы в зависимости от сроков возникновения пневмонии. В первую группу включены 25 новорожденных с ранней неонатальной пневмонией. Во вторую группу вошли 16 новорожденных с поздней неонатальной пневмонией. Статистическая обработка данных проводилась в системе Biostat. Достоверность различий между группами оценивалась по критерию Z, значимым был показатель $p \leq 0,05$.

При анализе перинатальных факторов риска, инфекционная патология во время беременности и родов у матери встречалась достоверно чаще у новорожденных с ранней неонатальной пневмонией в 17-ти (68%) случаях, во второй – в 5-х (31,25%) случаях ($p=0,046$ по критерию z). ЗВУР и недоношенность так же часто сопутствовала неонатальной пневмонии обеих групп, но достоверных различий не было выявлено. В асфиксии рождались достоверно чаще дети первой группы в 17-ти (68%) случаях, во второй- в 4-х (25%) случаях ($p=0,018$ по критерию z).

Важным фактором в развитии и течении пневмоний явились фоновые заболевания новорожденных. У большей половины новорожденных 64% , с ранней пневмонией ,она была лишь очагом врожденной инфекции (в основном раннего неонатального сепсиса) ($p=0,034$ по критерию z). У новорожденных с поздней пневмонией она протекала на фоне бронхолегочной дисплазии ($p= 0,036$ по критерию z) и родовой травмы ($p=0,002$ по критерию z), эти состояния и послужили благоприятным фоном для реализации инфекционного процесса.

Респираторная терапия является одним из ключевых направлений в лечении неонатальных пневмоний[1]. Потребность в АИВЛ в обеих группах была высока и составляла 72% и 69% в первой и второй группе соответственно. Длительность пребывания новорожденных двух групп на ИВЛ в среднем составила 11,9 дней.

Анализируя стратегию антибактериальной терапии в группах новорожденных, мы выяснили, что 6 (25%) новорожденных с ранней неонатальной пневмонией и 7 (45%) с поздней неонатальной пневмонией получали один курс антибиотиков, что явилось эффективным. Но более половины новорожденных 14(56%) с ранней неонатальной пневмонией перенесли многократную смену антибиотиков и в их лечении использованы чаще резервные схемы антибактериальной терапии.

В независимости от времени возникновения пневмонии, летальный исход в группах одинокого высок и составляет 5 (20%) и 2 (15%) в первой и второй группах соответственно.

При этом в группе новорожденных с поздней пневмонией летальный исход наблюдался лишь у детей с госпитальными формами.

По результатам нашего исследования выявлено, что факторами высокого перинатального риска ранней неонатальной пневмонии являются инфекционные заболевания матери во время беременности и родов и асфиксия плода при рождении. Ранняя неонатальная пневмония чаще является очагом раннего неонатального сепсиса, а родовая травма и БЛД- наиболее частая сопутствующая патология при поздней неонатальной пневмонии. Высокая потребность в АИВЛ у новорожденных с ранней и поздней неонатальной пневмонией свидетельствует о тяжести течения пневмонии у новорожденных.

Эффективность стартовой схемы антибиотиков выше при поздней неонатальной пневмонии (внебольничной), а при ранней неонатальной пневмонии чаще возникает потребность в многократной смене антибиотиков и использовании резервных препаратов. Летальность при неонатальной пневмонии высока. В нашем исследовании среднетяжелые внебольничные пневмонии имеют благоприятный исход.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волянюк Е.В. Врожденная пневмония у новорожденных: особенности этиологии, диагностики и лечения / Волянюк Е.В., Сафина А.И // Практическая медицина.-2011.-№ 53.-С.55-59.
2. Голубцова Ю.М. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению раннего неонатального сепсиса / Голубцова Ю.М., Дегтярев Д.Н. // Неонатология. – 2014. - №2.
3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с. – (серия «Национальное руководство»)

УДК 615.212:616.857

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Е.С. Быстранова, К.Е. Попова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии и курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Т.В. Потупчик

Головная боль (ГБ) является одной из самых частых причин при обращении за медицинской помощью. Наиболее часто согласно отчетам ВОЗ встречается ГБ напряжения и мигрень. Вторичные головные боли

встречаются реже – их распространенность не превышает 5-6%. Однако при жалобе на головную боль необходимо, прежде всего, исключить вторичные причины, несущие потенциальную опасность [1].

В соответствии с МКГБ-2 (Международная классификация головной боли) и по данным многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в большинстве стран мира, наибольшее распространение в популяции имеют первичные (доброкачественные) формы ГБ, когда не удается выявить органическую причину боли [2].

Выделяют также группу головных болей, не связанных со структурными поражениями — «доброкачественные» головные боли:

1. Головная боль от внешнего давления: продолжительное раздражение поверхностных нервов кожных покровов головы при ношении тесных, плотно сжимающих головных уборов, повязок на голове у женщин, очков у пловцов. Боль локализуется в области лба, скальпа, носит колющий, давящий характер и проходит через несколько минут после удаления провоцирующего фактора;

2. Головная боль при воздействии холодовых стимулов: внешних (холодная погода, сильный ветер, плавание, ныряние в холодной воде) и внутренних (холодная пища, вода со льдом, мороженое). Характерна боль, преимущественно в области лба, длящаяся несколько минут. Каждый раз она повторяется в аналогичных ситуациях. При тщательном обследовании пациента не выявляется какой-либо органической патологии, кроме повышенной чувствительности к холоду, которая может проявляться так называемой «холодовой аллергией»;

3. Доброкачественная кашлевая головная боль: на фоне приступов кашля внезапно возникает головная боль, двусторонняя, острая, достаточно интенсивная, преимущественно в затылочной части, чаще у людей среднего возраста. Подобные приступы в редких случаях могут возникать при сильном натуживании, при чихании, смехе;

4. Головные боли, связанные с сексуальной активностью (оргазмическая цефалгия) [4].

Головная боль не только мучительна, она также лишает человека возможностей нормально функционировать. В Глобальном исследовании, результаты которого обновлены в 2004 году, на одну лишь мигрень приходится 1,3% лет, утраченных в результате инвалидности (YLD). Головные боли снижают качество жизни человека и приносят значительные финансовые расходы на приобретение лекарственных препаратов. Повторяющиеся приступы головной боли, а часто и постоянный страх в ожидании следующего приступа оказывают негативное воздействие на семейную и общественную жизнь, а также на трудовую деятельность. Усилия, прилагаемые на протяжении длительного времени для того, чтобы приспособиться к жизни с хронической головной болью, могут также способствовать развитию других болезней. Так, например, показатели депрессии среди людей, страдающих мигренью или сильными головными болями, в три раза превышают аналогичные показатели среди здоровых людей [4].

Ключевой проблемой для охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья. Наиболее приоритетным направлением является повышение уровня здоровья, поддержание оптимальной работоспособности, качества жизни населения [5].

Цель исследования: выявить особенности применения лекарственных средств при головной боли.

Задачи:

- 1) определить вид, частоту и причины ПГБ у студентов;
- 2) оценить уровень здоровья, компьютерных нагрузок и гемодинамических показателей у исследуемых;
- 3) проанализировать уровень информированности о лекарственных средствах, применяемых обучающимися при головной боли;
- 4) определить уровень медицинской культуры и качества жизни обучающихся.

Определение вида ПГБ было проведено с помощью компьютерной программы «Определение вида первичной головной боли у детей и взрослых» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2014618604). Для оценки состояния показателей гемодинамики у студентов измерялись: частота сердечных сокращений (ЧСС), уровень артериального давления (систолическое – АДс, диастолическое – АДд), проводился подсчет индекса Робинсона ($ЧСС \cdot САД / 100$), позволяющий судить о регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы и характеризующий работу сердца. Рассчитывались значения пульсового давления ($ПД = САД - АДд$), по формуле Старра дополнительно рассчитывались систолический объем ($СО = 90,97 + 0,54 \cdot ПД - 0,54 \cdot АДд - 0,61 \cdot В$, где В-возраст обследуемого) и минутный объем кровотока ($МОК = СО \cdot ЧСС$). Для оценки состояния вегетативного гомеостаза организма рассчитывались вегетативный индекс Кердо $ВИК = (1 - АДд / ЧСС) \cdot 100$. Критерии уровня компьютерных нагрузок: низкий (< или = 2 часа в день), средний (3-4 часа в день), высокий (> или = 5 часов в день) [6].

Для оценки информированности о лекарственных средствах, применяемых обучающимися при головной боли, уровня медицинской культуры и качества жизни обучающихся было проведено анкетирование с помощью разработанной нами анкеты потребителей лекарственных средств.

При определении вида ПГБ с помощью компьютерной программы у 8% исследуемых была выявлена мигрень без ауры; у остальных исследуемых головная боль не укладывалась ни в один из видов предложенных критериев. За последний месяц отмечали головные боли примерно 1 раз в неделю (4 раза в месяц) 36% студентов,

чаще одного раза в неделю - 32%. При этом 56% студентов не знают причину головной боли. Остальные студенты указывали на разные причины появления у них ГБ, зачастую они указывали сразу на несколько причин. Большинство студентов (81,8%) связывали появление ГБ с пропущенным приемом пищи; 18% - с употреблением некоторых пищевых продуктов; 45,4% - с нарушением сна; 18% - с общей усталостью; 54,5% - со сменой погоды; 54,5% с избытком визуальных или слуховых стимулов. Среди причин появления головной боли у 16% студентов ГБ возникала при применении лекарственных препаратов, из них по 4% студентов указывали на применение сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических препаратов, 8% -противовоспалительных, 16,% -противомикробных. Всего 20% студентов обращались к врачу с жалобами на головную боль.

По результатам анкетирования было выявлено, что 56% студентов оценивают уровень своего здоровья как хороший, 44% - удовлетворительный. При этом имеют хронические заболевания 24% обучающихся. Анализируя показатель уровня компьютерных нагрузок, у 24% студентов данный показатель был оценен как низкий, у 56% -средний, у 20% - высокий. Пониженные показатели АДс были выявлены у 48% студентов, повышенное нормальное у 20%, гипертензия 1 степени («мягкая») – 4%. Пониженные показатели АДд были выявлены у 40%, повышенное нормальное – 4%, гипертензия 1 степени («мягкая») – 8%. Повышенные показатели ЧСС (тахикардия) наблюдались у 24% студентов. Пульсовое давление (ПД) повышено у 40%, понижено у 12% студентов. Индекс Робинсона ниже среднего у 36%, выше среднего у 8% студентов. Систолический объем крови понижен у 4%, минутный объем крови понижен у 8% студентов. Вегетативный индекс Кердо показал преобладание парасимпатического тонуса (ваготония) у 52% студентов, вегетативное равновесие (эйтония) – 24% студентов, у 24% студентов наблюдалась симпатотония (преобладание симпатического тонуса).

Согласно результатам анкетирования 72% студентов не принимают лекарственные препараты при головной боли. Среди принимавших использовали лекарственные препараты (ЛП) в первые минуты возникновения ГБ 24% студентов, в первые 1-2 часа от появления ГБ - 40% и когда совсем станет плохо – 36%. Среди ЛП при ГБ простые анальгетики применяли 68% студентов, пользовались спросом ацетаминофен (парацетамол) и кеторолак (кетанов) - 44% и 36% соответственно. Комбинированные анальгетики принимали 32% студентов, из них чаще всего были использованы пенталгин – 48%, цитрамон – 40%. Препаратом с эрготамином («Кофетамин») пользовались 12% студентов, «Номигрэн» применяли 4% студентов. Триптаны принимали 16% студентов. Действие ЛП начинало проявляться через 15 минут у 48%, через 30 минут – у 32% обучающихся, 20% студентов указывали на отсутствие эффекта при использовании ЛП.

При определении уровня медицинской культуры было выявлено положительное отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) у 24 % студентов. Также отмечают положительное отношение к ЗОЖ, но не всегда его придерживаются 60% студентов. Не придерживаются ЗОЖ 16 % студентов. Ежедневно спортом занимаются только 12 % студентов, несколько раз в неделю – 30 %, редко- 28% студентов соответственно, совсем не занимаются спортом - 28% студентов. При заболевании всегда выполняют предписания врача 40 % студентов, иногда 50%. Не выполняют вообще предписания врача 10 % студентов. Чаще всего причиной невыполнения предписаний врача объяснялось тем, что студенты предпочитают самолечение, либо недоверием к врачу. При исследовании влияния приема лекарственных препаратов на качество жизни 60% студентов отмечали улучшение самочувствия после приема лекарств, повышение работоспособности - 36%, улучшение настроения - 32% студентов. Появление чувства удовлетворения встречалось среди студентов значительно реже (16%).

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. При определении вида ПГБ с помощью компьютерной программы ГБ у большинства исследуемых не укладывалась ни в один из видов предложенных критериев, что по-видимому обусловлено малой выборкой респондентов. При этом у 8% студентов была выявлена мигрень без ауры. ГБ у студентов примерно с одинаковой частотой встречалась один день в неделю (36%) и чаще одного дня в неделю – (32%). Среди причин наиболее часто студенты указывали на появление головных болей с пропущенным приемом пищи, более половины студентов указывали на появление ГБ при смене погоды, с избытком визуальных или слуховых стимулов и с нарушением сна.

2. Половина студентов (56%) расценивают уровень своего здоровья как хороший. При этом хронические заболевания имеют 24% студентов. Более половины исследуемых имеют средний уровень компьютерных нагрузок, высокий уровень отмечался у 20% студентов. При исследовании гемодинамических показателей было выявлено преобладание парасимпатического тонуса (ваготония).

3. Основная масса студентов не принимают ЛП при головной боли. Среди принимавших использовали ЛП чаще в первые 1-2 часа от появления ГБ и когда совсем станет плохо. Для купирования ГБ студенты чаще используют простые анальгетики.

4. Уровень медицинской культуры студентов в отношении приверженности к ЗОЖ и выполнения предписаний врача недостаточный. Большая часть студентов считают, что прием лекарственных препаратов влияет на их качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азимова, Ю. Э. Стратегия и тактика лечения головной боли / Ю. Э. Азимова // Фарматека. - 2013. - №7. - С. 36-38.
2. Осипова, В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия /В.В. Осипова // Вестник семейной медицины. - 2010. - №2. - С. 26-30.
3. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001. - 234с.
4. Михайлова, Л. А. Избранные разделы физиологии человека : учеб.пособие для студентов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело / Л. А. Михайлова ; Красноярский медицинский университет. - 2-изд., испр. и перераб. - Красноярск : Версо, 2013. – 126с.
5. Психологические аспекты общения с пациентами по созданию мотивации к сохранению здоровья. Учебно-методическое пособие для врачей и фельдшеров отделений, кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья врачей общей лечебной сети / М. М. Петрова, М. А. Березовская. – Красноярск: 2009. – 30с.
6. Социально-гигиенические и клиничко-функциональные аспекты компьютерных нагрузок студентов./ Л. С. Эверт, Т. В. Потупчик, С. А. Бахшиева и др. // Российский медицинский журнал.- 2015.- №4. - С. 4-8.

УДК 616.72-007.248:615.825.1

ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

А.А. Валиева

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: Роппельт Л.А.

Потребность - это физиологический или психологический дефицит, который человек испытывает на протяжении всей своей жизни и должен его постоянно восполнять для гармоничного роста и развития. Причем очень важно, что делать это он должен самостоятельно, только тогда он будет испытывать состояние полного комфорта.

Удовлетворение потребностей человека обеспечивается в организме функционированием органов и систем. Например, опорно – двигательный аппарат обеспечивает удовлетворение потребности в движении.

Движение - это жизнь! Движение укрепляет мускулатуру, улучшает кровообращение, питание клеток и тканей, выделение вредных веществ из организма. Улучшает работу внутренних органов, поддерживает строение.

Причин для нарушения двигательной активности человека много. Одна из них, например: заболевание суставов и в частности артроз, у пациента возникают тугоподвижность, боль, слабость, мешающие нормально двигаться.

Артроз – это дистрофическое заболевание суставов костей, связанное в основном с поражением хрящевой ткани, которая покрывает поверхность суставов. Артроз развивается при нарушении равновесия между образованием нового строительного материала для восстановления ткани хряща и разрушением [1].

Проблема развития артроза актуальна. Так по статистике, если в возрасте до 29 лет болеет 8,4 человека на 1000 населения, в 30-39 лет – 42,1; 40-49 лет – 191,9; 50-59 лет – 297,2; то в 60-69 лет – 879,7 на 1000 человек.

Целью данной работы является изучение потребности пациента в движении при заболеваниях суставов и влияние факторов риска на ее удовлетворение в амбулаторной практике.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по данной проблеме
2. Дать характеристику деятельности медицинской сестры в амбулаторной практике по удовлетворению потребности в движении при заболеваниях суставов (артроз)
3. Описать этиологию, патогенез, симптоматику, диагностику, лечение и профилактику заболевания суставов (артроз)

4. Разработать рекомендации для пациентов с нарушением двигательной активности

Объект исследования: потребность пациента в движении при заболеваниях суставов (артроз).

Предмет исследования: факторы риска, влияющие на удовлетворение потребности в движении при заболеваниях суставов (артроз).

Гипотеза исследования: мы предположили, что существует влияние факторов риска, таких как избыточный вес, травмы, условия труда, на удовлетворение потребности пациента в движении при заболеваниях суставов и в частности артроза.

Методами исследования послужили опрос пациентов и анализ амбулаторных карт.

Артроз является мультифакториальным полиэтиологическим заболеванием. Три основные причины развития дегенеративно-дистрофического процесса в суставе: травма, дисплазия и воспаление.

Травма сустава – самая частая причина артроза. На втором месте стоит дисплазия сустава – врождённые особенности, которые сопровождаются плохой биомеханикой сустава.

Воспаление также достаточно часто приводит к повреждениям тканей сустава и развитию вторичного артроза. Чаще всего это является результатом аутоиммунных заболеваний (например, ревматоидный артрит), реже – инфекционного процесса (к примеру, острое гнойное воспаление сустава, вызванное стафилококком или другой специфической инфекцией (при гонорее, сифилисе, клещевом энцефалите)). Это так же очень распространённое осложнение при хронических гемартрозах (гемофилия) [2].

Клиническая картина артроза включает основные симптомы: «механический» характер боли, утренняя скованность не более 30 мин, ограничение объёма движений, снижение функциональных возможностей сустава.

Наше исследование проводилось на базе поликлиники №1 ФГБУЗ СКЦ ФМБА России. Были проанализированы амбулаторные карты 17 пациентов с артрозом I, II и III стадиями заболевания.

По результатам опроса пациентов и анализа амбулаторных карт, было выяснено, что у 12 человек были поражены плечевые, межфаланговые, коленные суставы, у 5 – коленный и бедренный. Большой процент больных составляли женщины (13 человек). Длительность заболевания у 85% пациентов превышала 3-12 лет. Их возраст был от 33 до 65 лет. Диагноз артроза у всех пациентов был подтверждён рентгенологически.

Мы выявили, что артрозом преимущественно болеют женщины старше 40 лет.

У 72% опрошенных пациентов отмечено ограничение движения в поражённых суставах, у 69% деформация суставов, у 7% заметная гипотрофия мышечного аппарата рис.1.

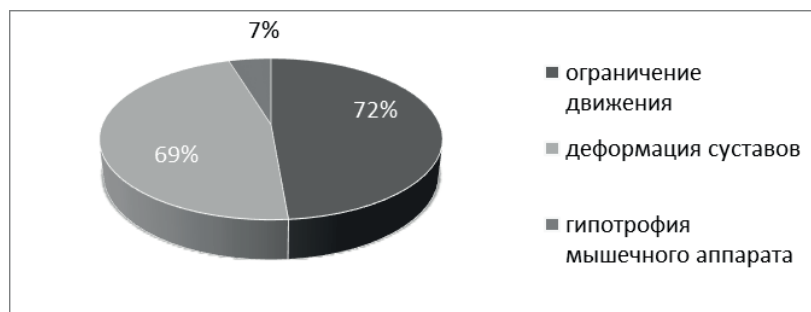


Рисунок 1. Исследование жалоб пациентов

По нашим данным среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы и характеризовались болями механического типа, иногда болевые ощущения бывали в виде утомления.

На втором месте чаще у мужчин, стоят тазобедренные суставы. Поражение этого сустава в прогнозе неблагоприятно: обездвижение одного сустава приводит к инвалидности в 60-70% случаев, а обездвиженность двух и 100% случаев.

В нашем исследовании более половины пациентов (58,8%) отмечают в анамнезе травму: растяжение связок коленного сустава – 29,4%, ушиб коленного сустава – 23,5%, повреждение мениска – 1 (5,8%). Причем среди женщин травма коленного сустава отмечена у 52,9%, среди мужчин у 61,5%.

Нами выяснено, что большинство пациентов с деформирующим артрозом страдают избыточной массой тела, что является основным фактором риска возникновения артроза.

Проведя опрос, получили результаты, что за последние 3 года пациенты, у которых снизилась масса тела, чувствовали себя намного лучше, так как уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма.

Также выяснили, что большинство пациентов в силу профессии имеют нагрузку на ноги (частое стояние), 9 пациенток были учителями или продавцами крупных магазинов.

Таким образом, проведя исследование можно сделать следующие выводы:

- артрозом страдают преимущественно женщины в возрасте старше 50 лет;
- основным фактором риска при артрозе является избыточный вес;
- травмы в анамнезе и тяжелая физическая работа способствуют более быстрому прогрессированию артроза;
- по нашим исследованиям среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы, на втором у женщин - артроз дистальных межфаланговых суставов кистей, а у мужчин - тазобедренные суставы;
- эффективным средством лечения деформирующего артроза является лечебная гимнастика.

– реабилитация пациентов на ранней стадии развития заболевания может дать хорошие результаты, особенно это относится к функции сустава.

В большинстве исследований артроз тазобедренного сустава (коксартроз) более чем в 2 раза чаще наблюдается у мужчин, при этом женщины чаще страдают остеоартрозом коленного сустава (гонартроз).

Хотя развитие артроза и не влияет на жизненный прогноз, заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, хронического болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни пациентов [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белова А.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том 2, часть 2 / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. - М.: АОЗТ «АНТИДОР», 2008. – С. 56-59.
2. Заболотных И.И., Заболотных В.А. Особенности деформирующего артроза в пожилом и старческом возрасте. // Болезни суставов в пожилом возрасте. - СПб.: Петрополис, 2010. - С. 3-46.
3. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – Москва: Медицина, 2009. – С.350-353.

УДК 616.72-002.77-03

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

А.О. Васильева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 1

д.м.н., проф. Шестерня П.А.

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, сопровождающееся преимущественным поражением периферических суставов с развитием в них эрозивно-деструктивных изменений и анкилозирования. Это одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний человека, с преимущественным поражением женщин. [3] При этом наиболее уязвимым периодом является репродуктивный возраст в силу раннего дебюта РА и современной тенденции более позднего планирования беременности. Этими обстоятельствами обусловлена необходимость обсуждения проблем гестации при РА и вопросов адекватной терапии для контроля активности заболевания, индукции ремиссии до планируемого зачатия и ее поддержания в гестационном периоде. Реализация основной цели этого периода - обеспечение благоприятного исхода беременности является лишь одной из составляющих этой многогранной терапевтической проблемы.

Целью данной статьи является анализ возможности применения новой группы базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) - генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) у больных РА репродуктивного возраста. В статье приведен анализ имеющегося опыта использования ГИБП с точки зрения безопасности терапии до беременности, в гестационный период и во время лактации; а также возможности ГИБП в индукции ремиссии/ низкой активности заболевания (НАЗ) при планировании беременности.

Применяемые препараты и их дозировки должны быть достаточными для подавления активности заболевания и обеспечения успешного течения беременности, родов и послеродового периода, и при этом минимально воздействовать на эмбрион, плод и последующее развитие ребенка. [1] Поскольку контролируемые исследования у беременных, могут проводиться только с лекарствами, считающимися безопасными, то опыт их применения у этой декретированной группы пациентов накапливается крайне медленно из анализа отдельных случаев в рамках клинических исследований либо регистров.

Управлением по контролю качества пищевых продуктов и медикаментов (FDA), на основе имеющегося мирового опыта, стратифицирована степень риска применения БПВП у беременных (таб.1). Используемые БПВП имеют следующие категории: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) - В/С/D, глюкокортикостероиды (ГКС) - С/D, гидроксихлорохин (ГХ) - С, сульфасалазин (СУЛЬФ)- В, азатиоприн (АЗА) - D, микофенолата мофетил - D, циклоспорин (ЦС) - С, метотрексат (МТ) -Х, циклофосфамид (ЦФ) - D, лефлуномид (ЛЕФ) - Х. [2]

FDA-категории риска неблагоприятных исходов

Категория	Характеристика
A	Адекватные исследования не выявили риска для плода в I триместре и отсутствуют доказательства риска в дальнейшем
B	В эксперименте данных о неблагоприятном влиянии нет, в клинике исследования не проводились; или в эксперименте данные сомнительные, в клинике – безопасность доказана
C	В эксперименте побочные эффекты выявлены, в клинике исследований не проводилось; потенциальная польза может превышать риск.
D	Побочное действие у человека доказано; применение возможно лишь по жизненным показаниям
X	Тератогенное действие доказано

Таким образом, наиболее безопасными для применения перед зачатием и во время беременности являются НПВС, ГКС, ГХ, СУЛЬФ; при этом препараты «первой линии» в лечении РА (МТ и ЛЕФ) во время беременности абсолютно противопоказаны, а при планировании беременности должны отменяться с целью «отмывки». Это обстоятельство увеличивает риск повышения активности и обострения РА в период отмены.

ГИБП – моноклональные антитела и рекомбинантные белки, блокирующие активность важнейших звеньев патогенеза развития иммуновоспалительного процесса: ингибиторы фактора некроза опухоли (иФНО) - этанерцепт (ЭТЦ), инфликсимаб (ИНФ), адалимумаб (АДА), голимумаб (ГЛМ) и цертолизумаба пэггол (ЦЗП); анти-В-клеточный препарат - ритуксимаб (РТМ); блокатор интерлейкина 1 - анакинра (АНА); ингибитор рецепторов интерлейкина 6 - тоцилизумаб (ТЦЗ); блокатор костимуляции Т-лимфоцитов - абатацепт (АБЦ). Современная стратегия лечения РА немыслима без этой важнейшей группы БПВП. Опыт их использования насчитывает чуть более полутора десятилетий. За этот период времени в доступной литературе описано около тысячи случаев беременности.

Так, в регистре ГИБП в ревматологии (Великобритания) обобщены результаты проспективного анализа исходов беременности при РА и других ревматических заболеваниях с 2001 по 2010 гг., подвергшихся воздействию анти-ФНО терапии (ЭТА, ИНФ, АДА). Всего было проанализировано 130 случаев беременности, которые были разделены на следующие группы: IA (n=21) - зачатие произошло на фоне приема иФНО + МТ или ЛЕФ; IB (n=50) - зачатие произошло на фоне приема только иФНО; II (n=59) – терапия иФНО предшествовала зачатию, III (n=10) – пациенты никогда не получали иФНО (только БПВП). Исходы беременности в группах представлены на рисунке 2. Выявлено, что в группах IA, IB, II частота выкидышей превышала общепопуляционный риск (11-15%), но при этом в этих группах была и самая высокая активность по шкале DAS-28: IA - 6,5, IB - 6,1, II - 6,0, в сравнении с III группой - 5,1. Во все группах, примерно, 1/3 пациентов принимали другие БПВП (ГКС, СУЛЬФ).

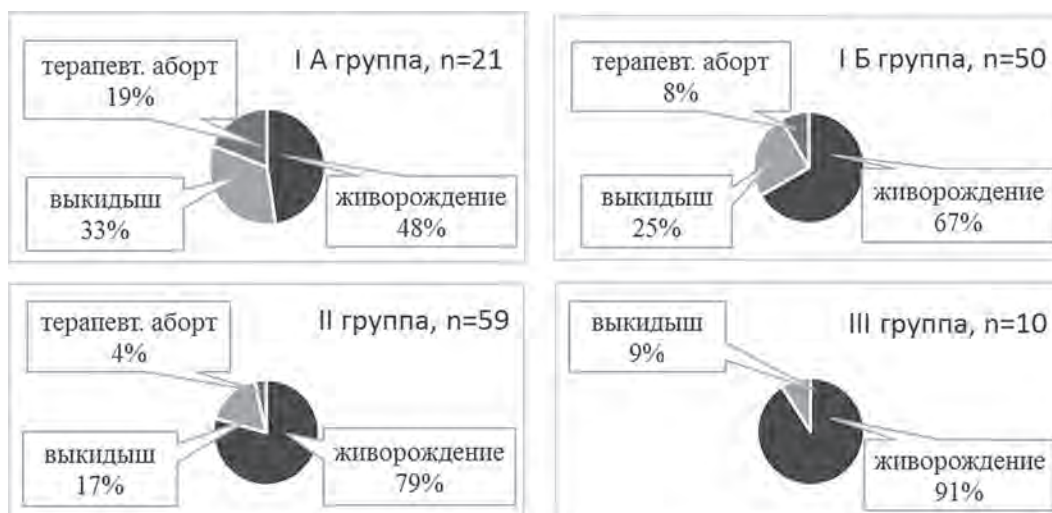


Рисунок 2. Исходы беременности в группах

В IB и II группах отмечено наибольшее количество преждевременных родов (по 8 случаев), неонатальных смертей (по 2 случая), а также 1 случай интранатальной смерти в IB группе. Авторами делается вывод о повышенном риске самопроизвольных абортов у женщин, получавших ГИБП, но при этом оговаривается, что нельзя исключить неблагоприятное воздействие высокой активности РА и приема БПВП. [4]

С другой стороны, М. R. Marchioni и соавт. на основе обзора данных с известными исходами беременности на фоне ИНФ, АДА в течение 3 месяцев до зачатия или во время любого триместра беременности у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника и различными ревматическими заболеваниями не выявили высокой частоты выкидышей/ мертворождений (12%/ 1% - ИНФ, 6%/ 0 %- АДА, соответственно). Однако, отмечено повышение частоты преждевременных родов у получавших ИНФ (27%) и низкой массы детей при рождении у получавших АДА (29%). [10] Аналогичные данные с 1999 по 2008гг. сообщила Организация тератологии (OTIS-реестр) по поводу применения ЭТА у беременных с ревматическими заболеваниями (без указаний периода приема) в отношении частоты выкидышей/ мертворождений (6%/ 0%) и преждевременных родов 28%. [6]

В тоже время, J. D. Carter и соавт. представили обзор базы данных FDA с 1999 по 2005 гг. по зарегистрированным врожденным порокам развития (ВПР) на фоне использования ЭТА, ИНФ и АДА. Была выявлена 61 врожденная аномалия у 41 ребенка, рожденных от матерей, получавших иФНО (22 - ЭТА и 19 – ИНФ). Выявлено 34 специфических типа ВПР, 56% из них являлись частью VACTERL-ассоциации. Тем не менее, только у 1 ребенка была полная VACTERL-ассоциация. А в 41% случаев матери принимали и другие БПВП (включая МТ и АЗА). [5] По мнению G. Koren данный обзор ссылается на недоказанные причинно-следственные связи и содержит явную гипердиагностику VACTERL –ассоциации. [9]

М. E. Clowse и соавт. представили отчет с 2001 по 2014 гг. об исходах беременности на фоне применения ЦЗМ у женщин с болезнью Крона и РА. Почти все представленные случаи беременности имели воздействие ЦЗМ в I триместре, а треть из них продолжила препарат во II и/или III триместре. Частота выкидышей составила 15%, в основном в I триместре; зарегистрирован 1 случай мертворождения; частота ВПР составила 3,5%, что сопоставимо с общепопуляционным уровнем. Низкая масса при рождении встречалась с частотой 9,7%, преждевременные роды - 16,8%. При этом большинство женщин имели высокую активность заболевания и принимали БПВП (МТ, АЗА). [12]

Е. F. Chakravarty и соавт. представили доклад об исходах беременности на фоне лечения РТМ ревматических заболеваний и болезней крови. Авторами отмечена большая частота выкидышей в I триместре (22 %), преждевременных родов при экспозиции РТМ во II-III триместрах (45%); описано 11 случаев гематологических нарушений (большой частью, истощение В-клеток), что необходимо учитывать при его использовании. Следует отметить, что 35% женщин дополнительно принимали циклофосфамид, доксорубин, винкристин, преднизолон по показаниям. [13]

Накопленный опыт использования других ГИБП во время беременности крайне ограничен. Описаны 3 случая применения АНА с рождением 3 здоровых детей в срок [7], 1 случай успешного применения АБЦ с МТ в I триместре беременности у больной РА [11]. В исходах 31 беременности на фоне применения ТЦМ частота выкидышей составила 23 %, но при этом половина женщин принимала также и МТ. [14]

На основании вышеприведенных данных можно сделать вывод, что при использовании ГИБП до и во время зачатия риск неблагоприятных исходов беременности сопоставим с общепопуляционным с учетом активности заболевания и приема других препаратов; применение ГИБП во время беременности увеличивает риск преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела, при этом иФНО имеют наименьший профиль риска.

Возможность использования ГИБП во время лактации определяется их проникновением в грудное молоко. На основе обзорных данных 14 случаев применения иФНО во время лактации АДА и ИНФ выявлялись в грудном молоке в концентрации 1/100-1/200 от материнского уровня, а ЦЗМ и ЭТА - в следовых концентрациях или не обнаруживались вовсе. [8] Крайне важно, что концентрации указанных препаратов у детей постепенно снижались, несмотря на грудное вскармливание и продолжающееся лечение матери, что свидетельствует в пользу возможности применения иФНО после родов при обострении РА.

Еще более ограничена информация о гонадотоксических и мутагенных эффектах ГИБП, назначавшихся будущим отцам. Обзор данных 66 случаев беременности от мужчин, получавших ИНФ, АДА, ЭТА, ЦЗМ и РТМ до и во время зачатия, выявил, что перечисленные препараты не способствовали каким-либо неблагоприятным эффектам для плода. [12, 13, 15] Авторами делается согласованное заключение о возможности использования иФНО у мужчин при планировании беременности.

По современным национальным и международным рекомендациям использование ГИБП необходимо прекратить в среднем за 6 месяцев до планируемого зачатия и не рекомендуется их применение при лактации. При крайне высокой активности заболевания, наличии висцеральных проявлений и при отсутствии другой возможности допускается применение иФНО во время беременности с отменой на 30 неделе гестации. На наш взгляд, накопленный к настоящему времени опыт позволяет сделать вывод о перспективности более широкого использования ГИБП у женщин с высокой активностью РА, планирующих беременность. Наибольшим обстоятельством, ограничивающим применения ГИБП в этой ситуации, является риск преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела. При этом всегда необходимо оценивать соотношение возможного риска для матери и плода с ожидаемым эффектом, а выбор ГИБП должен определяться в пользу иФНО, как наиболее изученных, и имеющих наименьший профиль риска.

EUTHANASIA: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТЕРМИНА

И.П. Вахрушев, М.С. Солдатенко

Омский государственный медицинский университет

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: д.филол.н., доц. Мусохранова М.Б.

«Эвтаназия»- для одних это слово означает спасение от тяжелых мучений, для других – предмет жарких философских дискуссий, для третьих – тяжелое бремя для собственной совести. Нет более противоречивого предмета обсуждений в медицине. «Доза смерти», «Эвтаназия и «самоубийство при врачебном содействии»», «Помочь умереть: где эвтаназия законна» - такие заголовки можно найти в газетах, журналах, на различных форумах, что выражает явную неоднозначность взглядов на данное явление. Римский философ Сенека сказал: «Для одних смерть - кара, для других - дар, для многих – благо». Но кто должен решать, для кого смерть кара, а для кого спасения? И должен ли решать вообще?

Эвтаназия является открытым вопросом не только в медицине, но и в биоэтике, философии. Все говорят о ней, как о явлении медицинском, но никто не рассматривает термин *euthanasia* в контексте медицинской терминологии, которая формировалась в недрах архаических культур. Именно поэтому мы решили взять на изучение данный термин. Прояснению смысла *euthanasia* способствовал этимологический анализ этого термина, восстанавливающий культурно-исторический контекст его появления.

В Клятве Гиппократ (IV в. до н. э.), которая является основополагающей для врачебной деятельности, есть запрет на прерывание жизни больного: «..Я не дам никому смертельного средства и не покажу пути к осуществлению подобного замысла»[3]. По этому изречению можно судить о том, что Гиппократ выступал против действия, результат которого маркируется термином *euthanasia*. Этот запрет возведен на уровень непреложного закона, принятого во врачебном сообществе, относившегося к человеческой жизни как дару.

Учитывая, что институционализация врачебного сообщества проходила в архаических культурах, где имя соответствовало называемому им объекту или факту действительности, следует говорить о мировоззренческом аспекте древних слов, органичных той или иной культуре. Но, в настоящее время мировоззренческий смысл терминов, вышедших из греко-латинского лексического фонда, игнорируется, равно как и подлинное значение «термина», в то время как именно оно задает последовательность суждения о том, что обозначено тем или иным медицинским термином, открывая процесс познания реальных объектов. [4]

Мировоззренческий аспект термина раскрывается через этимологический анализ *euthanasia*. Согласно древнегреческо-русскому словарю И.Х.Дворецкого, значения *euthanasia* следующие: блаженный, счастливый, лёгкий (о смерти); безболезненная кончина, тихая смерть. Термин состоит из приставки *eu-* (хорошо, полностью, вполне; добро, благо; правое дело) и *-thanasia* (смерть; умерщвление, убийство; смертный приговор; мертвец).

Следовательно, термин *euthanasia* трактуется как понятие благой смерти.

Но что есть благо? И какая смерть считается благой? Именно эти вопросы будут рассмотрены ниже.

У древних философов были разные взгляды на «благо» и «идею блага». Платон пишет о том, что «познаваемые вещи могут познаваться лишь благодаря благу; оно же дает им и бытие, и существование, хотя само благо не есть существование, оно – за пределами существования, превышая его достоинством и силой». Он делает акцент на то, что благо это наделение человека силой и достоинством. Платон довольно ясно дает понять о своем отношении к потерявшему надежду на излечение больному, говоря устами Сократа: «Ну, а если, последовав мнению невежд, мы погубим то, что от здорового становится лучше, а от нездорового разрушается, – стоит жить после того, как оно будет разрушено? А ведь таково хотя бы наше тело, не правда ли?

- Критон. Да.

- Сократ. Так стоит ли нам жить с негодным и разрушенным телом?

- Критон. Никоим образом. [5]

- Сократ. Так вот, то, что придает познаваемым вещам истинность, а человека наделяет способностью познавать, это ты и считай идеей блага - причиной знания и познаваемости истины»[5](выделено И.В., М.С.).

Другими словами, Платон выражает идею о том, что нездоровое порождает нездоровое; больное тело разрушает жизнедеятельность человека, его социальные взаимоотношения приобретают иной уровень, преобразуется его способность к познанию, то есть человек перестает следовать идее блага, что делает его невеждой по отношению к искусству, науке и собственному бытию.

У Аристотеля несколько иное отношение к понятию блага: «Благом называется либо то, что является лучшим для каждого сущего, т. е. нечто по самой своей природе достойное избрания, либо то, что делает блажими другие причастные ему вещи, т. е. идея блага» [1].

Можно сказать о том, что Аристотель считал благо индивидуальным, «лучшим для каждого сущего», но благо каждого сущего должно основываться на добродетели. Аристотель утверждает: «Что счастье – деятельность,

можно видеть и из следующего: мы не согласимся назвать счастливым человека во время сна – скажем, если кто-то проспит всю жизнь – именно потому, что в этом случае он живет, но не живет сообразно добродетели, т. е. не действует» [1].

По Аристотелю, счастливым человеком, т.е. достигшим высшего блага, можно считать только того, кто действует добродетельно. Однако сам человек не в силах определить, что есть благо, не зная какой-то стороны объекта: «Тут дело обстоит как во врачебной науке: все мы знаем, что целебно вообще и что приносит здоровье ... однако мы не владеем врачебной наукой, потому что не знаем, что благо в каждом отдельном случае, как знает это врач, знающий, для кого именно бывает хорошо такое-то средство, когда именно и при каком состоянии» [1].

Об этом же пишет и Платон в своей работе «Государство»: «К благу стремится любая душа и ради него все совершает; она предчувствует, что есть нечто такое, но ей трудно и не хватает сил понять, в чем же оно состоит. Она не может на это уверенно опереться, как на все остальное, вот почему она терпит неудачу и в том остальном, что могло бы быть ей на пользу» [5].

Следовательно, человек не может знать будет ли его смерть благой. Но в истории есть примеры euthanasia. И это никоим образом не связано с идеей умерщвления. К примеру, Светоний во второй книге «Жизнь двенадцати цезарей» описывает достойную и добродетельную жизнь и благоую смерть Божественного Августа: «... Однако при этом заботился он не о собственной славе, а об общем благе. Храмов в свою честь он не позволял возводить ни в какой провинции иначе, как с двойным посвящением ему и Риму. Он даже собственных детей и внуков не допускал ни в шутку, ни всерьез называть его господином, и даже между собой запретил им пользоваться этим лестным обращением. Не случайно он старался вступать и выступать из каждого города и городка только вечером или ночью, чтобы никого не беспокоить приветствиями и напутствиями. Смерть ему выпала легкая, какой он всегда желал. В самом деле, всякий раз, как он слышал, что кто-то умер быстро и без мучений, он молился о такой же доброй смерти для себя и для своих — так он выражался... Тут внезапно испустил дух на руках у Ливии, со словами: «Ливия, помни, как жили мы вместе! Живи и прощай!». [2]

По Светонию, Божественный Август проживал свою жизнь благотворительно: не возвышал себя над своим народом и государством, не строил из себя божества и заботился об общем благе. Человек, проживший свою жизнь достойно, получает благоую смерть: когда он не приносит мучений и страданий своим состоянием окружающим его людям и уходит из мира, завершив все свои дела, в месте, где ему хорошо, где находятся его близкие. Такая смерть была дана императору Августу, одному из римских правителей.

Понятие «термин» имеет значение как средство суждения об объекте, устанавливая соответствие его действительности. На примере термина euthanasia мы можем говорить о том, что данный термин имеет скрытый мировоззренческий смысл, который открывается лишь при этимологическом анализе, устанавливающем соответствие культурно-историческому контексту, где появилось это слово. На основании работ древних философов термин euthanasia можно трактовать как тихая и спокойная смерть, а не умерщвление во благо. Нельзя судить о каком-либо термине поверхностно, только на основании какого-либо одного значения. Тогда как этимологический анализ, поддержанный историческими источниками, позволяет изучить культурно-исторический контекст данного термина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аристотель. Сочинения : в 4 т. / Аристотель ; пер. с древнегреч. – М. : М., 1983. – Т.4. – С. 296–338
2. Светоний Г. Т. Жизнь двенадцати цезарей / Г. Т. Светоний ; пер. с лат. предисл., примеч. М. Л. Гаспарова ; послесл. М. Л. Гаспарова, Е. М. Штаерман. – М. : Эксмо, 2006. – С. 51-73
3. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Гиппократ : пер. с греч. В. И. Руднева. – Минск : Современ. литератор, 1998. – С. 85.
4. Мусохранова М.Б. Терминогенез: летопись медицины в социально-философском контексте: монография./Мусохранова М.Б – Омск, изд-во ОмГМУ, 2012. – С. 5-16.
6. Платон. Апология Сократа ; Диалоги / Платон ; под ред. А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи ; пер. с древнегреч. Вл. С. Соловьев [и др.]. – М.: Мысль, 1999. – С. 102-103, 286-291.

УДК 004.7

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ: ОБРЕТЕНИЯ И РИСКИ

Е.О. Вертей, Е.К. Сенчук

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Дивногорский медицинский техникум

Преподаватель Информатики Вадютин М.В.

В настоящий момент сложно переоценить значение передовых информационных технологий для современного человека. Информационные технологии в целом и интернет в частности сегодня повсюду. Едва ли найдется сфера деятельности человека, которую еще не охватывает всемирная паутина. Почему же это происходит?

Информационные технологии дают много преимуществ современному человеку. Человек, активно пользующийся сетью интернет, без труда сможет сделать быстрее некоторые повседневные дела: изучить прогноз погоды, узнать последние новости в стране и за рубежом, оплатить мобильный телефон, заказать пиццу и пообщаться с друзьями в социальных сетях.

Социальная сеть – платформа, онлайн-сервис или веб-сайт, предназначенные для построения, отражения и организации социальных взаимоотношений в Интернете [7].

Социальные сети стремительно ворвались в нашу жизнь во всех смыслах этого слова и, похоже, намерены в ней остаться надолго. Устраняя межличностные преграды, соцсети дают нам безграничные возможности для общения, они открывают мир человеку, а человека — миру. Работодатели уже используют социальные сети для отбора потенциальных работников. Результаты исследования ученых из Университета северного Иллинойса (Northern Illinois University) показали, что страничка потенциального работника в социальной сети способна рассказать нанимателю многое о будущем работнике. Но есть и другая сторона этого феномена соцсетей. По данным статистики каждую секунду 8 человек на планете становятся частью какой-либо из существующих социальных сетей, более 90% людей, родившихся в новом веке, имеют аккаунты в различных социальных сетях. 80% людей доверяют мнению своих онлайн-друзей больше, чем мнению своих реальных товарищей [2].

Гипотеза исследования: социальные сети способны оказывать влияние на психическое состояние и мировоззрение студентов первых курсов Дивногорского медицинского техникума.

Объект исследования: социальные сети используемые студентами Дивногорского медицинского техникума.

Предмет исследования: преимущества и угрозы социальных сетей.

Цель исследования: выявить способность социальных сетей оказывать влияние на психическое состояние и мировоззрение студентов первых курсов Дивногорского медицинского техникума.

Для достижения поставленной цели, необходимо решить следующие задачи:

1) Изучить теоретический материал по проблеме влияния социальных сетей на психическое состояние человека

2) Разработать вопросы для определения мнения студентов о возможности влияния социальных сетей на психическое состояние и мировоззрение.

3) Через анализ результатов опроса выявить основные обретения и риски вызываемые социальными сетями, по мнению студентов.

4) В зависимости от результатов опроса студентов разработать практические рекомендации по предотвращению рисков социальных сетях.

В истории интернета известен случай проявления психосоматических расстройств на почве зависимости от общения в социальных сетях. В Белграде пользователь Снежана Павлович (Snezhana Pavlović) попала в психиатрическую клинику после того, как её заметка в социальной сети Facebook не вызвала интереса среди её друзей. Врачи клиники назвали этот случай «синдром Снежаны», объясняя поведение пациентки как обычный стресс от неудовлетворенности социальной потребности индивидуума в современном мире [5].

По данным приводимым доктором социологических наук, руководителем Аналитического центра стратегических социальных и политических исследований ИСПИ РАН, программные средства киберпространства дают возможность для целенаправленного манипулирования сознанием человека. Личность становится уязвимой, подверженной воздействию информационной системы путем подрыва культурных и нравственных устоев, на которых держится способность критического восприятия информации.

В настоящее время экстремизм и терроризм являются реальной угрозой национальной безопасности Российской Федерации. Экстремизм - это исключительно большая опасность, способная расшатать любое, даже самое стабильное и благополучное, общество.

История террористической деятельности в киберпространстве началась совсем недавно. В 1998 году около половины из тридцати террористических организаций, внесенных США в список «Иностранных террористических организаций» имели Web-сайты, к 2000 году практически все террористические группы обнаружили свое присутствие в сети Интернет [1]. Как показало исследование comScore, в августе 2014 года объем времени, проводимого нашими соотечественниками на страницах социальных сетей, превышал средний общемировой показатель более чем вдвое. Таким образом, Россия оказалась страной с наивысшей в мире популярностью социальных сетей. Крупнейшей российской социальной сетью считается «ВКонтакте», в которой зарегистрировано более 140 миллионов пользователей. При этом ежедневно этой социальной сетью пользуются 38 миллионов человек. У социальной сети «Одноклассники» этот показатель равен 30 миллионам пользователей [6].

Сегодня все действующие террористические группы обнаруживают свое присутствие в Интернете.[8] К наиболее значимым террористическим организациям, активно использующим ресурсы Интернет, можно отнести: ХАМАС (Движение исламского сопротивления, международная), «Хезболла» («Партия Аллаха», международная), «Аль-Джихад» (Египетский исламский джихад), «Братья-мусульмане» («Аль-Ихван аль-Муслимун», международная) «Народный фронт освобождения Палестины», «Конграгел» (бывшая Рабочая партия Курдистана), «Реальная ИРА» (Ирландия) и ряд других. Большинство из них объявлены запрещенными (по данным

Агентства экономической безопасности ЮНИОН). В российском сегменте Интернета действует более ста активно действующих интернет-сайтов российских радикальных структур. Они, как правило, пропагандируют политические идеи, проводят агитационную и вербовочную деятельность, направленную на увеличение числа своих сторонников [4].

В Общественной палате России подготовили и представили широкой общественности брошюру для родителей и педагогов «Страшная сказка ИГИЛ». Она должна помочь оградить молодежь от вербовщиков. Авторы издания заявили, что 90 % завербованных террористами ДАИШ россиян прошли через вербовку в социальных сетях (в последнее время ушли из «Одноклассников» и «ВКонтакте», стали чаще пользоваться пиринговыми сетями). Там вербовщики ИГИЛ (запрещенная в РФ организация) восполняют дефицит внимания молодых людей.

По словам М. Кочубей, соавтора проекта, председателя Антитеррористического центра СНГ, вербовщики изучают психопрофили своих жертв в сети, где те делятся своими переживаниями и персональными данными. В первую очередь интересуются студентами образовательных организаций, где преподают специальности связанные с военным делом, медициной.

Итак, глобальные сети, с одной стороны, дают человеку возможность расширения кругозора, выражения своей индивидуальности, а с другой, личность нивелируется в Сети, становится пассивным наблюдателем, следуя правилам поведения и мышления, установленным в виртуальном мире. Сегодня изучение информационного сектора стало настолько актуальным, что его игнорирование ведет к угрозе национальной безопасности [3].

Изученный теоретический материал позволяет сделать вывод, что социальные сети дают не только преимущества, но и несут в себе угрозы.

В рамках проводимого исследования были анонимно опрошены 80 студентов первого курса Дивногорского медицинского техникума и получены следующие результаты.

100% респондентов используют социальную сеть ВКонтакте.

70% пользуются не только ВКонтакте, но и Instagramm.

На вопрос, «Какие преимущества дает социальная сеть?» 90% отмечают общение, просмотр фотографий, видеофильмов, прослушивание музыки, 10% Создание групп по интересам и самовыражение.

На вопрос, «Как часто вы пользуетесь социальными сетями?» 22% опрошенных ответили, что проводят в социальных сетях до 7 часов в день. 65% - до 3 часов в день. 8% - пользуются сетями не более 3 раз в неделю. Только в выходные дни – 3% и другое ответили 2%

На вопрос «Какое значение для вас имеют социальные сети?» ответили так: очень большое – 9%, большое – 27%, среднее – 48%, маленькое – 11%, очень маленькое – 2%, другое – 3%

На вопрос «Если бы ваша фотография в социальной сети не набрала ни одного лайка, какие чувства вы бы испытали?» ответили: отчаяние – 15%, грусть – 23% горе – 10%, раздражение – 25%, мне все равно - 20%, другое – 7%.

На вопрос «Пытались ли к вам в друзья добавиться незнакомые люди» студенты ответили: Да-98%, нет-2%

На вопрос «Кто может оставлять вам сообщения?» ответили: только друзья-8%, все пользователи-80%, друзья друзей-12%.

На вопрос «Что может отвлечь вас от социальных сетей» ответили спорт-44%, творчество-26%, участие в КВН-22%, выезд на природу-8%.

Таким образом, проанализировав данные опроса, можно сделать вывод, что для большинства студентов, социальные сети важны. Студенты реализуют социальную потребность общения в современном мире и переживают, если к ним не проявляют интереса, так же как и в реальном мире. Однако, чрезмерное увлечение социальными сетями, по мнению ученых, вредит как социальному, так и психологическому здоровью. Наиболее опасно данное увлечение для подростков. Вызывает озабоченность, и то, что большинство студентов готовы к общению с незнакомцами. Анализ литературы показывает, что в основном вербуемыми в террористические организации становятся молодые парни и девушки, которые только начинают свой жизненный путь, в которых кипит молодость, но не хватает жизненного опыта, чтобы отличить «чёрное от белого». Поэтому крайне внимательными необходимо быть и родителям, и преподавателям, чтобы, вовремя предупредить необдуманные поступки детей.

Таким образом, подводя итоги проведенного исследования, можно сделать следующие выводы и заключения:

1) Анализ литературы показал, что социальные сети имеют влияние на молодежь, что подтверждается проведенным исследованием внутри техникума.

2) По результатам исследования разработаны следующие рекомендации:

А) Ходатайство студенческого совета к администрации Дивногорского медицинского техникума о повышении занятости студентов через различные формы участия в спортивных секциях, общих культурных мероприятиях, досуговой деятельности.

Б) Организация различных форм внеаудиторной работы в техникуме со студентами первых курсов по повышению информированности в направлении рисков возникающих при использовании социальных сетей, в том числе с использованием методических материалов по противодействию вербовке молодежи в террористические организации разработанных Общественной палатой РФ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

М.Ю. Винскевич

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: Лушников Д.В.

На сегодняшний день в акушерской практике большее внимание уделяется физическому состоянию женщин во время беременности и часто игнорируется их психологическое состояние. Женщины, находящиеся во время беременности в состоянии повышенной тревоги или депрессии могут испытывать трудности в связи с адаптацией к состоянию своего организма. Актуальность нашей работы определяется необходимостью в новых данных о влиянии принадлежности беременной женщины к определенной социальной или возрастной группе на ее психологическое состояние. В связи с этим необходимо найти актуальный и уместный тип диагностирования психологического состояния беременных женщин. Также необходимо введение в акушерскую практику методики мониторинга психологического состояния пациенток. В настоящее время существует множество методик подготовки к родам, практикующихся вне медицинских учреждений, включающих психологическую помощь в адаптации женщин к их состоянию и подготовке к родам и материнству. Необходимо провести просветительскую работу среди акушеров по вопросам особенностей психологического состояния беременных женщин.

Цель исследования: определение психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин.

Объект исследования: гестационная доминанта беременных женщин.

Предмет исследования: психологический компонент гестационной доминанты беременных женщин.

В качестве гипотезы нашего исследования мы предположили, что принадлежность к определенной социальной и возрастной группе определенным образом влияет на тип психологического компонента беременных женщин:

- У беременных женщин возрастной группы 20-25 лет преобладает гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты.
- В возрастной группе 25-30 лет чаще встречается оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты.
- У беременных женщин от 30 до 35 лет преобладает депрессивный тип психологического компонента гестационной доминанты.
- У первородящих женщин чаще встречается эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты.
- У повторнородящих преобладает тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты.

Задачи:

1. Изучить литературу, посвященную перинатальной психологии, а именно особенностям психоэмоционального состояния беременных женщин, типам психологической компоненты гестационной доминанты, факторам и принципам их формирования.
2. Подобрать методическое оснащение, обеспечивающее проведение исследования.
3. Провести оценку состояния гестационной доминанты беременных женщин.
4. Провести анкетирование беременных женщин для выявления типа психологической компоненты гестационной доминанты.
5. Обобщение и анализ результатов анкетирования беременных женщин, выявление закономерностей.
6. Создание информационных материалов для акушеров по вопросам особенностей гестационной доминанты беременных женщин.

Методы: тест отношений беременной И.В. Добрякова.

Выборка: 10 беременных женщин в возрасте от 15 до 34 лет во втором и третьем триместре беременности. Эмпирическая база. Родильный дом №6.

Перинатальная психология – направление психологии, изучающее обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазах развития, и их влияние на всю последующую жизнь.

Гестационная доминанта – набор специфических изменений, происходящих в организме беременной женщины, которые направлены на создание благоприятных условий для вынашивания беременности, родов и вскармливания ребенка грудью.

Такие изменения в психике женщины называются психологическим компонентом гестационной доминанты. В перинатальной психологии выделяют пять типов гестационной доминанты: оптимальный, эйфорический, тревожный, гипогестогнозический и депрессивный. Вот их краткое описание.

Оптимальный тип:

- Беременность запланированная, желанная.
- Адекватная реакция на возможные осложнения беременности.
- Эйфорический тип:
- Беременность запланированная, желанная.
- Видит будущее только в розовом цвете, при возникновении осложнений склонна к истероидным реакциям.

Узнав о беременности резко меняет образ жизни.

- Считает, что беременность еще больше привязала к ней отца ребенка.

Гипогестогнозический тип:

- Явное или скрытое неприятие своей беременности.
- Равнодушны к тому, замечают ли окружающие их беременность, на расспросы по поводу беременности реагируют с раздражением.

Тревожный тип %

- Беременность незапланированная.
- Беременность вне брака, либо неблагополучные отношения с мужем.
- Сложности, связанные с беременностью и родами вызывают тревогу и страхи.

Депрессивный тип:

- Беременность незапланированная.
- Очень расстраивается, узнав, что беременна.
- Отказывается от своих планов, считая, что беременность непоправимо испортила ее жизнь.

Тип психологического компонента гестационной доминанты определяется с помощью теста отношений И.В. Добрякова. Он состоит из трех блоков, в каждом из которых имеются три раздела с пятью утверждениями в каждом. Утверждения из блока А отражают отношение женщины к беременности, к образу жизни во время беременности и к предстоящим родам. Утверждения из блока Б отражают отношение женщины к себе как к матери, к своему ребенку и к грудному вскармливанию своего ребенка. Утверждения из блока В отражают отношение беременной к отношению к ней отца ребенка, близких и посторонних людей.

Для изучения распределения типов психологического компонента гестационной доминанты беременных было проведено пилотное исследование, в котором приняли участие десять пациенток родильного дома №6 в возрасте от 15 до 34 лет. Им было предложено пройти тест отношений И.В. Добрякова. После обработки результатов тестирования нами были получены следующие сведения.

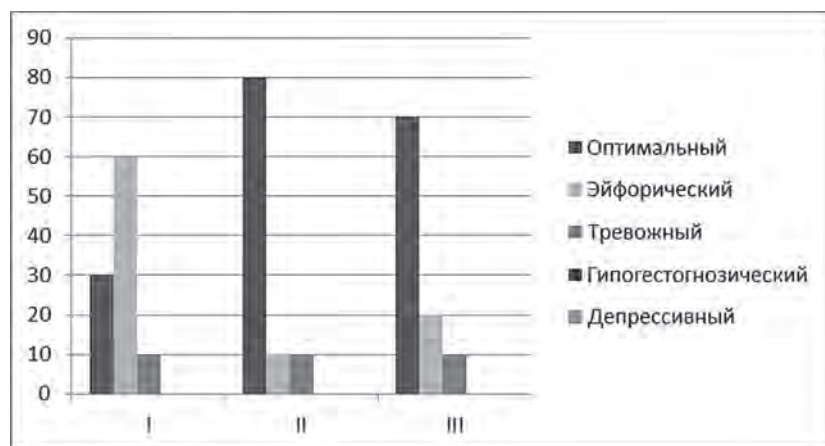


Рисунок 1. Блок А. Отношение женщины к себе беременной

- I. Отношение к беременности: эйфорический тип – 60%, оптимальный тип – 30%, тревожный тип – 10%, гипогестогнозический и депрессивный тип не выявлены.
- II. Отношение к образу жизни во время беременности: оптимальный тип – 80%, эйфорический тип – 10%, тревожный тип – 10%, гипогестогнозический и депрессивный тип не выявлены.
- III. Отношение во время беременности к предстоящим родам: оптимальный тип – 70%, эйфорический тип – 20%, тревожный тип – 10%, гипогестогнозический и депрессивный тип.

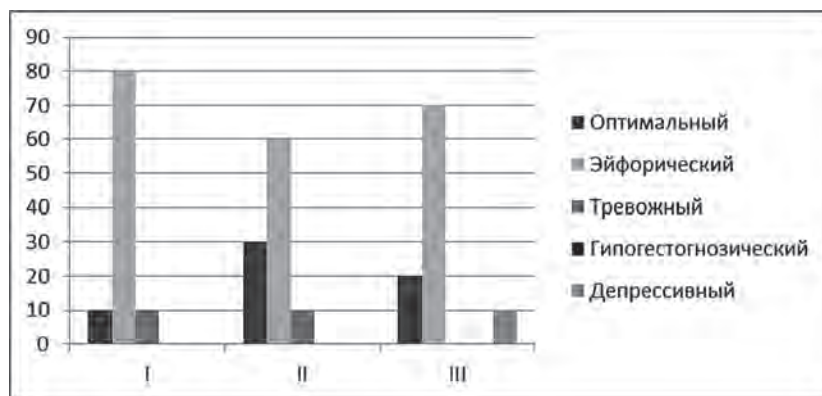


Рисунок 2. Блок Б. Отношение женщины в формирующейся системе «мать-дети»

- I. Отношение к себе как к матери: эйфорический тип – 80%, оптимальный тип – 10%, тревожный тип – 10%, гипогестогнозический и депрессивный тип не выявлены.
- II. Отношение к своему ребенку: эйфорический тип – 60%, оптимальный тип – 30%, тревожный тип – 10%, гипогестогнозический и депрессивный тип не выявлены.
- III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью: эйфорический тип – 70%, оптимальный тип – 20%, депрессивный тип – 10%, гипогестогнозический и тревожный тип не выявлены.

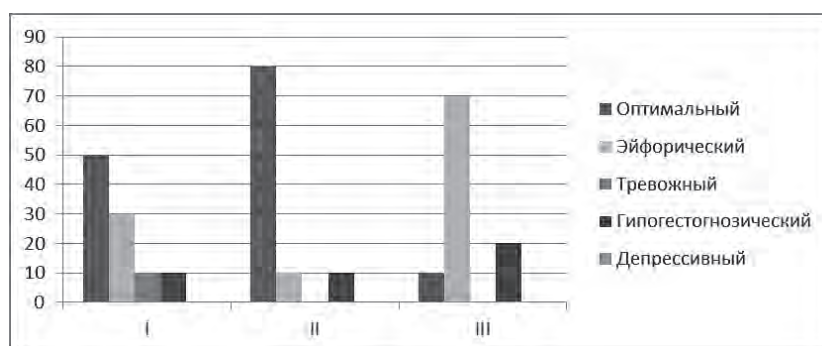


Рисунок 3. Блок В. Отношение женщины к отношениям к ней окружающих

- I. Отношение беременной к отношению к ней отца ребенка: оптимальный тип – 50%, эйфорический тип – 30%, гипогестогнозический тип – 10%, тревожный тип – 10%, депрессивный тип не выявлен.
- II. Отношение беременной к отношению к ней родных и близких: оптимальный тип – 80%, эйфорический тип – 10%, гипогестогнозический тип – 10%, тревожный и депрессивный тип не выявлены.
- III. Отношение беременной к отношению к ней посторонних людей: эйфорический тип – 70%, гипогестогнозический тип – 20%, оптимальный тип – 10%.

Практической значимостью работы является разработка методического пособия для акушеров по вопросам особенностей психологического состояния беременных женщин, что позволит повысить уровень знаний по изучаемому вопросу среди медицинских работников женских консультаций и родильных домов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов конференции / Под ред. И.В. Добрякова, Н.П. Коваенко. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д.О. Отта, Межрегиональная ассоциация перинатальной психологии и медицины России, 2001.
2. Иванова А.А. Организация работы с беременными женщинами в рамках дородовой подготовки: Методическое пособие. – Калуга: Доверие, 2008.
3. Лазарев М.Л. Теория пренатальной личности // Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии.
4. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое руководство. – Минск: Новое знание, 2003.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДРЕВЕСНЫХ ИНТРОДУЦЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ

Н.С. Винчевская, А.К. Лавриенко

Муниципальное бюджетное общеобразовательное заведение средняя школа №144

Руководитель: учитель биологии МБОУ СШ № 144 Жданова В.Н.

Научный руководитель: кандидат сельскохозяйственных наук, доцент кафедры селекции и озеленения СибГТУ Шестаков К.В.

Актуальность работы обусловлена увеличением объема озеленительных работ в городских ландшафтах и необходимостью расширения видового состава растений. Интродукция, как экспериментальная область ботаники, раскрывает широкие возможности по обогащению ассортимента насаждений устойчивыми, функциональными, высокодекоративными древесными видами. Для массового получения посадочного материала необходимо определение качества продуцируемого семенного сырья отселектированными по ряду признаков экземплярами [3, 6].

Практическая значимость работы подтверждается возможностью применения полученных результатов в дальнейших исследованиях адаптационной способности интродуцентов для их широкого использования в озеленительной практике.

Целью научной работы явился анализ показателей качества семян отселектированных экземпляров древесных интродуцентов дендрария СибГТУ.

Объектами исследования послужили семена барбариса амурского, бересклета бородавчатого, дуба монгольского, дуба черешчатого, липы маньчжурской, лоха серебристого, сирени венгерской, яблони ягодной.

В задачи исследований входило:

- Проведение обзора литературных источников по теме исследований.
- Знакомство с коллекцией интродуцентов дендрария СибГТУ.
- Изучение биологических характеристик отселектированных видов интродуцентов из разных флористических регионов.

- Отбор образцов семенного сырья выделенных экземпляров по ГОСТ 13056.1-67.
- Определение доброкачественности семян по ГОСТ Р 51173-98.
- Анализ и интерпретация полученных данных.

- Методы исследования: научный, описательный, сравнительный, экспериментальный.

В методике исследования теоретическая часть заключалась в сборе и обобщении информации о предмете интродукции, а также поиске данных об исследуемых видах. Для сбора информации применялся метод априорного моделирования – литературный поиск. На основании анализа априорной информации проведено освещение состояния вопроса по теме исследования.

Экспериментальная часть исследования начиналась с отбора среднего образца семян. Для этого семена были извлечены из плодов и очищены от тканей околоплодника.

Отбор образцов был проведен по ГОСТ 13056.1-67. Средний образец – это часть семян исходного образца, выделенная из него для лабораторного анализа. Средний образец семян выделяют из исходного образца способом крестообразного деления: семена высыпают на гладкую поверхность, тщательно перемешивают, разравнивают в виде квадрата толщиной до 3 см для мелких семян и не более 10 см для крупных семян, а затем делят по диагонали на четыре треугольника; из двух противоположных треугольников семена удаляют, а из двух оставшихся объединяют для последующего деления до тех пор, пока в двух противоположных треугольниках останется количество семян, необходимое для получения среднего образца установленной массы. Масса среднего образца изучаемых видов представлена в таблице 1.

Определение качества семян проводили по ГОСТ 51173-98 (определение доброкачественности). Метод определения доброкачественности применяют для получения быстрой информации о качестве семян.

Таблица 1

Масса партии семян и среднего образца

Видовое название	Масса	
	максимальная партии семян, кг	среднего образца, г
Барбарис амурский	100	100
Бересклет бородавчатый	100	150
Дуб монгольский	1000	2500
Дуб черешчатый	5000	2500
Липа маньчжурская	200	750
Лох серебристый	200	500
Яблоня ягодная	75	50

Для подготовки к анализу семена всех видов, кроме семян дуба, замачивают в дистиллированной воде при температуре 18-20 °С. Срок замачивания семян выбирается индивидуально для каждого вида и может быть сокращен на 1/3 продолжительности, предусмотренной техническими условиями, если семена замачивают водой при температуре 30 °С. Свежезаготовленные семена допускается не замачивать.

Доброкачественность семян определяют взрезыванием семени вдоль зародыша в соответствии с техническими условиями. Для определения доброкачественности из чистых семян исследуемого вида по ГОСТ 13056.2 отбирают подряд четыре пробы по 100 семян, а для семян всех видов дуба - три пробы по 100 семян. Желуди разрезают вдоль на две части, освобождают от кожуры (деревянистого околоплодника) и осматривают внутреннюю и наружную поверхности семядолей. Срок замачивания семян и характеристика качественного зародыша представлены в таблице 2.

Таблица 2

Качество семян

Вид	Время замачивания, ч.	Характеристика зародыша
Барбарис амурский	22-24	Зародыш белого или желтоватого цвета
Бересклет бородав.	22-24	Зародыш крупный, имеет упругие семядоли
Дуб монгольский, дуб черешчатый	не требуется	Зародыш имеет твердые, упругие, глянцевитые желтовато-белые или красноватые семядоли
Липа маньчжурская	24-48	Зародыш жёлтого, светло-жёлтого или кремового цветов, эндосперм белый
Лох серебристый	48-72	Зародыш светло-желтого цвета
Яблоня ягодная	22-24	Зародыш белого или желтоватого цвета

Интродукция как наука играет важную роль в современном мире. Основными задачами интродукции является разведение высокопродуктивных и быстрорастущих интродуцированных растений с целью лесовосстановления и обогащения ассортимента декоративными кустарниками, деревьями, лианами для озеленения различных населенных пунктов. Современное разнообразие культивируемых растений – результат осуществлявшейся на протяжении тысячелетий интродукции растений. Благодаря интродукции происходит поиск новых, ранее не известных в культуре растений, которые находят применение в народном хозяйстве. В условиях Восточной Сибири перечень видов, используемых в городском озеленении, невелик. А внедрение интродуцированных видов позволяют решать эту проблему.

Непосредственно перед введением вида в культуру необходимо оценить его с точки зрения адаптации. Именно по тому, как прижился вид в опытных посадках, определяется дальнейшее его использование. Существуют различные показатели адаптационной способности видов, вот некоторые из них: продолжительность жизни, биометрические показатели, зимостойкость, способ размножения в коллекции и пр. Такой показатель, как репродуктивная способность, является одним из важнейших, так как способность к возобновлению определяет число популяции. Качество семян, продуцируемых в новых условиях, так же свидетельствует об успешности адаптации вида и возможности его дальнейшего использования.

В дендрарии СибГТУ ведутся работы по изучению интродуцентов и селекции лучших экземпляров по разным характеристикам. Из видов, успешно прошедших акклиматизацию, отбираются наиболее перспективные для дальнейшего исследования и применения.

Из выбранных нами для изучения видов в городском озеленении массово используется только яблоня ягодная. Нашей задачей было оценить качество продуцируемых этим видом семян, так как семенное потомство яблони может использоваться в качестве подвоя для прививок менее устойчивых сортов. Барбарис амурский, бересклет бородавчатый, лох серебристый имеют ограниченное применение в озеленении, дубы используются еще реже. Нашей задачей стало определить качество семян, что свидетельствует об адаптации видов, и разработать рекомендации по их применению.

При изучении биологических характеристик выделенных видов установлено, что все они относятся к царству растений, отделу цветковые, классу двудольные. Систематика растений представлена в таблице 3.

Систематика изучаемых видов интродуцентов

Вид	Порядок	Семейство	Род
Барбарис амурский	Лютикоцветные	Барбарисовые	Барбарис
Бересклет бородавчатый	Бересклетоцветные	Бересклетовые	Бересклет
Дуб монгольский	Букоцветные	Буковые	Дуб
Дуб черешчатый	Букоцветные	Буковые	Дуб
Липа маньчжурская	Мальвоцветные	Мальвовые	Липа
Лох серебристый	Розоцветные	Лоховые	Лох
Яблоня ягодная	Розоцветные	Розовые	Яблоня

Барбарис амурский (*Berberis amurensis*) – это маловетвистый колючий кустарник высотой до 3,5 м. Ветви прямые, листья крупные красивые. Устойчив к морозу, светолюбив, газоустойчив, быстрорастущий, выносит кратковременные засухи, хорошо переносит стрижку. Используется в садах и парках как декоративный вид. Рекомендуются для одиночных и групповых посадок, живых изгородей. Ареал обитания: Дальний Восток, Северный Китай.

Бересклет бородавчатый (*Euonymus verrucosus*) – это невысокое дерево или кустарник до 6 м (рисунок 1, а). Молодые побеги густо покрыты черно-бурыми бородавочками, плоды бело-розовые или красные. Теневынослив, неприхотлив, газоустойчив, растет медленно. Пригоден для одиночных, групповых посадок и живых изгородей. Ареал: Европа, Малая Азия.

Дуб монгольский (*Quercus mongolica*) – это дерево высотой до 30 м. Светолюбив, газоустойчив, долговечен, очень зимостоек, выдерживает морозы до минус 60 °С. Ареал: Восточная Сибирь, Дальний Восток, Китай, Корея.

Дуб черешчатый (*Quercus robur*) – дерево высотой до 40 м. Хорошо переносит засуху, зимостоек, долговечен. Светолюбив, предпочитает влажные, плодородные почвы. Ареал: Европа.

Липа маньчжурская (*Tilia mandshurica*) – дерево высотой до 15(20) м, зачастую многоствольное от основания. Крона густая, широкая. Цветки крупные до 12 мм, листья шириной до 10 см. Теневынослива, морозостойка, засухоустойчива. Ареал: Дальний Восток, Китай, Корея.

Лох серебристый (*Elaeagnus commutata*) – это кустарник или деревце высотой 3-5 м (рисунок 1, б). Цветки душистые, желто-серебристые, мелкие, невзрачные. Плоды сладкие на вкус, мучнистые, шаровидные, серебристые, плодоносит с 5-10 лет. Светолюбив, засухоустойчив. Растет довольно медленно, нетребователен к почвам, морозостоек, хорошо переносит задымление и загазованность воздуха, устойчив в городских условиях. Сильно разрастается благодаря обильным корневым отпрыскам. Декоративная долговечность кустов около 20 лет. Рекомендуются для групповых посадок, живых изгородей. Ареал: Северная Америка.

Яблоня ягодная (*Malus baccata*) – это дерево или кустарник 3-10 м высотой. Светолюбива, газо- и засухоустойчива. Пищевое, медоносное, декоративное растение. Некоторые из разновидностей применяются в озеленении и полезащитных лесополосах. Ареал: Восточная Сибирь, Дальний Восток, Китай, Монголия.

Перед началом эксперимента семенное сырье было тщательно осмотрено и отсортировано (рисунок 2). Семена изучаемых видов были очищены от околоплодника, промыты и слегка подсушены до сыпучести (рисунок 3). Руководствуясь ГОСТом 13056.1-67 проведен отбор образцов семян.

Для определения доброкачественности из семян исследуемых видов было отобрано 4 пробы по 100 штук семян (3 пробы по 100 семян – для немногочисленной партии барбариса амурского и бересклета бородавчатого). Все образцы семян, кроме двух видов дуба, были замочены в воде при 20 °С на сутки. Семена дуба освобождены от деревянистого околоплодника.

После замачивания семена были взрезаны, семядоли и зародыш осмотрены. Установлена их доброкачественность согласно характеристикам ГОСТа (таблица 4).

Доброкачественность семян

Вид	Доброкачественность, %				
	1 проба	2 проба	3 проба	4 проба	средняя
Барбарис амурский	92	93	90	-	92
Бересклет бородавчатый	97	95	96	-	96
Дуб монгольский	95	98	97	-	97
Дуб черешчатый	91	90	90	-	90
Липа маньчжурская	97	94	93	95	95
Лох серебристый	95	98	97	97	97
Яблоня ягодная	97	95	98	96	97

На диаграмме (рисунок 4) представлены результаты определения доброкачественности семян (средние значения, вычисленные по всем пробам).

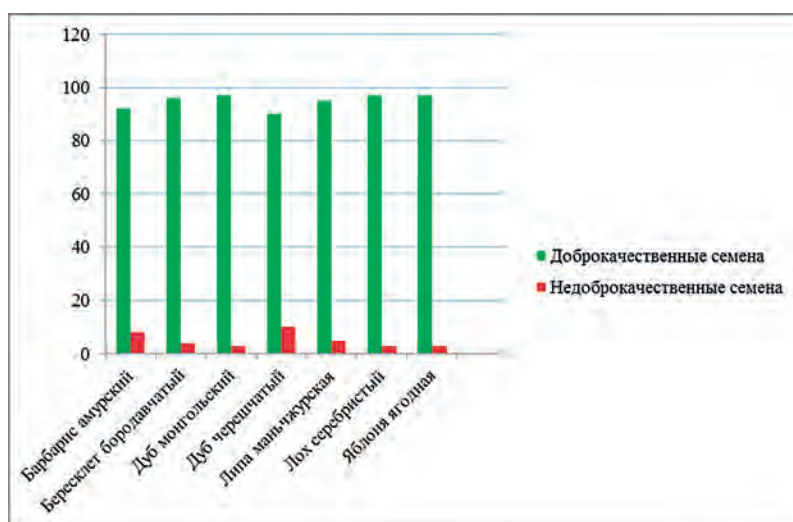


Рисунок 1. Результаты анализа качества семян, продуцируемых изучаемыми видами интродуцентов

По установленной доброкачественности семян установлен их класс качества: барбарис амурский – 92 % качественных семян – 2 класс качества; бересклет бородавчатый – 96 % качественных семян – 1 класс качества; дуб монгольский – 97 % – 1 класс качества; дуб черешчатый – 90 % – 2 класс качества; липа маньчжурская – 95 % качественных семян – 1 класс качества; лох серебристый – 97 % качественных семян – 1 класс качества; яблоня ягодная – 97 % качественных семян – 1 класс качества.

Таким образом, поставленный эксперимент показал, что все изучаемые экземпляры отселектированных видов продуцируют семенной материал с основными характеристиками в пределах биологической нормы. Это свидетельствует о достаточно успешной адаптации видов в условиях дендрария СибГТУ.

Для разработки рекомендаций по использованию видов изучены их эколого-биологические характеристики. Установлено, что все изучаемых виды достаточно неприхотливы в городских условиях: они пыле и газоустойчивы, мирятся с временным недостатком влаги в почве и воздухе, теневыносливы. Однако известно, что в особо суровые зимы однолетние, реже и более старые побеги, дуба монгольского и черешчатого обмерзают и долго восстанавливаются после. Для уменьшения данных повреждений рекомендуется использовать эти виды на ограниченных территориях (во дворах) и в плотных посадках. Выявлено также, что плоды бересклета бородавчатого и лоха серебристого являются несъедобными и находятся на растениях в пределах доступа, что ограничивает использование этих видов: их не рекомендуется высаживать на территории младших и средних учебных заведений. На территориях данного класса не рекомендуется высаживать в пределах открытого доступа вид с колючими побегами – барбарис амурский. Растениям лоха серебристого свойственно активное вегетативное возобновление. Это так же необходимо учитывать: применять вид в разреженных посадках и обеспечивать регулярный уход (удаление поросли).

С учетом эколого-биологических характеристик рекомендуется ограниченное использование в системе озеленения изученных видов.

Барбарис амурский можно использовать в одиночных или групповых посадках, живых изгородях в парках и скверах. Яблоня ягодная пригодна для рядовых магистральных посадок (для создания высоких живых стен), солитеров, в группы на дворовых территориях, в парках и скверах. Лох серебристый особенно хорош в виде живых изгородей. Бересклет бородавчатый рекомендуется для групповых посадок на территории парков, скверов. Дуб черешчатый и монгольский при надлежащем уходе (своевременной обрезке обмерзших побегов) может использоваться в групповых посадках на достаточно больших территориях.

В результате выполнения исследований сделаны следующие выводы:

1. Все изучаемые экземпляры отселектированных видов продуцируют семенной материал с основными характеристиками в пределах биологической нормы. К первому классу качества отнесены семена бересклета бородавчатого, дуба монгольского, липы маньчжурской, лоха серебристого и яблони ягодной. Семена барбариса амурского и дуба черешчатого второго класса качества.
2. Качественный семенной материал свидетельствует о достаточно успешной адаптации видов в условиях дендрария СибГТУ.
3. Полученные данные позволяют прогнозировать высокую грунтовую всхожесть семян и успешное массовое размножение ценных видов интродуцентов.
4. С учетом экологических свойств и высоких декоративных характеристик изучаемых видов разработаны рекомендации по их применению в практике озеленения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ГОСТ Р 51173-98. Семена древесных и кустарниковых пород. Методы определения доброкачественности. – М.: Издательство стандартов, 1998. – 52 с.
2. Булыгин, Н.Е. Дендрология / Н.Е. Булыгин.- Л.: Агропромиздат, 1991.- 352 с.
3. Базилевская, Н.А. Интродукция растений. Теория и практические приемы: учебное пособие / Н.А. Базилевская, А.М. Мауринь.- Рига: ЛГУ им. П.Стучки, 1984.- 91 с.
4. Илькун, Г.М. Газоустойчивость растений / Г.М. Илькун.- Киев: Наукова думка, 1971.- 146 с.
5. Лапин, П.И. Оценка перспективности интродукции древесных растений по данным визуальных наблюдений / П.И. Лапин, С.В. Сиднева // Опыт интродукции древесных растений.- М.: Наука, 1973.- С. 76-79.
6. Малеев, В.П. Теоретические основы акклиматизации растений / В.П. Малеев.- М.: Наука, 1933.- 160 с.
7. Чернышенко, О.В. Поглощательная способность и газоустойчивость древесных растений в условиях города / О.В. Чернышенко.- М.: МГУЛ, 2002.- 120 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Л.Р. Гайфуллина, А.И. Гахраманова, С.В. Бабаева, С.Р. Курбанова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научные руководители: к.м.н., доц. Брехова И.С., к.м.н., доц. Домрачева М.Я., к.м.н., асс. Гребенникова Э.К.

Миома матки выявляется у 35–45 % женщин репродуктивного возраста и является показанием к 60 % всех радикальных операций в гинекологии [7]. Такие операции приводят к выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным нарушениям, а также к потере репродуктивной и менструальной функций [1, 2]. Одним из современных направлений в оперативном лечении миомы матки является эмболизация маточных артерий. Данное оперативное вмешательство является малоинвазивным и органосохраняющим методом лечения миомы матки. По данным литературных источников, эмболизация дает хороший клинический эффект, позволяет устранить проявления миомы и даже уменьшить ее размеры[1]. Но в то же время некоторые аспекты постэмболизационного периода до сих пор остаются неясными, что приводит к большому количеству дискуссий. В связи с возрастающим интересом к данной методике возникла необходимость оценки качества лечения миомы матки.

Целью исследования является оценить клиническую симптоматику и степень уменьшения размеров миоматозных узлов по данным ультразвукового исследования у женщин после проведения ЭМА в отдаленном послеоперационном периоде в зависимости от характера узлов и их локализации.

Выполнена эмболизация маточных артерий 84 женщинам в возрасте 28–51 лет (средний возраст – $39,5 \pm 6,0$ года) на базе Перинатального центра г. Красноярска. Показаниями к операции были: обильные менструации – 68,5%; симптомы компрессии соседних органов – 42,0%; бессимптомный быстрый рост миоматозных узлов – 21,5% больных. Процедура выполнялась по стандартной методике правосторонним бедренным доступом катетером «Робертс» 5F. Конечными ангиографическими точками считали стаз контрастированной крови в стволах

маточных артерий на протяжении пяти сердечных циклов, отсутствие контрастирования артерий перифиброидного сплетения. Всем больным проводили комплексную обезболивающую, антибактериальную, противовоспалительную терапию.

Проанализированы результаты ЭМА у 25 женщин с симптомной миомой матки. Анализ включал анкетирование и проведение ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде (2014-2015 гг.) Первым проявлением эффективности ЭМА явилось уменьшение объема и длительности менструальных кровотечений у 19 (76%) женщин. Ультразвуковое исследование органов малого таза выполняли до операции, на вторые сутки после процедуры, а также через 3 месяца, 6 и 12 месяцев после ЭМА. Размеры матки до операции у 15 (60%) женщин увеличены, в послеоперационном периоде по данным УЗИ через 3 месяца наблюдалось уменьшение размеров у 6 пациенток, через 6 месяцев уменьшение у 3 пациенток, через год у 25 (100%) женщин размеры матки соответствовали обычным размерам. В нашем исследовании у 12 (48%) женщин интерстициальные миоматозные узлы, у 4 (16%) – субсерозные, множественные узлы у 9 (36%) пациенток. Средний размер миоматозного узла до ЭМА составил $24,3 \pm 21,2$ мм. По данным УЗИ, констатировано уменьшение размеров миоматозных узлов: через 6 месяцев после ЭМА – у 11 женщин с интерстициальной локализацией узлов с размерами до 8 см, у 5 пациенток, имеющих субсерозно-интерстициальную локализацию. Средний размер миоматозного узла после ЭМА через 6 месяцев составил $20,4 \pm 11,5$ мм, через 12 месяцев – $18,7 \pm 10,8$ мм.

Эмболизация маточных артерий является эффективным методом лечения геморрагического синдрома при миоме матки (у 76% женщин наблюдалось уменьшение объема и длительности менструальных кровотечений); наилучший эффект от ЭМА получен при интерстициальной локализации миоматозных узлов, размерами до 8 см. При сравнении размеров миоматозных узлов в послеоперационном периоде через 6 месяцев и через 1 год прослеживается четкая тенденция к уменьшению. Таким образом, использование ЭМА в лечении больных с миомой матки характеризуется менее выраженной оперативной травматизацией по сравнению с другими хирургическими методами.

УДК 618.1-007

СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Д.И. Галаутдинова

Казанский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Научный руководитель: к.м.н., доц. Журавлева В.И.

Синдром тестикулярной феминизации — наследственный вариант мужского псевдогермафродитизма, при котором больные имеют мужской генотип (46XY), но женский фенотип [5]. Представляет собой полную или частичную нечувствительность органов мишеней к андрогенам, обусловленную нарушением связывающей способности рецептора андрогенов [2]. Синдром встречается с частотой от 1: 13 158—20 000 до 1:64 200 живых новорожденных.

Описано клиническое наблюдение. Консультирована пациентка, 34 года, с диагнозом «Синдром тестикулярной феминизации».

Основные жалобы – невозможность забеременеть в течение 5 лет, умеренная болезненность в лобковой области больше справа. Отягощенная наследственность: у теток бесплодие. В 7-летнем возрасте перенесла операцию по поводу левосторонней паховой грыжи.

Обследована у генетика, генотип 46 XY. Фенотип женский.

Осмотр. В области лобка справа пальпируется образование (яйцо), болезненное, с четкими контурами. Слева в области пахового канала рубец после пластики паховой грыжи.

P.V.: влагалище длиной около 8 см, узкое, слепо заканчивающееся.

В области малого таза каких-либо образований не пальпируется.

УЗИ (трансабдоминально): обе гонады в виде бумеранга, увеличены, неоднородные, кровоток в них не определяется. Правая гонада в правом паховом канале ближе к наружному отверстию 40x22 мм. Левая гонада частично расположена в паховом канале и частично в паховой области 52x19 мм. В правой гонаде гипозоогенное образование 6,4 мм.

Выставлен диагноз: Синдром тестикулярной феминизации. Полная форма.

Проведена операция – лапаротомия, удаление яичек: правое – надлобковым разрезом, левое – при лапаротомии.

Результаты. Макропрепарат. Правое яичко нормальных размеров, ткань сохранена. Обнаружено 2 уплотнения диаметром 1,0 см. Левое – несколько деформировано, ткань не изменена.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай указывает, что часто при первичном обращении таких пациентов за медицинской помощью в детском возрасте выставляется диагноз «паховая грыжа», «крипторхизм»; проводится соответствующее лечение без удаления гонад, что является риском их малигнизации.

В связи с редкостью данной патологии и тактикой лечения ее в детском возрасте как паховой грыжи проведен обзор литературы.

Для формирования нормального мужского фенотипа необходимы интактные Y хромосома с локализацией на ней гена SRY, ответственного за определение пола, и X хромосома с наличием на ней гена, ответственного за рецепторы к андрогенам. Для последующей дифференцировки организма по мужскому типу необходимы также не только секреция тестостерона клетками Лейдига и антимюллерова гормона клетками Сертоли, но и наличие в клетках-мишенях 5 α -редуктазы, цитозольных рецепторов к андрогенам в вольфовых протоках, уrogenитальном синусе и наружных гениталиях; мембранных рецепторов, связывающих антимюллеров гормон, и также наличие интактного андрогенрегулируемого гена транскрипции белков. Дефект в любом звене этого механизма приведет к нарушению половой дифференцировки. [1]

Андрогены (тестостерон и дигидротестостерон) играют важную роль в процессе мужской половой дифференцировки, развития вторичных мужских признаков, инициации и поддержания сперматогенеза. Комплексы тестостерон-рецептор регулируют вирилизацию вольфовых протоков, секрецию гонадотропинов и сперматогенез, комплексы дигидротестостерон – рецептор регулируют маскулинизацию наружных гениталий, включая развитие предстательной железы и, во время полового созревания, появление и развитие мужских половых признаков. [3]

По степени выраженности эстрогенного и андрогенного воздействия на формирование фенотипа синдром нечувствительности к андрогенам может быть разделен на три формы: полную, неполную и легкую [4].

При полной форме СНА фенотип следующий: женские наружные гениталии, короткое, слепо заканчивающееся влагалище, отсутствие придатков яичек, семявыносящих протоков и семенных пузырьков, отсутствие предстательной железы, развитие гинекомастии и отсутствие лобковых и подмышечных волос. Уровень тестостерона повышен в период пубертата, уровень лютеинизирующего гормона повышен (указывает на резистентность к андрогенам на гипоталамо-гипофизарном уровне). Высокий уровень тестостерона является субстратом для ароматазы, что приводит к образованию большого количества эстрогенов, которые и ответственны за дальнейшую феминизацию.

При частичной нечувствительности к андрогенам имеется несколько вариантов: женские наружные гениталии и лобковые волосы или легкая клиторомегалия и некоторое сращение половых губ, двойственные гениталии, преимущественно мужской фенотип – микропенис, промежностная гипоспадия и крипторхизм. Производные структуры вольфовых протоков могут быть частично или полностью развиты. В пубертате наблюдается повышенный уровень лютеинизирующего гормона, тестостерона и эстрадиола, но степень феминизации меньше.

При легкой форме синдрома гениталии могут быть нормальными мужскими морфологически, но гипопластичными; может быть простая венечная гипоспадия или выступающий срединный шов мошонки. В период полового созревания могут быть два варианта: со снижением сперматогенеза и фертильности, нормальным сперматогенезом. В обоих случаях могут наблюдаться гинекомастия, голос высокой тональности, редкое половое оволосение и импотенция. [7]

Цитогенетическое исследование выявляет отрицательный половой хроматин и мужской кариотип 46 XY. Уровень базального тестостерона находится в пределах возрастной нормы для мальчиков. Уровень базального эстрадиола превышает возрастную норму для мальчиков, а в некоторых случаях приближается к возрастной норме для девочек. [3]

Тестикулы, обнаруживаемые в брюшной полости, паховых каналах или складках половых губ, предрасположены к малигнизации [3]. Риск неопластической трансформации увеличивается с возрастом —от 4% в возрасте моложе 25–30 лет до 33% к 50 годам [6].

Лечение пациенток состоит из 2-х этапов: хирургического (двустороннего удаления половых желез) и последующей заместительной гормональной терапии эстрогенами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство) / Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Москва: медицина - 2002.
2. Киселёва И.А. Современные аспекты лечения больных с ху-реверсией пола / Киселёва И.А. // вопросы современной педиатрии. – 2006 – №5. – с. 25-31
3. A clinical looks at androgen resistance. / Balducci R., Ghirri P., Brown T.R. Et Al. // Steroids – 1996 – 61 – p. 205–211.
4. Brinkmann A.O. Molecular basis of androgen insensitivity. / Brinkmann A.O. // Mol Cell Endocrinol – 2001 – 179 – p. 105–109.
5. Morris J.M. The syndrome of testicular feminization in male pseudohermaphrodites. / Morris J.M. // Am j obstet gynecol – 1953 – 65 – p.1192–1211.
6. Paediatr J. Risk of gonadoblastoma in female patients with y chromosome abnormalities and dysgenetic gonads / J. Paediatr // Child Health. – 1999. – v. 35, № 2. – p. 210–213.

УДК 615.65

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Ю.М. Галеева, Т.О. Дугаржапова, В.В. Шевцова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. Фирсов М.А.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее частым заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста и достигает 80% в возрасте 75-80 лет. Социальная значимость и актуальность этой проблемы подчеркивается демографическими исследованиями: по данным ООН в 2005 году на Земле насчитывалось свыше 125 млн населения старших возрастных групп, а к 2010 году их доля увеличилась на 60%, причем в большей части за счет лиц в возрасте 80 лет и старше. Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями предстательной железы в России в последние годы прогрессивно возрастало, увеличившись с 717 890 человек в 2002 г. до 1 124 417 человек в 2008 году или на 56,6% [1,4,9]. Эндоурологические операции при заболеваниях нижних мочевых путей (НМП) занимают значительное место среди средств лечебного воздействия, используемых в настоящее время в урологической практике. Накопление значительного опыта и дальнейшее совершенствование оперативной техники дало возможность расширить показания к трансуретральной эндохирургии [7]. С накоплением клинического опыта в применении эндоскопических вмешательств в урологии прогрессивно снижаются осложнения подобных операций на фоне постоянного технического усовершенствования применяемых методик и разработки новых способов лечения [2]. Несмотря на высокую эффективность ТУР при ДГПЖ нельзя не учитывать возникающие в ряде случаев негативные последствия в виде дизурии и длительной ирритативной симптоматики [8]. Проведенная операция приводит к активации симпатoadреналовой системы, стимуляции α - 1 адренорецепторов нижних мочевых путей с каскадом физиологических реакций (спазм сосудов детрузора, нарушение кровообращения, повышение активных форм кислорода, снижение антиоксидантной активности тканей, некоординированное сокращение гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, задней уретры и детрузора), результатом которых становятся нарушения мочеиспускания в послеоперационном периоде [2]. Таким образом, расстройства мочеиспускания в послеоперационном периоде после различных эндоурологических вмешательств представляют собой достаточно сложную проблему, требующую обоснованного подхода к её решению.

Для коррекции СНМП в раннем послеоперационном периоде после ТУР мы предлагаем использовать α 1-адреноблокатор – тамсулозин (омник), снижающий тонус гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры и улучшающий функции детрузора. Данный препарат чаще используют для консервативного лечения СНМП до оперативного вмешательства, но механизм действия препарата позволяет нам предположить его эффективность и после ТУР.

Методика исследования: В исследование включены 20 пациентов, которым выполнена ТУРП при ДГПЖ. Всех пациентов разделили на группы: 1-я (основная) группа – пациенты после ТУРП, получавшие омник – 10 человек. 2-я (контрольная) группа – пациенты после ТУРП, не получавшие омник – 10 человек. Средний возраст пациентов первой группы был 61,4, а второй 68,3 года. Давность заболевания 6,4 и 5,5 лет соответственно. Критерии оценки (до и после операции на 2е, 3и, 4е сутки после операции): шкала IPSS+QOL, определение показателей урофлоуметрии, определение объема остаточной мочи в мочевом пузыре. Оценка шкалы IPSS и QOL в группах (табл.1) позволяет говорить, о том, что группы до операции по оцениваемым показателям значимо не отличались, что снижает погрешность исследования.

Таблица 1

Оценка шкалы IPSS и QOL в группах

	Общ. IPSS	Симптомы накопления	Симптомы опорожнения	QOL
1 группа	24	11	12	5
2 группа	25	10	13	5

Однако при оценке УЗИ и УФМ исследуемых групп (табл.2) было отмечено, что в основной группе уродинамические показатели хуже, чем в контрольной группе, но на результат исследования значительного влияния это не оказывает.

Таблица 2

Показатели УЗИ и УФМ в группах

	Объём остаточной мочи, мл	Объём простаты, мл	Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с
1 группа	210,2	49,7	4,75
2 группа	147,2	58,4	7,1

Результаты исследования: Применение омника в раннем послеоперационном периоде после ТУР оказалось достаточно эффективным. При динамическом исследовании были получены следующие результаты: снижение симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS (особенно симптомов опорожнения) в основной группе было более выражено, относительно контрольной (рис.1, 2, 3). Оценка качества жизни значимо не различалась в исследуемых группах.

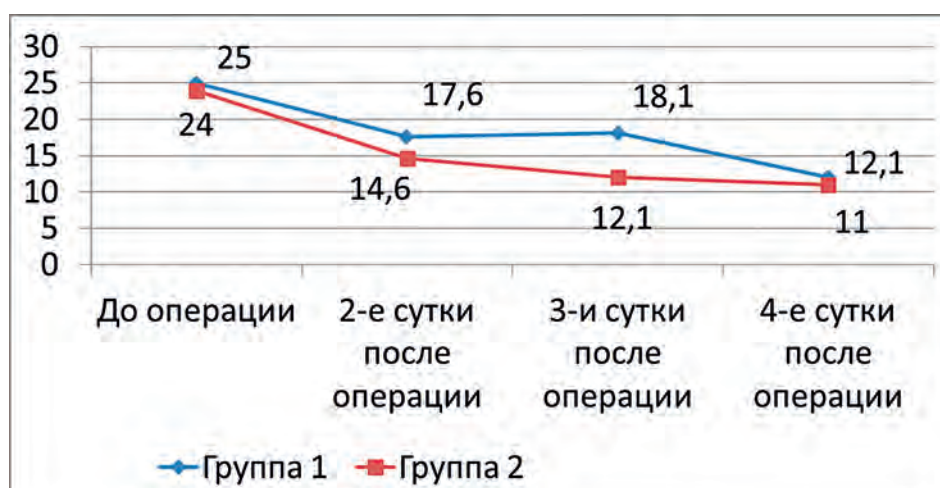


Рисунок 1. Динамика снижения симптомов IPSS

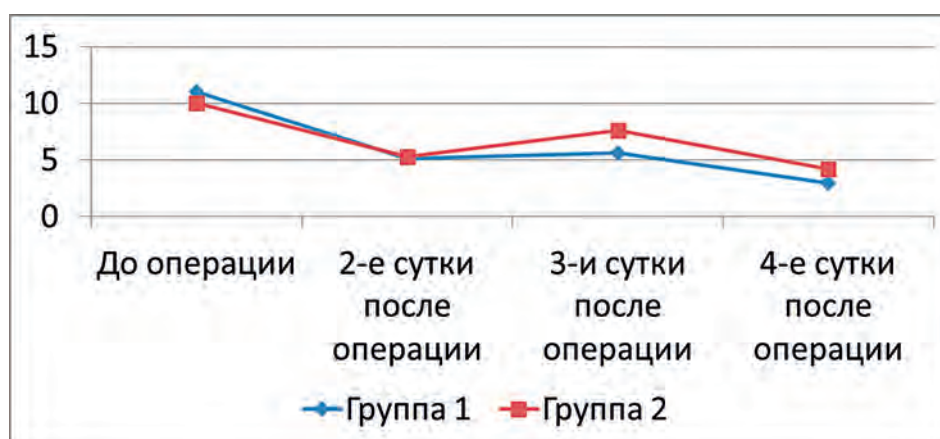


Рисунок 2. Динамика снижения симптомов накопления по IPSS

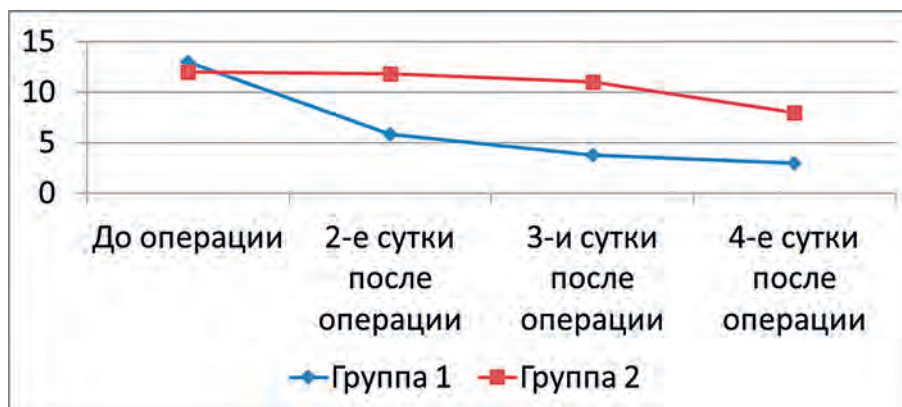


Рисунок 3. Динамика снижения симптомов опорожнения по IPSS

По данным инструментальных исследований отмечается значительное улучшение оцениваемых показателей в основной группе (рис.4 и рис.5).

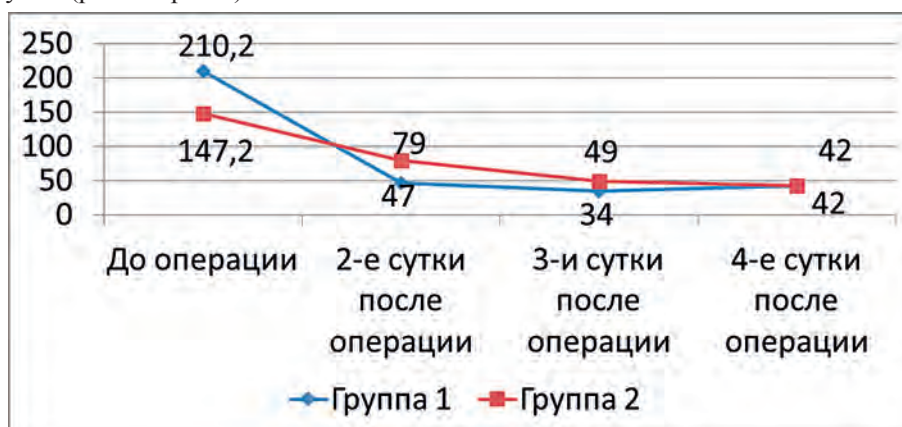


Рисунок 4. УЗИ, определение объема остаточной мочи, мл

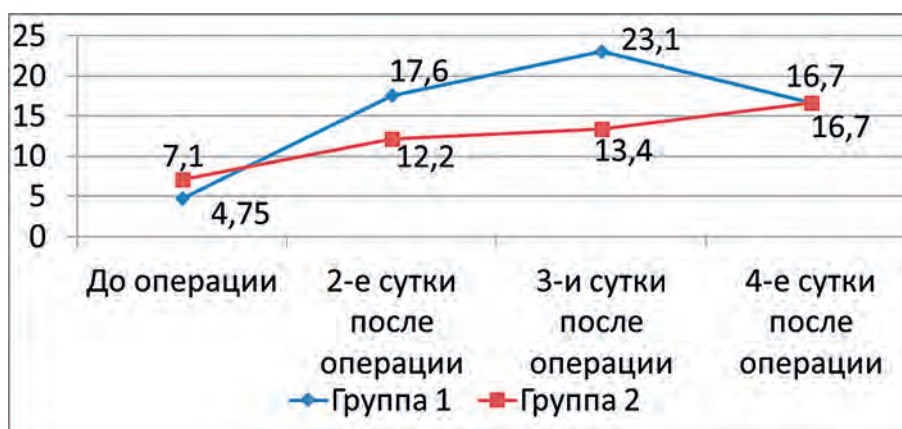


Рисунок 5. Урофлоуметрия (максимальная скорость мочеиспускания, мл/с)

Выводы:

1. Трансуретральная резекция простаты при ДГПЖ приводит к улучшению акта мочеиспускания;
2. Применение альфа-адреноблокатора (Омника) в раннем послеоперационном периоде после ТУР способствует более быстрому восстановлению акта мочеиспускания
3. Уменьшение симптомов нижних мочевых путей после ТУР происходит быстрее при назначении альфа-адреноблокатора (Омника) в первые сутки после операции
4. Считаем оправданным применение Омника в раннем послеоперационном периоде после ТУР для уменьшения дизурических расстройств и формированию адекватного акта мочеиспускания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аполихин, О.И. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 1. – С. 4-11.

2. Иващенко, В.А. Диагностика и медикаментозная коррекция симптомов нижних мочевых путей после тур доброкачественной гиперплазии предстательной железы / В.А. Иващенко, А.А. Дюсюбаев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Том 8. - №2. – С. 62-66.
3. Локшин К.Л. Возможности современных $\alpha 1$ -адреноблокаторов в лечении больных, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы / К.Л. Локшин // Российский медицинский журнал. Урология. – 2011. - №16. – С. 1010-1012.
4. Лукьянов И.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Современные возможности лечения / И.В. Лукьянов // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 14. – С. 830-834.
5. Оптимизация методов медикаментозного лечения больных аденомой предстательной железы / О.И. Братчиков, Е.А. Шумакова, А.А. Шукри Мохаммед, Е.Ю. Трифонов, А.П. Хмарук, А.А. Крюков, Д.В. Михайлов. // Человек и его здоровье. – 2011. - №3. – С. 34-41.
6. Оценка эффективности лечения гиперактивности мочевого пузыря и анализ морфологических особенностей детрузора у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А.И. Неймарк, А.Г. Лихачев, В.И. Саламанов, О.В. Громов, А.А. Селиванов. // Сибирский медицинский журнал. – 2010. - №1. – С. 10-14.
7. Переверзев А.С. Заболевания предстательной железы / А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко, Ю.А. Илюхин. // «С.А.М.» – 2005. - С.206.
8. Петрова С.Б. Хирургия предстательной железы / С.Б. Петрова // Санкт-Петербург. – 2004. – С. 270.
9. Clifford G.M. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia: a review of the literature / G.M. Clifford // Eur. urol. – 2008. – Vol. 38. – P. 2-19.

УДК 618.11-006-07

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭХОГРАФИИ И ОНКОМАРКЕРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Д.Д. Гасымлы

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

д.м.н., доцент Макаренко Т.А., асп. Борисова Е.А.

Актуальность ранней дифференциальной диагностики злокачественных образований яичников (ЗОЯ) и доброкачественных образований яичников (ДОЯ) обусловлена не только ростом частоты этой патологии, но и тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивной и других систем организма [1]. Пятилетняя общая выживаемость при раке яичников (РЯ) не превышает 35% [2]. При этом у больных с РЯ на 1-й стадии 5-летняя выживаемость достигает 80%, в то время как диагностика на поздних стадиях снижает этот показатель до 12% [3].

В Красноярском крае в 2012 году РЯ 1-й стадии был впервые выявлен у 44,97% больных, в 2013 г. – у 28,13%, в 2014 г. – у 34,36% [4]. К столь удручающим показателям приводят: отсутствие методик, позволяющих поставить диагноз на ранней стадии процесса; отсутствие специфических симптомов; легкость перехода опухоли из одной категории в другую (эволюционирование опухолей); особенности распространения опухоли. Следствием этого является подавляющее преобладание впервые выявленных запущенных форм заболевания, прогноз при которых крайне неблагоприятен [5].

Деление на доброкачественные и злокачественные опухоли на этапе диагностики очень важно, так как имеет принципиальное различие в тактике ведения и лечения больных, правильности маршрутизации пациентов в соответствующие лечебные учреждения и оказании адекватной медицинской помощи [6].

В настоящее время стандартом обследования пациентов с опухолями яичников на 1-м этапе является ультразвуковое исследование (УЗИ) и определение уровня онкомаркера (ОМ) СА125 в периферической крови пациентов [7]. Однако данный стандарт обследования имеет некоторые недостатки. В частности, низкую чувствительность и специфичность СА125 для диагностики РЯ на ранней стадии – примерно 50%. В связи с этим разработка новых биомаркеров РЯ остается в центре внимания многих научных исследований [8, 9, 10].

Цель исследования: разработать алгоритм дифференциальной диагностики ЗОЯ и ДОЯ на основе комплексного использования данных УЗИ и ОМ.

Задачи исследования:

- 1) Оценить информативность методов изолированной и сочетанной диагностики РЯ у пациенток в постменопаузе и пременопаузе на основании комплексной оценки эходопплерометрических показателей и ОМ.
- 2) Разработать алгоритм ранней диагностики ЗОЯ с использованием изолированных и сочетанных методов диагностики.

Материал и методы исследования. За период с 2012 по 2014 г. были обследованы 72 женщины в возрасте от 24 до 76 лет с одно- или двухсторонними опухолевыми образованиями в области придатков матки размером от 30 мм и более. Критериями исключения являлись: беременность в настоящее время и операции по поводу РЯ в анамнезе.

УЗИ выполнялось одним врачом на аппарате SonoAce X6 (SamsungMedison, Корея) с использованием трансабдоминального (2–8 МГц) и эндокавитального (4–10 МГц) датчиков на базе внебюджетной медицинской клиники ООО «Медико Профи» г. Красноярск. Обследование проводилось по общепринятой методике и начиналось с трансабдоминального осмотра, далее проводилось трансвагинальное исследование в В-режиме для оценки локализации, размеров и особенностей экоструктуры опухоли. Затем с использованием цветовой доплерографии проводился качественный анализ гемодинамики в опухоли, при последующей импульсно-волновой доплерометрии проводилась количественная оценка внутриопухолевого кровотока. В конце исследования данные В-режима, качественных и количественных показателей внутриопухолевой гемодинамики оценивались в баллах согласно шкале, предложенной М.Н. Булановым [9].

Материалом для исследования ОМ служила кровь из кубитальной вены. Забор крови производился перед оперативным вмешательством. Определение ОМ (CA125 и HE4) и их количественный подсчет в образцах крови проводили с помощью иммунохимического анализатора ARCHITECT i2000SR (AbbottLaboratories, США), применяя технологию хемилюминесцентных иммунных исследований на микрочастицах ChemiFlex CMIA. Для ROMA проводили расчетный тест. Референсные значения ОМ: CA125 – 35 ед/мл, HE4 для пременопаузы 70 пмоль/л, HE4 для постменопаузы 140 пмоль/л. Референсный показатель ROMA в пременопаузальном возрасте – 7,4%, в постменопаузальном возрасте – 24,7% [11].

Хирургическое лечение было произведено на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», гистологическое исследование материала – на базе КГБУЗ «Красноярское краевое патолого-анатомическое бюро».

Статистическая обработка материала производилась с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics v.19. Все количественные данные не подчинялись закону нормального распределения и представлялись в виде медианы (Me), 25–75-го перцентилей и минимального – максимального значений (Min–Max). Все качественные данные описывались с помощью доли (Д) и ошибки доли (ОШ) ($D \pm OШ$) (%).

В качестве параметров, характеризующих диагностическую ценность различных методов диагностики и их комбинаций, рассчитывались следующие показатели: чувствительность, специфичность и точность методов, отношение правдоподобия положительного и отрицательного результатов, а также прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов. Для оценки данных параметров также использовался 95%-й доверительный интервал.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования РЯ 1-й стадии был выявлен у 7 ($29,2 \pm 9,2\%$) пациенток, 2-й стадии – у 2 ($8,3 \pm 5,6\%$), 3-й стадии – у 8 ($33,3 \pm 9,6\%$), 4-й стадии – у 2 ($8,3 \pm 5,6\%$). Объемные образования были двухсторонними у 9 пациенток с ДОЯ ($18,8 \pm 5,6\%$) и у 8 пациенток со ЗОЯ ($33,3 \pm 9,6\%$) ($P = 0,170$).

Некоторые опухоли яичников (эндометриоидные кисты, зрелые тератомы, РЯ в поздней стадии) при эхографии имели характерную (типичную) ультразвуковую картину и не представляли трудностей в дифференциальной диагностике. В нашем исследовании образования, имеющие подобную гистологическую характеристику, не давали ложно-отрицательных или ложно-положительных результатов, как и по данным зарубежных авторов [10].

В постменопаузе показатели информативности изолированного УЗИ (чувствительность – 89%, специфичность – 89%, точность – 89%) были самыми высокими при сравнении со всеми остальными изолированными и комплексными методами. Даже один из самых специфичных методов нашего исследования HE4 в постменопаузе при более низких цифрах чувствительности (61%) и точности (77%) дал одинаковую с изолированным УЗИ специфичность (89%). Поэтому по нашим данным при оценке показателей в постменопаузе изолированное использование УЗИ было достаточным для постановки диагноза «ЗОЯ», остальные методы и их сочетания не увеличили информативность.

Специфичность и чувствительность при изолированном использовании CA125 в нашем исследовании достаточно низки, что совпадает с данными других авторов [1, 6]. Оценка чувствительности изолированного использования HE4 в нашем исследовании также совпадает с рядом зарубежных авторов, но специфичность при этом у нас более высокая [11].

В нашей работе при выявлении ЗОЯ изолированное использование УЗИ в пременопаузе с применением шкалы подсчета баллов продемонстрировало, с одной стороны, высокую специфичность (96%), с другой – достаточно низкую чувствительность (50%) (отчасти это объяснимо очень небольшим количеством больных этой подгруппы – всего 7).

Для ранней диагностики ЗОЯ необходимо использовать в первую очередь высокочувствительные методы. Для пременопаузы наибольшей чувствительностью обладало сочетание УЗИ с индексом ROMA (100%). Отрицательной стороной использования этой высокочувствительной комбинации оказалась ее недостаточная специфичность (77%).

Снизить такое большое количество ложно-положительных результатов в пременопаузе возможно благодаря отдельной оценке высокоспецифичного ОМ HE4 в группе положительных результатов сочетания УЗИ с индексом

ROMA (специфичность – 100%). Как было показано выше, в результате наших исследований оказалось, что изолированное использование HE4 обладает более высокой специфичностью по сравнению с индексом ROMA при проведении дифференциальной диагностики ДОЯ и ЗОЯ.

На основании полученных результатов мы сочли возможным предложить алгоритм диагностики ЗОЯ, предполагающий сочетанное использование УЗИ и серологических ОМ для пациенток в перименопаузе.

1) При положительном результате УЗИ и любом результате ROMA делается заключение о ЗОЯ.

2) При отрицательном результате УЗИ и положительном результате ROMA повторно оценивается ОМ HE4. Если результат HE4 положительный, делается заключение о ЗОЯ. Если результат HE4 отрицательный, делается заключение о ДОЯ.

3) При отрицательном результате УЗИ и отрицательном результате ROMA делается заключение о ДОЯ.

Такой алгоритм дал возможность диагностировать ЗОЯ в перименопаузе с чувствительностью и специфичностью 100%. Это особенно актуально, поскольку на практике обнаружение объемного образования придатков матки в перименопаузе вызывает больше затруднений при дифференциальной диагностике, может вообще не потребовать оперативного вмешательства, тогда как в постменопаузе сам факт визуализации придаткового образования заставляет подозревать ЗОЯ в первую очередь.

Таким образом, при проведении анализа информативности диагностические показатели были рассчитаны для общей группы, перименопаузы и постменопаузы, что позволило оптимизировать подходы к дифференциации ЗОЯ у пациенток разных групп. В периоде постменопаузы показатели информативности изолированного УЗИ (чувствительность – 89%, специфичность – 89%, точность – 89%) были самыми высокими при сравнении со всеми остальными изолированными и комплексными методами. Поэтому изолированное использование УЗИ было достаточным для постановки диагноза «ЗОЯ». В периоде перименопаузы предложено использование алгоритма (первый этап – сочетанное использование УЗИ и ROMA, второй этап – изолированная оценка ОМ HE4), который повысил чувствительность и специфичность диагностического процесса до 100%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисова Е.А., Пашов А.И., Буланов М.Н. Современное состояние проблемы дифференциальной диагностики опухолей яичников // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 6. С. 14–19.
2. Никогосян С.О., Кузнецов В.В. Современная диагностика рака яичников // Российский онкологический журнал. 2013. № 5. С. 52–55.
3. Jemal A., Bray F., Center M.M., Ferlay J., Ward E., Forman D. Global cancer statistics // CA Cancer J. Clin. 2011. V. 61. No. 2. P. 69–90.
4. Сведения о больных со злокачественными новообразованиями за 2012 год: Федеральное государственное статистическое наблюдение / Министерство здравоохранения Красноярского края. Красноярск, 2012. 9 с.
5. Лихтенштейн А.В., Жордания К.И. Раковые клетки: функциональная иерархия и взаимопревращения // Онкогинекология. 2013. № 3. С. 15–19.
6. Van Gorp T., Veldman J., Van Calster B., Cadron I., Leunen K., Amant F., Timmerman D., Vergote I. Subjective assessment by ultrasound is superior to the risk of malignancy index (RMI) or the risk of ovarian malignancy algorithm (ROMA) in discriminating benign from malignant adnexal masses // Eur. J. Cancer. 2012. V. 48. No. 11. P. 1649–1656.
7. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. М.: Трида-Х, 1999. 149 с.
8. Сергеева Н.С., Маршуткина Н.В. Опухолеассоциированные маркеры в скрининговых программах, направленных на активное выявление рака яичников: реальность, проблемы и перспективы // Практическая онкология. 2010. Т. 11. № 2. С. 110–119.
9. Буланов М.Н. Злокачественные опухоли яичников (часть первая) // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2014. № 3. С. 55–78.
10. Kalljaer J., Bourne T., Valentin L., Sayasneh A., Van Holsbeke C., Vergote I., Testa A., Franchi C., Van Calster B., Timmerman D. Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2013. V. 41. No. 1. P. 9–20.
11. Zhang Y., Qiao C., Li L., Zhao X., Li Y. Serum HE4 is more suitable as a biomarker than CA125 in Chinese women with benign gynecologic disorders // Afr. Health Sci. 2014. V. 14. No. 4. P. 913–918.

УДК 616.89 - 008.441

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СУИЦИДОВ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

М.А. Герасимова

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС

Научный руководитель: д.м.н., проф. Строганов А.Е.

Актуальность исследования: В настоящее время суициды занимают третье место в классификации причин смертности у населения (после онкологических болезней и заболеваний сердца). В соответствии с прогнозом

ВОЗ в 2020 году по причине самоубийства во всем мире погибнет приблизительно 1,5 миллиона людей, в 10-20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. Таким образом, исследования, в том числе и региональные, направленные на выявление особенностей суицида относятся к разряду наиболее актуальных задач современной психиатрии.

Самоубийство – проблема междисциплинарная. Именно синтез научных результатов, полученных специалистами самых разных сфер гуманитарного пространства, их комплексное осмысление позволит со временем добиться практических результатов в решении проблемы суицида. Однако решающую роль без сомнения будут играть достижения в области психиатрии.

Общая смертность по причине самоубийства в трудоспособном возрасте в Алтайском крае в 2013-2015 году составила 2417 человек (Таб. 1).

Таблица 1

Смертность от суицидов в трудоспособном возрасте

	2013		2014		2015	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Алтайский край	883	36,5	729	30,2	805	33,6
Города	327	24,7	248	18,7	325	24,4
Сельские районы	556	50,9	481	44,0	480	45,0
Мужчины	714	64,0	616	55,2	667	60,2
Женщины	169	13,0	113	8,7	138	10,7

Цель: Составление социопсихологического описания суицидента, жителя Алтайского края трудоспособного возраста в период с 2013 по 2015 год.

Задачи исследования:

1. Выявление особенностей суицидов у жителей Алтайского края трудоспособного возраста в период с 2013 по 2015 год.
2. Выявление причин суицидов, на базе анализа психогений, повлекших за собой суицид.

Материалы: истории болезни пациентов трудоспособного возраста, находящихся на диспансерном учете, на базе Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К.Эрдмана (АККПБ).

Методы исследования: самостоятельно разработанный реестр критериев для составления социопсихологического описания суицидента.

Мы проанализировали 21 амбулаторную карту пациентов диспансерного отделения АККПБ трудоспособного возраста, покончивших жизнь самоубийством за период с 2013 по 2015 год.

С целью составления социо-психологического описания мы разработали реестр критериев, включающий оценку половой принадлежности, семейного положения, образования, достатка (ЗП, пенсия по инвалидности; до 8865 р. – крайне низкий, от 8865 р. до 12000 р. – низкий, от 12000 р. до 18000 р. – средний, от 18000 р. – выше среднего), преобладающих черт характера, отягощенности анамнеза (наличие родственников совершивших суицид, отягощенность по психическому заболеванию), алкоголизации, употребления психоактивных веществ (ПАВ) в анамнезе, наличия соматических заболеваний, совершенных ранее суицидальных попыток, психогений.

Полученные результаты: на основании проведенного исследования было составлено социо-психологическое описание суицидента трудоспособного возраста, жителя Алтайского края за период с 2013 по 2015 год. Им оказался мужчина, не состоящий в браке, имеющий среднее специальное образование, низкий достаток. По характеру раздражительный, алкоголизирующийся или принимающий ПАВ. Наследственность по психическому заболеванию не отягощена.

Способы совершения суицида: отравление медикаментами (47,6%), резаные раны (28,5%), прыжок с высоты (14,2%), отравление уксусом (9,5%).

Психогении: соматическое заболевание (38%), конфликты в семье (33,3%), неразделенная любовь: (14,2%), чувство вины (4,7%), чувство безысходности (4,7%), конфликты с окружающими (4,7%).

Выводы:

Наиболее важными факторами риска совершения суицида являются низкий достаток, характерологические особенности возбудимого спектра, злоупотребление ПАВ. Основными психогениями, послужившими причиной суицида являются соматическое заболевание, конфликты в семье, неразделенная любовь.

ЭКОЛОГО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2008-2014 ГГ.

Н.Д. Голошапова, М.С. Иванов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: д.б.н., доц. Виноградов В.В.

Качество воздуха или воздушной среды оказывает сильнейшее воздействие на организм человека и прежде всего на его здоровье [1]. Негативное воздействие загрязненного воздуха происходит при поступлении аэрозольных частиц и ядовитых газов в дыхательную систему человека [2].

Индикаторами благополучия экологической обстановки в городах обычно считают заболеваемость населения. При определенном уровне «техногенного давления» на среду обитания связь между количеством заболеваний почти всех болезней и уровнем состояния природных сред становится статистически значимой [3; 4]. Можно сказать, что в «грязной» природной среде риск заболеть, при прочих равных условиях, значительно выше.

В связи с этим целью нашего исследования являлась эколого-медицинская оценка заболеваемости жителей города Красноярска на основе статистических данных о качественном состоянии атмосферного воздуха и здоровья населения.

Основной метод исследования – экологический мониторинг – позволяет анализировать изменения состояния окружающей среды под воздействием природных и антропогенных факторов. Эколого-медицинский мониторинг является одной из тематических областей системы наблюдений окружающей среды [5].

Уровень загрязнения воздушной среды техногенными факторами оценивался по материалам докладов «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Красноярском крае (2008-2014 гг.)» [6]; «О состоянии охраны окружающей среды в Красноярском крае» за 2008-2014 гг. [7]. Статистический анализ основных групп заболеваний за 2008–2014 гг. выполнен на основе данных Министерства здравоохранения Красноярского края. Статистические расчеты проведены в программе Статистика 6.0.

Город Красноярск является крупным промышленно-административным центром Сибири. Промышленное производство, огромное количество автомобилей и много других факторов способствовали усилению влияния антропогенной нагрузки на здоровье населения.

Промышленные предприятия «разбросаны» по всему городу. Размещение в городе крупных объектов энергетики, предприятий химической и металлургической промышленности обуславливает уровень атмосферного загрязнения. Однако все большее влияние оказывает автомобильный транспорт. По официальным данным Красноярск является одним из самых насыщенных автомобилями городов России. На каждую тысячу жителей приходится 390 машин [8]. Инструментальные наблюдения показывают неуклонный рост концентраций таких опасных соединений как бензапирен, диоксид и оксид азота, формальдегид и твердых взвешенных частиц (рис. 1).

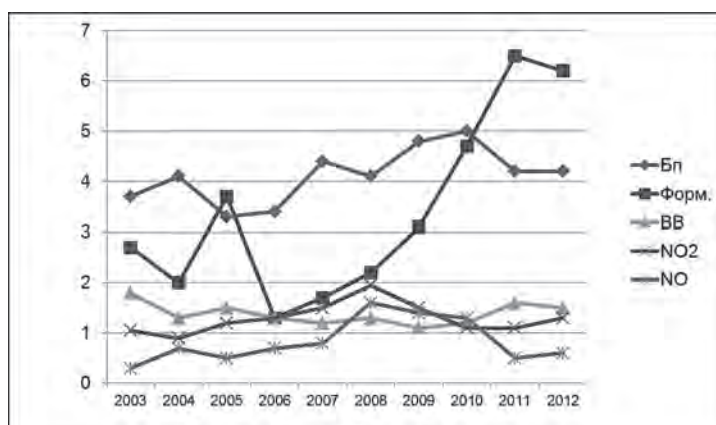


Рисунок 1. Изменение среднегодовых концентраций загрязнителей воздуха в г. Красноярске: бензапирена (Бп), взвешенных веществ (ВВ), диоксида азота (NO₂), оксида азота (NO), формальдегида (Форм.) (2003-2012 гг.)

Для определения территориального распределения загрязняющих веществ в городе Красноярске приведем данные по уровню загрязнения атмосферы в 4 квартале 2014 г. [7]. В этот период уровень загрязнения характеризовался, как «очень высокий». Например, в целом по городу средние за квартал концентрации бензапирена в **9,8** раза превысили гигиенические нормативы предельно допустимых концентраций (ПДК).

Повышенные концентрации отмечались в разных районах города (табл. 1).

**Концентрация загрязняющих веществ в атмосфере г. Красноярска
в IV квартале 2014 года (в долях ПДК)**

№	Вещество	ПДК	Район города	Месяц
1	взвешенные вещества	6,4	Центральный	декабрь
2	оксид углерода	1,2	Центральный	декабрь
3	гидрохлорид	9,8	Центральный	ноябрь
4	формальдегид	1,5	Ленинский	ноябрь
5	бензол	1,1	Кировский	октябрь
6	толуол	1,2	Железнодорожный	октябрь
7	этилбензол	4,5	Ленинский	ноябрь
8	бензапирен	30,2	Кировский	ноябрь

Такие высокие показатели превышения (ПДК) предельно допустимых концентраций вредных загрязняющих веществ определяют место Красноярска в первой тройке самых грязных городов нашей страны.

Следствием этого является постоянный рост таких опасных недугов как онкологические заболевания. В последние годы этот показатель местами вырос на 26%. Особенно тревожная ситуация сложилась в Лесосибирске, Красноярске и Ачинске (рис. 2).

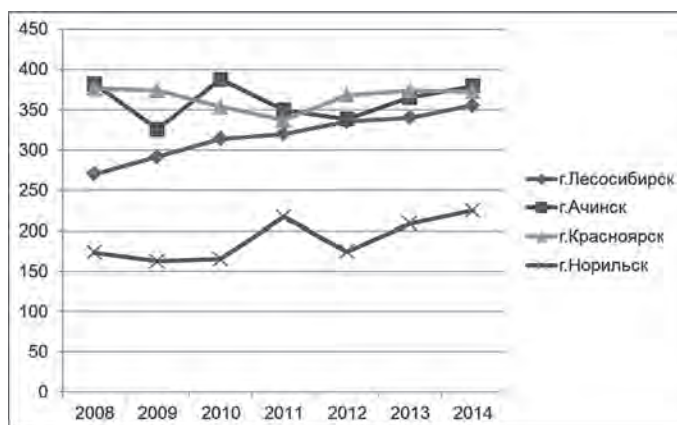


Рисунок 2. Уровень впервые выявленных злокачественных новообразований у населения крупных промышленных городов Красноярского края (2008-2014 гг., случаев на 100000 чел.)

Кроме того, повсеместно в крупных городах края растет заболеваемость органов дыхания. Вполне очевидно, что самые высокие показатели последнего пятилетия отмечены в г. Норильске – 407,1-496,9 случаев на 1000 человек [6].

Имея значительный объем статистических данных о показателях заболеваемости и содержании загрязняющих веществ мы решили выявить возможные взаимосвязности между этими показателями с помощью расчета корреляционных связей (табл. 2).

Таблица 2

**Матрица корреляций (взаимосвязей) между различными показателями загрязнителей воздуха
и уровнем заболеваний жителей г. Красноярска (2008-2013 гг.)**

	Орг. дыхания	Онколо- гия	Бенза- пирен	Фармаль- дегид	Взвешенные вещества	Диоксид азота	Оксид азота
Орг.дыхания							
Онкология	-0,19						
Бензапирен	0,51*	-0,03					
Фармальдегид	-0,19	-0,74	-0,16				
Взвешен.вещ-ва	-0,42	-0,57	-0,74	0,76			
Диоксид азота	-0,17	0,79	-0,38	-0,84	-0,33		
Оксид азота	0,18	0,64	0,39	-0,96	-0,86	0,67	

* - полужирным выделены статистически достоверные связи ($p < 0,05$)

Расчеты показали, что уровень онкологических заболеваний достоверно зависит от высокого содержания оксида и диоксида азота. Заболевания органов дыхания связаны с высокой концентрацией бензопирена. Негативное влияние этих веществ на здоровье человека широко обсуждается в научной и научно-популярной литературе [1; 2; 3; 4].

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Воздух г. Красноярска насыщен вредными веществами и является одним из самых грязных в России. Основными источниками загрязнения является автотранспорт и выбросы промышленных предприятий. Самыми грязными районами города – Кировский и Ленинский.

2. Среди жителей крупных городов Красноярского края большое распространение получили болезни органов дыхания и онкологические заболевания.

3. Существует статистически достоверная зависимость возникновения онкологических заболеваний от высоких концентраций оксида и диоксида азота. Болезни органов дыхания связаны с высоким содержанием в воздухе бензапирена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстрых, В.В. Оценка дополнительного канцерогенного риска в связи с антропогенным загрязнением атмосферного воздуха селитебных территорий / В.В. Быстрых, В.М. Боев, Е.Л. Борщук // Гигиена и санитария. – 1999. – № 1. – С. 8–10.
2. Верхозина, М.Ф. Показатели заболеваемости и смертности как индикаторы экологической обстановки в регионе / М.Ф. Верхозина, Н.Г. Евтушик, С.И. Шорохов // Проблемы региональной экологии. – 2008. – № 3. – С. 178–182.
3. Доценко, И.И. Воздушная среда и здоровье / И.И. Доценко. – Львов, 1991. – 103 с.
4. Ревич, Б.А. Основы оценки воздействия загрязнения окружающей среды на здоровье человека / Б.А. Ревич, С.Л. Авалиани. – М.: Акрополь, ЦЭПР, 2010. – 268 с.
5. Сидоренко, Г.И. Проблемы изучения и оценки состояния здоровья населения / Г.И. Сидоренко, Е.Н. Кутепов // Гигиена и санитария. – 1994. – № 8. – С. 36–38.
6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае в 2008-2014 годах» –URL:<http://24.rospotrebnadzor.ru/s/24/files/documents/regional/GosDoklad/107176> (дата обращения: 16.03.2016)
7. Государственный доклад «О состоянии охране окружающей среды в Красноярском крае» за 2008-2014 гг. – URL:<http://www.mpr.krskstate.ru/envir/page5849/0/id/19165> (дата обращения: 16.03.2016)
8. Радионова, Е. Количество автомобилей в Красноярске перевалило за 400 тысяч штук / Е. Радионова // Комсомольская правда. Красноярск (20 марта 2016г.). – URL: <http://www.krsk.kp.ru/online/news/1740062/> (дата обращения: 11.03.2016)

УДК 616.34-006.6-084:615.03:547.672

РАК КИШЕЧНИКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА С ПОМОЩЬЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ, СОДЕРЖАЩЕГО ПРОИЗВОДНЫЕ АНТРАЦЕНА

М.П. Голубцова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научные руководители: к.б.н., доц. Зубарева Е.В., к.х.н., доц. Береснев В.А.

Актуальность. В настоящее время колоректальный рак занимает второе место (после рака молочной железы) среди онкологических заболеваний по частоте возникновения у людей старшего возраста. Наиболее подвержены этой болезни люди в возрастной группе после 45 лет, мужчины и женщины в одинаковой степени, каждые 10 лет частота заболеваемости увеличивается на 10%. Рак кишечника различается по гистологическому строению, в 96% случаев он развивается из железистых клеток слизистой оболочки (аденокарцинома).

Рак кишечника – это злокачественное перерождение железистого эпителия, преимущественно ободочной или прямой кишки. На первых стадиях характерна вялая симптоматика, отвлекающая от первичной патологии, в основном, напоминающая расстройство желудочно-кишечного тракта. Ведущий радикальный метод лечения – хирургическое иссечение пораженной ткани.

Причины рака кишечника:

1. Генетическая предрасположенность. Если в семье есть случаи заболевания раком кишечника, то члены семьи входят в группу риска. Причем если у кого-либо из членов семьи диагностирован полипоз кишечника, это также говорит о генетических предпосылках возникновения злокачественного рака кишечника.

2. Опухолевые и воспалительные заболевания кишечника. Обычно раку кишечника предшествуют хронические заболевания, называемые предраками. К таким заболеваниям относятся полипы, аденомы, хронический язвенный колит, болезнь Крона. Эти заболевания не являются злокачественными, но будучи не вылеченными, создают предпосылки для возникновения рака кишечника.

3. Диета, бедная растительными волокнами, и богатая жирной белковой пищей. Такая пища способствует появлению застойных явлений в кишечнике, запоров и механического раздражения стенок кишки плотными слежавшимися каловыми массами. Гастроэнтерологи считают, что такая пища стала главной причиной распространения рака кишечника среди людей, живущих в экономически благополучных странах.

Профилактика рака кишечника:

1. Регулярные профилактические медицинские осмотры.
2. Диета с содержанием грубых растительных волокон и кисломолочных продуктов.
3. Регулярное опорожнение кишечника.

Интерес к лекарственным средствам на основе растительного сырья по-прежнему велик, причем в Государственном реестре лекарственных средств Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению удельного веса препаратов растительного происхождения (на отечественном фармацевтическом рынке группа слабительных лекарственных средств в основном представлена препаратами на основе антраценпроизводных).

Цель исследования: анализ растений содержащих антраценпроизводные и лекарственных препаратов на их основе, потенциальных для использования в профилактике заболеваний толстого кишечника.

Задачи исследования:

1. изучить литературу по растительным объектам, с содержанием производных антрацена;
2. выбрать объекты исследования;
3. проанализировать полученные результаты;
4. провести анкетирование студентов;
5. сделать выводы и дать практические рекомендации по полученным результатам.

На отечественном рынке используется ряд слабительных препаратов на основе лекарственного растительного сырья (ЛРС), содержащие антраценпроизводные (фитолак, сеннаде). Кроме того, в литературе описаны растительные объекты, которые содержат производные антрацена, но в настоящее время не используется в лечебной практике. Нами было решено проанализировать на количественное содержание антраценпроизводных препараты: фитолак, сеннаде; а также ряд растительных объектов: листья сенны, кору крушины и траву щавеля воробьиного.

Объекты исследования: лекарственные препараты: фитолак, сеннаде; лекарственные растения: крушина ольховидная, кассия остролистная (сенна), щавель воробьиный.

Фитолак обладает достаточно сложным составом, и каждое из растений, входящих в него, имеет свои особенности и свое биологическое воздействие. Абрикос в составе фитолакса обладает общеукрепляющим и послабляющим эффектом. Он очень богат клетчаткой, которая помогает нормализовать пищеварение, и витаминами. Также в нем много ценных микроэлементов, например, калия. Это помогает предупредить возможную потерю ценных элементов, которая может возникнуть в результате послабления кишечника. Александрийский лист или сенна уже очень давно применяется в медицине в качестве лекарства от привычных запоров и атонии кишечника. В данном растении содержится много антрагликозидов, которые стимулируют рецепторы толстого кишечника и этим самым вызывают слабительный эффект. Согласно инструкции к фитолаксу, подорожник в его составе оказывает спазмолитическое и послабляющее действие, также ему присущ противовоспалительный эффект. Плоды укропа способны повышать секрецию пищеварительных желез, а также оказывать спазмолитическое и ветрогонное действие.

Сеннаде. Биологически активным компонентом уникального слабительного средства являются кальциевые соли сеннозидов, которые в большом количестве содержатся в сухом экстракте листьев сенны.

Крушина ольховидная (семейство Крушиновые) представляет собой невысокий кустарник, с оттопыренными ветвями, на конце которых располагаются прямые колючки. Кора молодых побегов имеет серебристый цвет, с течением времени они приобретают бурно-черный оттенок. Крушина используется как слабительное средство в народной и традиционной медицине, поскольку содержит антраценпроизводные со слабительным эффектом.

Кассия александрийская (сенна остролистная) (семейство Бобовые)-теплолюбивый полукустарник высотой до 1м с длинным стержневым корнем. Листья сложные, парноперистые, с 4-8 ланцетовидными заостренными кожистыми листочками. Цветки неправильные, желтые, собраны в пазушные кисти. Культурные насаждения кассии остролистной в России плодоносят в октябре. Естественные условия произрастания для сенны – пустыни Африки и Аравии. Культивируется в Туркмении и южных областях Казахстана как однолетнее растение.

Щавель воробьиный (семейство Гречишные). Многолетнее травянистое растение высотой 15-30см. Стебель голый, у соцветия разветвленный, красноватой окраски. Растение двудомное. Листья самой разнообразной формы. Нижние длинночерешковые, верхние сидячие: простые, цельнокрайние, ланцетные. Цветки собраны врыхлые кистевидные метелки. Цветет с мая по сентябрь. Растет на сухих, песчаных почвах, по полям, как сорное и вдоль дорог. Стебель и листья имеют кисловатый вкус, содержат значительное количество щавелево-кислого калия.

Методика определения антраценпроизводных в сырье.

Исследование проводилось согласно методике, представленной в Государственной Фармакопее [1]. Концентрацию производных антрацена в растворе, выраженную в хризофановой кислоте, определяли по калибровочному графику, построенному по растворам кобальта хлорида. Содержание суммы агликонов антраценового ряда в пересчете на хризофановую кислоту и абсолютно сухое сырье в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{C \cdot 250 \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot (100 - W)}$$

где C - концентрация производных антрацена, найденная по калибровочному графику, в миллиграммах на 1 л; m - масса сырья в граммах; W - потеря в массе при высушивании сырья в процентах.

Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Количественное содержание антраценпроизводных в исследованных объектах

№	Название сырья	Показатель плотности раствора	Содержание антраценпроизводных, (единицы измерения) в %
1	Фитолакс	0,9905	18,75
2	Кора крушины	0,058	7,7
3	Лист сенны	0,063	6,9
4	Сенаде	0,052	4,7
5	Корневище щавеля воробьиного	0,035	0,71

Из таблицы видно, что максимальным содержанием антраценпроизводных характеризуется препарат фитолак (18,75%), достаточно высоко их содержание в коре крушины (7,7%), листьях сенны (6,9%) и препарате сенаде (4,7%). Содержание веществ в корневище щавеля воробьиного незначительно (0,71%), что говорит о возможности его применения как слабительного средства в больших дозах и требует дополнительных исследований.

Практические рекомендации по полученным результатам

Слабительным действием обладают:

Фитолакс. Сбалансированный растительный комплекс, который способствует естественной стимуляции перистальтики, чем приводится в норму эвакуаторная функция кишечника. При этом, средство также обладает ветрогонным эффектом, снимает болезненные спазмы кишечника, оказывает сорбционное действие.

Сенаде. Лекарство имеет выраженный слабительный эффект и отлично подойдет при запорах различной этиологии. Этот абсолютно натуральный препарат не влияет на остальные системы организма, оказывая мягкое действие в желудочно-кишечном тракте.

Кора крушины (*CortexFrangulae*). Используют в виде отвара, который готовится следующим образом: одна столовая ложка измельченного сырья заливается одним стаканом воды. Затем, данную смесь ставят на огонь и кипятят около двадцати минут. После того, как отвар остынет, его процеживают и принимают по полстакана утром и перед сном.

Трава щавеля воробьиный (*Rumexacetosella* L.). В больших дозах можно применять в качестве слабительного. А также в качестве противовоспалительного средства.

Листья сенны. Сенна традиционно принимается в качестве слабительного средства, однако на этом список ее полезных свойств не заканчивается. Нередко используют ее для очищения организма от вредных шлаков.

Выводы:

1) Онкологические заболевания, наравне с сердечно-сосудистыми, являются самыми распространенными и лидирующими по смертности в XX и XXI вв.

2) На сегодняшний день известны растительные препараты на основе антраценпроизводных, дающие послабляющий эффект. В настоящее время повысился интерес к слабительным средствам растительного происхождения.

4) Проведенные исследования количественного содержания антраценпроизводных в растениях и препаратах на их основе показали следующие результаты: фитолак (18,75%), кора крушины (7,7%), листья сенны (6,9%), препарат сенаде (4,7%). Содержание веществ в корневище щавеля воробьиного незначительно (0,71%), что говорит о возможности его применения как слабительного средства в больших дозах.

5) Проведенное анкетирование среди студентов первого курса показали, что проблемы с опорожнением кишечника есть у 60%, но студентам не известны растения и препараты на их основе используемые для борьбы с запорами. Данная исследовательская работа является пропагандой профилактики рака кишечника среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная фармакопея РСФСР: Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье/ МЗ РСФСР 13-е издание-М.: Медицина, 2015 - 400с.
2. Фармакогнозия: учебник / И.А. Самылина, Яковлев Г.П. –М: ГЭОТАР-медиа, 2013.–С. 578-600.
3. <http://okishechnike.com/rak-kishechnika/rak-kishechnika.html>
4. <http://www.rantac.ru/tag/rak-kishechnika/page/3>.

УДК 615.281.8:316.775.4

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

М.Е. Горбань, О.В. Шаповалова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Потупчик Т.В.

Грипп и другие острые респираторные вирусные заболевания (ОРВИ) остаются до настоящего времени неуправляемыми инфекциями, наносящими существенный ущерб здоровью населения и экономике стран во всем мире. По оценкам ВОЗ гриппоподобными заболеваниями ежегодно в мире болеют до 100 миллионов человек. В России ежегодно регистрируются от 27,3 до 41,2 млн. заболевших гриппом и другими ОРВИ [3]. Удельный вес среди всех инфекционных болезней гриппа и ОРВИ составляет 90%. Ущерб от гриппа в России в среднем составляет примерно 10,2 млрд. рублей, что соответствует 74,9-86 % от всех инфекционных заболеваний. На лечение гриппа и его осложнений ежегодно в мире расходуется около 14,6 млрд. долларов. Поэтому грипп и другие острые респираторные заболевания наносят большой экономический ущерб и продолжают оставаться самой серьезной медицинской и социально-экономической проблемой [1].

При ОРВИ практически всегда развивается симптомокомплекс, обусловленный поражением слизистой оболочки дыхательных путей на различных ее уровнях (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит). Очень частым симптомом ОРВИ является повышение температуры тела, что вызывает серьезное беспокойство и становится наиболее частой причиной обращения к врачу [4]. Факторами развития серьезных осложнений гриппа и других ОРВИ являются: позднее обращение к врачу, самолечение и наличие у больных сопутствующих заболеваний. С первых часов развития заболевания больной должен получить противовирусный препарат. «Лекарственное окно» - время, в течение которого препарат максимально эффективен, при гриппе совсем небольшое и составляет 48 часов от начала болезни. Раннее начало лечения многократно повышает шансы больного на выздоровление [7].

Наиболее эффективным способом предотвращения распространения инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи является повышение специфической и неспецифической резистентности организма. Основным методом профилактики гриппа в настоящее время обоснованно считается вакцинация. Помимо иммунопрофилактики имеется широкий арсенал средств, используемых для профилактики гриппа и ОРВИ: противовирусные химиопрепараты этиотропного действия, иммуностимулирующие средства для проведения неспецифической профилактики. Поиск и внедрение в клиническую практику лекарственных средств, профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ продолжает оставаться актуальной проблемой. Важным принципом системы мероприятий по защите населения от гриппа и других ОРВИ является комплексность, использование всех эффективных средств и методов профилактики в разных условиях и различных группах населения [2,5].

Ключевой проблемой для охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья. Наиболее приоритетным направлением является повышение уровня здоровья, поддержание оптимальной работоспособности, качества жизни населения [6].

Цель исследования: выявить различия социального статуса и применения лекарственных средств при ОРВИ между медработниками и населением.

Задачи:

- 1) дать оценку состояния здоровья населения и медработников
- 2) оценить информированность населения и медработников о лекарственных средствах, применяемых при ОРВИ
- 3) определить уровень медицинской культуры медработников и населения.
- 4) определить качество жизни медработников и населения.

Материалы и методы: Для проведения исследования нами была разработана анкета потребителей лекарственных средств. Методом анкетирования проведена оценка состояния здоровья и информированности о лекарственных средствах, уровне медицинской культуры и качестве жизни медработников и населения города

Красноярска. В исследовании приняли участие: население г. Красноярска 50 человек (1 – основная группа) и медработники в количестве 50 человек (2 – группа сравнения). Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows».

Исследование проводилось в разных возрастных группах: от 18 до 65 лет. Из числа опрошенных медработников 82% женского пола, 18% мужского пола ($p_{1-2}=0,0259$). Среди населения 62% женского пола, 38% мужского пола. Социально положение исследуемого населения неоднородно, в опросе приняли участие 20% служащих, 22% рабочих, 30% студентов ВУЗов (кроме медицинского университета), 4% пенсионеров и 24% частных предпринимателей. Среди медработников: 96% опрошенных медработники и 4% студенты медицинского университета, но уже работающие в медицинской сфере. Имели высшее образование 70% населения, 16% – среднее специальное и 14% – среднее образование. Среди медработников имели высшее образование 40%, среднее специальное – 58% и среднее – 2%.

Оценивали уровень своего здоровья, как хорошее 34% медработников и 54% населения. 66% медработников и 46% населения оценивали состояние своего здоровья как удовлетворительное ($p_{1-2}=0,0439$). Имели хронические заболевания 66% медработников и 40% опрошенного населения. Респонденты обеих групп практически в равном количестве болели ОРВИ 2-3 раза в год, на долю населения приходилось 48%, на медработников – 52%. Подавляющее большинство, как медработников, так и населения не обращались к врачу при ОРВИ (96% – 94%). При этом 74% населения и 70% медработников обращаются к врачу, когда станет плохо. При повышении температуры чаще обращались к врачу медработники (26%) и лишь 12% населения. В первый день обращались к врачу только 2% населения, медработники не обращались. В большинстве случаев, как население (32%), так и медработники (44%) считали, что обязательно нужно обращаться к врачу при простуде, однако, не выполняли это.

Пользовались противовирусными лекарственными препаратами при ОРВИ 56% населения и 68% медработников. 26% населения и 16% медработников при ОРВИ принимали антибиотики. Жаропонижающие препараты чаще применяли медработники (58%) и 26% населения ($p_{1-2}=0,00119$). 50% населения и 42% медработников пользовались средствами для облегчения симптомов простуды (Тера-Флю, Колдрекс и др.) Интраназальные средства (капли в нос, спреи) применяли 38% населения и 50% медработников. Отхаркивающие (муколитики) или противокашлевые применяли 34% населения и 28% медработников. Средства народной медицины население использовали чаще, чем медработники (32-26%). Так же, при ОРВИ население использовали банки и горчичники, отвары, чаи, бальзамы.

Чаще всего население применяли противовирусный препарат арбидол (28,3%) и оксолин (28,3%), реже применяет ремантадин (17,4%), ацикловир (17,4%). Медработники так же чаще использовали противовирусный препарат арбидол (32%), реже – ремантадин (26%), оксолин (26%). Медработники в единичных случаях указывали на применение других противовирусных средств (амиксин, виферон) и антисептиков.

Для профилактики и в период эпидемии простудных заболеваний чаще применяли лекарственные средства медработники (16,3%), реже – население (4,1%). Не всегда, но употребляли лекарственные препараты 32,7% населения и 20,4% медработников. При применении противовирусных препаратов у 4% населения и 2% медработников отмечались побочные эффекты в виде тошноты и головной боли.

Практически все опрошенные жители г. Красноярска и медработники (98%) читали листки-вкладыши к лекарственным препаратам при их самостоятельном применении. При этом применение и способ приёма лекарств интересовало 96% населения и 90% медработников. Фармакодинамику лекарственного препарата чаще изучали медработники (64%) и 34% населения ($p_{1-2}=0,0027$). Противопоказания и побочные действия в равной степени имело значение для населения и медработников (78-76%). Лечебный эффект изучали 62% медработников и 44% населения. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами значительно чаще интересовало медработников (58%) реже – население (44%). Взаимодействие лекарственных препаратов с пищей изучали 36% медработников и 28,6% населения. Так же население и медработники обращали внимание на дозировку, управление транспортным средством, взаимодействие с алкоголем. 84% опрошенных обеих групп принимали во внимание цену лекарственного препарата при покупке. Удобство приёма лекарственного препарата также в значительной степени было важно и для медработников (84%), и для населения (74%).

При определении уровня медицинской культуры было выявлено положительное отношение к здоровому образу жизни и его постоянной приверженности у 24% населения и 34% медработников. Также отмечали положительное отношение к ЗОЖ, но не всегда его придерживались 74% населения и 60% медработников. Не придерживались ЗОЖ 6% медработников. Ежедневно спортом занимались только 8% населения и 4% медработников. Несколько раз в неделю чаще занимались спортом население (38%) и достоверно реже медработники (10%) ($p_{1-2}=0,0010$). Совсем не занимались спортом 10% населения и 24% медработников.

При заболевании всегда выполняли предписания врача чаще медицинские работники (68%), реже население (49%). Не выполняли вообще предписания врача 16% населения и 10% медработников. Чаще всего причиной невыполнения предписаний врача объяснялось тем, что население и медработники предпочитают самолечение (11-22%). Не доверяли врачу 15% населения и 8% медицинских работников. Так же, среди причин невыполнения предписаний врача были следующие: лень, неорганизованность, забывчивость, халатность.

При исследовании влияния приема лекарственных препаратов на качество жизни 70% населения и 86% (p1-2=0,0534) медработников отмечали улучшение самочувствия после приема лекарств. Повышение работоспособности чаще наблюдалось у медработников (52%) в сравнении с населением (24%) (p1-2=0,0039). Улучшение настроения также чаще отмечали медицинские работники (24%) и 6% населения (p1-2=0,0117). Появление чувства удовлетворения встречалось среди населения значительно реже в 8% случаев, а у медработников в 26%. Считали, что приём лекарственных средств никак не влияет на качество жизни 24% населения и 6% медработников (p1-2=0,0117).

Таким образом, уровень состояния своего здоровья более половины населения расценивали, как хороший, медработники реже указывали на хорошее состояние здоровья. Респонденты обеих групп чаще болели ОРВИ 2-3 раза в год. При ОРВИ исследуемые обеих групп чаще использовали противовирусные препараты, значительно реже антибиотики и средства народной медицины; из противовирусных препаратов чаще других применяли арбидол. Респонденты обеих групп чаще всего обращали внимание на применение, способ, противопоказания и побочные действия лекарственного препарата. Фармакодинамика, лечебный эффект и взаимодействие лекарственных средств чаще интересовали медработников. Уровень медицинской культуры исследуемых групп в отношении приверженности к ЗОЖ и выполнением предписаний врача недостаточный. Большая часть исследуемых считают, что прием лекарственных препаратов влияет на качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грипп. ОРВИ (клиника, диагностика, лечение): метод. рекомендации МЗ Красноярского края. – Красноярск, 2009. – 39 с.
2. Ерофеева, С. Б. Антигриппин максимум в лечении простуды / С. Б. Ерофеева // Фарматека. – 2010. - № 19 С.36 – 39.
3. Зайцева, О. В. Некоторые аспекты эффективности и безопасности респираторных заболеваний у детей / О. В. Зайцева // ConsiliumMedicum. – 2008. - №2. – С 8-13.
4. Использование жаропонижающих препаратов у детей с острыми респираторными инфекциями / Э. Э. Локшина, О. В. Зайцева, Е. С. Кешишян С. В. Зайцева, Г. Ю. Семина // Педиатрия. – 2010. - №2. – С 113-119.
5. Максакова, В. Л., Ерофеева М. И. Актуальные вопросы профилактики гриппа/В.Л. Максакова, М. И. Ерофеева // Фарматека. – 2013 - №15 С. 73-78.
6. Психологические аспекты общения с пациентами по созданию мотивации к сохранению здоровья. Учебно-методическое пособие для врачей и фельдшеров отделений, кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья врачей общей лечебной сети / М. М. Петрова, М. А. Березовская. – Красноярск : 2009. – 30с.
7. Чучалин, А. Г. Нам есть чем противостоять вирусным пандемиям / А. Чучалин // Медицинский совет. – 2012. - №1. - С. 5-7.

УДК 613.7

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Н.М. Горохова, Е.С. Закирова, В.В. Кузнецова, М.Е. Цуприкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО;

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии

Научные руководители: к.м.н., ст.преп. Селицкая О.В., к.м.н., доц. Яскевич Р.А.

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации: на их долю в числе умерших от всех причин приходится более 55% смертей. Самым распространенным модифицируемым фактором риска развития заболеваний, главным образом определяющие высокую смертность в нашей стране: инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака – является артериальная гипертензия (АГ) [3].

В современном обществе наблюдается значительная распространенность АГ, составляя 30-45% среди взрослого населения по данным зарубежных исследований и около 40% по данным российских исследований. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40%. (По данным экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии) [2].

Эффективное и безопасное длительное лечение артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время, несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, является не только медицинской, но и медико-социальной проблемой. Об АГ можно говорить как о неинфекционной пандемии. Это обусловлено большой распространенностью и высоким риском осложнений АГ – ишемической болезни сердца (ИБС), мозговых инсультов, сердечной и почечной недостаточности. Основная цель лечения пациентов

с АГ – снижение повышенного артериального давления (АД) и поддержание его на целевом уровне, а также улучшение качества жизни пациентов с АГ[5].

Результат анализа многочисленных данных подтверждает существенные преимущества комбинированной терапии над монотерапией при лечении пациентов, страдающих АГ: влияние препаратов различных классов на разные физиологические системы, вовлеченные в регуляцию АД; доказанное увеличение числа больных, отвечающих на лечение (достижение целевого уровня АД в 70-90% случаев при комбинированной терапии); нейтрализация контррегуляторных механизмов, направленных на повышение АД; уменьшение количества визитов к врачу; возможность более быстрой нормализации АД без увеличения частоты нежелательных явлений (нередко частота побочных реакций при применении комбинации препаратов даже снижается); частая потребность в быстром и хорошо переносимом снижении АД и/или достижении низких целевых значений АД в группах высокого риска; возможность расширения показаний для назначения [4].

На сегодня только комбинированная терапия является основой современной стратегии ведения пациентов, реально обеспечивающей возможность достижения целевых уровней АД [1].

Цель нашего исследования: оценить особенности комбинированной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании со стабильной стенокардией.

Для достижения поставленной цели мы сформулировали следующие задачи:

1. Изучить литературу по данному вопросу, провести выборку данных из историй болезни с созданием базы данных, проанализировать полученные данные;

2. Провести анализ особенностей фармакотерапии АГ (распространенность фармакологических групп и отдельных препаратов, комбинированная терапия, различные режимы дозирования) в изучаемых группах больных.

В нашей работе мы использовали следующие материалы и методы: данное исследование проводилось в г. Красноярске на базе 1 ТО клиники Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера. Оценка особенностей комбинированной терапии артериальной гипертензии у пациентов со стабильной стенокардией напряжения была основана на изучении данных из историй болезни. Было исследовано около 250 историй болезни, из которых только 60 отвечали следующим критериям:

Возраст старше 50 лет;

Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца;

Оба пола (и мужчины, и женщины).

Критерии исключения:

Постинфарктный кардиосклероз;

Сахарный диабет;

Заболевания почек;

Все виды аритмий.

Результаты выборки записей (в листе назначений) из историй болезни пациентов были сформированы в базу данных. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета прикладных про-грамм IBM SPSS Statistics 22.0. Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок и т.д.) и непараметрические критерии значимости (F- критерий Фишера).

В процессе исследования было изучено 60 историй болезни пациентов в возрасте от 50 лет до 81 года. Количество мужчин составило 27 (45%) и 33 женщины (55%). Подавляющее большинство пациентов имеют стабильную стенокардию напряжения третьего функционального класса - 32 человека, что составило (53,3±6,44%), второго функционального класса - 25 (41,7±6,36%), наименьшее количество составила стенокардия первого функционального класса, всего 3 (5±2,8%) соответственно. Гипертоническая болезнь первой степени в анамнезе имеют 4 пациента (6,7± 3,22%), второй степени 2 (3,3 ± 2,32%) и третьей степени 54 (90 ±3,87%) соответственно.

В результате обработки и анализа данных, было сформировано три возрастные группы: пациенты 50-59 лет (43,3%), 60-69 лет (40%), 70 лет и старше (16,7%).

В качестве комбинированной терапии наиболее часто использовались следующие комбинации препаратов бисопролол (конкор) и периндоприл (престариум) 16,7%, бисопролол (конкор) и амлодипин 13,3%, а также бисопролол (конкор) и рамиприл (амприлан) 10 %. Помимо комбинированной терапии использовалась в лечении данных пациентов и терапия одним препаратом, так наиболее часто проводилось лечение препаратом из группы б-адреноблокаторов бисопрололом (конкор) 33,3%, но значительно реже использовался: эгилек 3,3% , периндоприл (престариум) 5% и рамиприл (амприлан) 1,7%.

Таким образом, частота назначения и оптимальные дозы препаратов основных групп антигипертензивных препаратов различались в зависимости от возраста, пола и диагноза пациентов. Так, в возрастной группе 50-59 лет чаще других назначались комбинации препаратов бисопролол (7,5мг) + периндоприл (3,75мг) и бисопролол (1,875мг) + амлодипин (5,625мг) - по 36%; от 60 до 69 лет чаще назначалась комбинация бисопролол (5,625мг) + периндоприл (3,75мг) - 57%; у пациентов старше 70 лет наиболее часто назначались бисопролол (7,5мг) + рамиприл (7,5мг) - 67% (табл. 1,2). Среди мужчин в 58% назначалась комбинация бисопролол (3,5мг) + амлодипин

(7,1мг), а у женщин - бисопролол (10,8мг) + периндоприл (3,3мг) - 67% (табл. 3,4). У пациентов со стенокардией второго функционального класса чаще назначали бисопролол (4мг) + рамиприл (4мг) - 42%, с гипертонической болезнью - бисопролол (10,75мг) + периндоприл (3,5мг) - 48%.

Таблица 1

**Оптимальные дозы основных комбинаций антигипертензивных препаратов
в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	1 группа 50-59 лет	2 группа 60-69 лет	3 группа 70 лет и старше
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	7,5мг+3,75мг	5,625мг+3,75мг	5мг+2,5мг
бисопролол (конкор) + амлодипин	1,875мг+5,625мг	5мг+10мг	7,5мг+7,5мг
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	4мг+4мг	5мг+5мг	7,5мг+7,5мг

Таблица 2

**Частота назначения основных комбинаций антигипертензивных препаратов
в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	1 группа 50-59 лет	2 группа 60-69 лет	3 группа 70 лет и старше	Критерий Фишера
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	36%	57%	17%	$P_{(1,2)} = 0,35$ $P_{(1,3)} = 0,39$ $P_{(2,3)} = 0,17$
бисопролол (конкор) + амлодипин	36%	29%	17%	$P_{(1,2)} = 0,57$ $P_{(1,3)} = 0,39$ $P_{(2,3)} = 0,56$
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	28%	14%	66%	$P_{(1,2)} = 0,48$ $P_{(1,3)} = 0,14$ $P_{(2,3)} = 0,08$

Таблица 3

**Оптимальные дозы основных комбинаций антигипертензивных препаратов
в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	Мужчины	Женщины	Стенокардия II ф.к.	ГБ 3 степени
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	10мг+5мг	10,8мг+3,3мг	5мг+3,75мг	10,75мг+3,5мг
бисопролол (конкор) + амлодипин	3,5мг+7,1мг	0	5мг+10мг	5,8мг+6,7мг
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	5мг+3,75мг	6,6мг+7,5мг	4мг+4мг	6мг+6,5мг

Таблица 4

**Частота назначения основных комбинаций антигипертензивных препаратов
в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	Мужчины	Женщины	Критерий Фишера	Стенокардия II ф.к.	ГБ 3 степени	Критерий Фишера
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	8%	67%	$P_{(м,ж)} = 0,04$	29%	48%	$P_{(ст,гб)} = 0,33$
бисопролол (конкор) + амлодипин	58%	0	$P_{(м,ж)} = 0,02$	29%	29%	$P_{(ст,гб)} = 0,67$
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	34%	33%	$P_{(м,ж)} = 0,66$	42%	23%	$P_{(ст,гб)} = 0,30$

Практическая значимость исследования заключается в следующем: для лучшей приверженности к лечению комбинированной терапией рекомендуется использовать фиксированные формы лекарственных средств

(несмотря на высокую стоимость таких препаратов, они обеспечивают эффективность от их применения). Кроме того, необходимо внедрять в стационары и первичное медицинское звено, новые формы выпуска лекарств, дозы которых будут оттитрованы для оптимальной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ирхин, В. Н. Концептуальные положения здоровьеориентированной подготовки специалистов / В. Н. Ирхин, Н. И. Жернакова // Высшее образование в России. - 2008. - № 7. - С. 88-93.
2. Кузнецова, О. Ю. Профилактика для врачей общей практики / О. Ю. Кузнецова, И. С. Глазунова. - СПб. - 2004. - 232с.
3. Лобыкина, Е. Н. Диетологическая помощь населению в системе муниципального здравоохранения в условиях деятельности центров здоровья / Е. Н. Лобыкина, Ю. В. Рузаев // Здравоохранение РФ. - 2012. - №2. - С. 53-55.
4. Оганов, Р. Г. Руководство по медицинской профилактике / Р. Г. Оганов, Р. А. Хальфина. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2007. - 464с.
5. Сумин, С. А. Неотложные состояния. / С. А. Сумин. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство. - 2005. - 752с.
6. Шабров, А.В. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики / А. В. Шабров, В. Г. Мануйлова. - СПб. - 1997. - 297с.

616.72-002.77:615.03

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

О.Д. Гриценко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 1

Научный руководитель: д. м. н., проф. Шестерня П.А.

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов. [1] Согласно современной концепции терапии <<TreattoTarget>>, цель лечения ревматоидного артрита (РА) - достижение ремиссии или низкой активности заболевания (НАЗ), с максимально ранним применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) при неэффективности базисной противовоспалительной терапии. [4] Ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО α) занимают особое место среди ГИБП благодаря ключевой роли ФНО α в патогенезе РА. [3] Этанерцепт (ЭТЦ) - полностью человеческий анти-ФНО α препарат, содержащий растворимые рецепторы ФНО α , что обеспечивает низкую иммуногенность и высокую эффективность, за счет связывания не только ФНО α , но и лимфотоксина- α . [2]

Цель исследования - оптимизация применения ЭТЦ в лечении РА. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: оценить эффективность терапии этанерцептом, оценить функциональный статус пациентов до лечения и в динамике, оценить безопасность терапии ЭТЦ, сравнение существующих механизмов оценки «ответа» на терапию ЭТЦ, оценить длительности сохранения ремиссии или НАЗ после отмены препарата.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 29 пациентов (3 мужчин и 26 женщин) в возрасте 53 года [46,5; 57,5] с длительностью заболевания 5 лет [2; 8]. Критерии включения в исследование: пациенты старше 18 лет, подписавшие добровольное информированное согласие, с установленным диагнозом РА (по критериям EULAR/ACR 2010 г.), с функциональным классом не выше III, согласные на контрацепцию. У всех пациентов была высокая активность РА (DAS28-CPB > 5,1), не смотря на терапию метотрексатом в дозе ≥ 10 мг/неделю в течение не менее 3 месяцев. Из исследования исключались пациенты с высоким риском развития нежелательных явлений (НЯ), особенно, инфекционных. Дизайн исследования включал два периода: во время первого периода пациенты получали подкожные инъекции ЭТЦ в дозе 50 мг/неделю в течение 6 месяцев. После полугода терапии из исследования выбыли пациенты, не достигшие ремиссии или НАЗ, и пациенты, у которых развились серьезные нежелательные реакции. Оставшиеся пациенты были разделены на 2 группы: 14 пациентов продолжили получать ЭТЦ в дозы 50 мг/неделю, 10 пациентов в слепом режиме получали инъекции плацебо. Второй период исследования длился полгода. Всем пациентам до начала терапии и в динамике проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, иммунологические, инструментальные методы обследования, оценку ревматологического статуса, функционального индекса (HAQ), активности заболевания (DAS28-CPB, DAS28-COЭ). Эффективность лечения оценивалась по критериям EULAR и ACR. Безопасность терапии оценивалась по критериям STCAENH v.4.03. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 21.0. Статистическая значимость ($p < 0,05$) различий в связанных выборках для метрических показателей оценивалась по непараметрическому критерию Фридмана, ранговые параметры сравнивались по Q-критерию Кохрена; U-критерий Манна-Уитни ($p < 0,05$) использовался для оценки достоверности различий между группами после рандомизации. Для оценки степени корреляции использовался метод Спирмена.

Результаты. Статистически значимое снижение активности заболевания по DAS28-СОЭ и DAS28-СРБ было отмечено уже через 2 месяца терапии ЭТЦ: до лечения DAS28-СОЭ и DAS28-СРБ составляли $6,8 \pm 0,7$ и $6,2 \pm 0,6$ соответственно, а через 2 месяца - $4,7 \pm 1,3$ ($p=0,017$) и $3,9 \pm 1,1$ ($p=0,005$), и в динамике эффект нарастал (таблица 1). При этом была выявлена практически линейная корреляция между этими методиками оценки активности заболевания ($r \approx 0,899$, $p < 0,001$).

Таблица 1

Динамика DAS28-СОЭ и DAS28-СРБ

	Неделя 0	Неделя 4	Неделя 8	Неделя 16	Неделя 24
DAS28-СОЭ	$6,8 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,8$	$4,7 \pm 1,3$ ($p=0,017$)	$3,9 \pm 1,0$ ($p < 0,001$)	$2,7 \pm 0,5$ ($p < 0,001$)
DAS28-СРБ	$6,2 \pm 0,6$	$4,4 \pm 1,0$	$3,9 \pm 1,1$ ($p=0,005$)	$3,4 \pm 0,9$ ($p < 0,001$)	$2,6 \pm 0,6$ ($p < 0,001$)

До лечения у 100% пациентов была высокая активность заболевания, к 24 неделе терапии ремиссии достигли 52,2% пациентов, НАЗ – 30,4% (по DAS28-СРБ); по DAS28-СОЭ ремиссии достигли 35,3 %, НАЗ – 58,8 %. Зарегистрировано статистически значимое улучшение функционального статуса: индекс HAQ до лечения - $1,99 \pm 0,6$, через месяц - $1,36 \pm 0,6$ ($p=0,048$); через полгода терапии - $0,7 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). Наблюдался ответ на терапию по критериям EULAR (таблица 2).

Таблица 2

Ответ на терапию по критериям EULAR

	Неделя 4	Неделя 8	Неделя 16	Неделя 24
Хороший	0 %	18 %	35 %	94 %
Удовлетворительный	94 %	76 %	59 %	6 %
Нет эффекта	6 %	6 %	6 %	0 %

Наблюдалась динамика ответа на лечение по критериям ACR: через 4 недели терапии 95,8% больных достигли ACR20, через полгода 79,2% достигли ACR70. Наблюдалось статистически значимая динамика ответа на лечение по критериям ACR70 через 16 недель после лечения (к 16 неделе 52,9% пациентов достигли ACR70, $p=0,006$) и через полгода ($p < 0,001$).

После рандомизации, на 24 неделе терапии, группа 1 (ЭТЦ) и группа 2 (плацебо) были сопоставимы по всем оцениваемым показателям (DAS28-СРБ, общая оценка активности заболевания врачом и пациентом, функциональный индекс HAQ). Наиболее ранним маркером в нашем исследовании был DAS28-СРБ. Через 3 месяца в группе 1 показатель составил $2,5 \pm 0,6$; в группе 2 – $3,3 \pm 0,9$ ($p=0,019$).

НЯ в течение 1 года терапии были зарегистрированы у 19 больных (65,5 %). Наиболее частыми были: постинъекционные реакции (зарегистрированы у 7 пациентов; ни в одном из случаев не потребовали отмены ЭТЦ, легко купировались приемом антигистаминных препаратов); повышение АЛТ и АСТ (зарегистрировано у 7 пациентов, из них у 2 пациентов повышение составило менее 2 верхних границ нормы (ВГН), у 3 пациентов – 2-3 х ВГН, у 1 пациента – 3-5 х ВГН, у 1 пациента – более 5 ВГН; лечение временно приостанавливалось 3 пациентам, 1 пациенту препарат был отменен в следствие развития токсического гепатита); инфекционные НЯ (развились у 5 пациентов; лечение временно приостанавливалось 2 пациентам, 3 пациентам препарат был отменен). У двоих пациентов развились лимфоидные реакции, которые также послужили причиной для отмены препарата. Таким образом, ЭТЦ показал хороший профиль безопасности, в большинстве случаев НЯ носили легкий и умеренный характер.

Выводы:

1. Терапия ЭТЦ в сочетании с метотрексатом является высокоэффективной – в течение 6 месяцев лечения ремиссия или низкая активность заболевания достигнута у 82,6% больных (DAS28-СРБ), 100% пациентов ответили на лечение, 79,2 % достигли ACR70.
2. Ответ на терапию наблюдается уже после первого месяца лечения (удовлетворительный ответ по критериям EULAR у 94%).
3. Калькуляторы DAS28-СОЭ и DAS28-СРБ продемонстрировали практически линейную корреляцию в оценке активности РА на фоне лечения ($r \approx 0,899$, $p < 0,001$).
4. Длительность сохранения ремиссии/НАЗ составила 3 месяца: DAS28-СРБ в группах этанерцепта/плацебо = $2,5 \pm 0,61$ / $3,3 \pm 0,95$ ($p=0,019$).
5. Местные постинъекционные реакции были зарегистрированы у 36,8% пациентов, были легкими, не требовали отмены препарата.

6. Нежелательные явления во время терапии этанерцептом были отмечены у 65,5 % больных, при этом, тяжелые нежелательные явления, потребовавшие лечения и отмены этанерцепта зарегистрированы у 31,6 % больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Сигидин Я. А. Препарат этанерцепт в современной ревматологии /Сигидин Я.А., Лукина Г.В. // Научно-практическая ревматология. - 2010. - № 3. - С. 78 – 82.
3. Эффективность этанерцепта у больных ревматоидным артритом (результаты российского многоцентрового исследования ЭТАЛОН) / А.О. Пчелинцева, Е.Ю. Панасюк, О.Ф. Рябцева и др. // Научно-практическая ревматология. – 2013. – Т. 51, № 6. – С. 639 – 645.
4. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. / Smolen J.S., Landewe R., Breedveld F.C., et al. // Annals of the Rheumatic Diseases. - 2014. - 73(3). - P. 492–509.

УДК: 616.379-008.64-06:61

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.С. Давыдова, М.В. Кукшинова

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

к.м.н., проф. Кочетова Л.В., асс. Куликова А.Б.

При сахарном диабете появляется угроза костной деформации стоп, которые в большинстве случаев приводят к СДС, снижающих качество жизни и трудоспособность. В тяжелых случаях при синдроме диабетической стопы приходится ампутировать конечность. Причиной их возникновения является множество факторов, в большей степени имеет влияние остеопения..

Раннее развитие остеопении стоп при сахарном диабете диагностируется с помощью рентгенографии и ультразвуковой денситометрии, практически у всего населения старшего поколения, страдающих данным заболеванием. Однако частота этого заболевания у разных контингентов больных СД требует уточнения.

Основное количество исследователей полагают, что наиболее тяжелая степень остеопенического синдрома развивается у больных, с длительностью СД более 10 лет

Нами было проведено ретроспективное исследование, базирующиеся на данных, полученных из архива НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО «РЖД». Мы выбрали все истории болезни пациентов с сахарным диабетом за 2015-2016 года, проходящих лечение на базе второй хирургии и терапии. Исследование проводилось на аппарате Ультразвуковой денситометр Фирмы Omnisense 7000S. Прибор позволяет определить Т и Z индексы, а так же скорость прохождения звука, кроме этих показателей аппарат имеет программу позволяющую качественно измерить плотность костной ткани и диагностировать степень остеопении и остеопороза.

В исследование вошло в 66 больных сахарным диабетом 2 типа, из них 26 мужчин и 40 женщин.

Было проведено распределение больных по группам в зависимости от давности заболевания сахарным диабетом 2 типа. В первую группу со сроком заболевания до 5 лет вошло 16 человек, во вторую с давностью заболевания до 10 лет вошло 19 человек, и в 3 группу с давностью заболевания до 15 лет вошло 31 соответственно.

Для выявления зависимости изменений показателей денситометрии и сроком давности заболевания сахарным диабетом 2 типа нам необходимо сравнить у всех исследуемых групп каждый показатель по отдельности.

При сравнении скорости звука у первой группы с давностью заболевания до 5 лет на лучевой кости составляет $4107,56 \pm 22,52$; на большеберцовой кости $3892,38 \pm 39,43$. У второй группы с давностью заболевания до 10 лет показатели составляют на лучевой кости $4089,42 \pm 26,09$; на большеберцовой кости $3812,37 \pm 17,92$. На лучевой кости видимых изменений не наблюдается ни у 1, ни у 2 группы; а на большеберцовой кости видны незначительные изменения скорости прохождения звука. У третьей группы с давностью заболевания более 10 лет показатели скорости звука на лучевой кости составляют $4092,35 \pm 21,38$; на большеберцовой кости $3705,35 \pm 29,38$. Таким образом, при сравнении скорости прохождения звука на лучевой и большеберцовой кости у больных с нейроишемической формой значимо снижалась на большеберцовой кости у третьей группы со сроком заболевания только более 10 лет.

Мы получили данные Т и Z индексов на лучевой кости у 3 групп: у первой группы со сроком заболевания до 5 лет Т – индекс составил 0,15, Z – индекс 0,85; у второй группы со сроком заболевания до 10 лет Т – индекс составил -0,70, Z – индекс 0,10; у третьей группы со сроком заболевания более 10 лет Т – индекс составил -0,40;

Z – индекс 0,60. Значительные изменения были выявлены при изучении T и Z индекса, причем у больных 1 группы T и Z индексы были в пределах нормы, у 2 группы уже со сроком заболевания более 5 лет T и Z индекс резко снижались, т.к. преобладает резорбция кости; у 3 группы показатели выше, чем у 2 группы — плотность кости увеличивается за счет деформации и уплотнения ткани.

А при получении T и Z – индексов на большеберцовой кости у трех групп были выявлены следующие результаты: у первой группы со сроком заболевания до 5 лет T – индекс составил -0,45, Z – индекс -0,10; у второй группы со сроком заболевания до 10 лет T – индекс составил -0,90, Z – индекс 0,40; у третьей группы со сроком заболевания более 10 лет T – индекс составил -1,80; Z – индекс 0,50. Если на лучевой кости плотность снижается у 2 группы со сроком заболевания более 5 лет, то на большеберцовой кости со сроком заболевания изменения плотности появляются уже у первой группы с давностью заболевания до 5 лет, что говорит о том, что первоначальные изменения костного метаболизма происходят на уровне большеберцовой кости, а лучевая кость страдает в последнюю очередь.

При сравнении трех групп по степени изменений костного метаболизма на большеберцовой кости по количественному составу мы выявили:

1. В первой группе по давности заболевания до 5 лет количество больных без нарушений костного метаболизма составляет 13 человек (52%); больных с остеопенией 10 человек (40%); больных с остеопорозом составляет 1 человек (4%)
2. Во второй группе по давности заболевания до 10 лет количество больных без нарушения костного метаболизма составляет уже 12 человек (25%); больных с остеопенией – 19 человек (39,6%); количество больных с остеопорозом в отличие от первой группы возросло – 17 человек (35,4%).
3. В третьей группе по давности заболевания более 10 лет количество больных с нормальным костным метаболизмом резко снижается по сравнению с первой и второй группами – 3 человека (6,3%); количество больных с остеопенией 25 человек (52,1%); больных же с остеопорозом 20 человек, что составляет 41,7%.

Таким образом, у больных 1 группы со сроком заболевания до 5 лет изменения в костной ткани выявлены только у 44% случаев (локальные изменения); в то же время у больных 2 группы 75%; в 3 группе со сроком заболевания более 10 лет выявлены серьезные нарушения костного метаболизма, причем изменения организменного уровня, что требует обязательной коррекции и добавления в лечение больных сахарным диабетом препаратов биофосфатов кальция.

1. У больных сахарным диабетом изменения минеральной плотности кости начинаются с нижних конечностей.
2. Степень снижения Минеральной плотности костей нижних конечностей зависит от длительности заболевания.
3. Необходимо выделить больных с длительностью заболевания более 5 лет в группу риска

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусова А.А. Риск переломов у больных сахарным диабетом.//Клиницист. – 2007. – №4.- С. 11-17
2. Международное соглашение по диабетической стопе. М.: Берег, 2000
3. Мкртумян А.М. Оценка состояния костной ткани у больных сахарным диабетом.// Остеопороз и остеопатия. – 2000.- №1.-С. 27-30
4. Варганян К.Ф. Патология костной ткани при сахарном диабете.// Остеопороз и остеопатия. – 1999 - №4. Стр. 31-33.
5. Чечурин Р.Е., Аметов А.С., Рубин М.П. Сравнительная оценка рентгеновской денситометрии скелета и ультразвуковой денситометрии пяточной кости// Остеопороз и остеопатия. – 1999. - №4 – с.7-10.
6. Руководство по остеопорозу./ Под ред. Л.И. Беневоленской.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2003
7. Остеопороз./под ред. О.Л. Лесняк, Л.И. Беневоленской. – 2-е издание., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 272 с.

УДК 618.177

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ КАК КОМПЛЕКС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Н.С. Доброходская

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: Лушников Д.В.

Проблема бесплодия в настоящее время гораздо серьезнее, чем была раньше, несколько веков назад. Если взять всех бесплодных пар за 100%, то у 33,3% бесплодным является мужчина, ещё у 33,3% бесплодным является женщина, а у оставшихся пар, бесплодными являются оба партнёра.

Причинами бесплодия может быть пороки в развития половой системы, нарушение функций половых органов сильными интоксикациями и общими заболеваниями организма, а также психические и неврологические расстройства. Бесплодие не относится к группе самостоятельных болезней, оно всегда появляется в результате различных заболеваний организма.

С точки зрения медицины бесплодие – это когда в течении 2-х лет, при регулярной половой жизни, беременность не наступает. С точки зрения психологии – психологическое бесплодие – это фактор, мешающий зачатию ребенка по причинам, не связанным с физическим состоянием потенциальной матери или потенциального отца, поэтому во врачебной среде больше распространен термин «психологические причины бесплодия» или «психологический фактор бесплодия».

Невозможность забеременеть не всегда объясняется физиологическими причинами. Иногда эти причины – психологические. По некоторым данным, около 30% пар, обращающихся к врачам по поводу бесплодия, страдают именно психологическим бесплодием.

В последнее время все чаще при обнаружении бесплодия говорят о значимости психологического фактора. Именно поэтому во многих медицинских центрах уже во время обследования супружескую пару направляют к медицинскому психологу.

Кроме того, психологический фактор может быть одной из причин и вторичного бесплодия. Как правило, ситуации, когда после появления первого ребенка второго никак не удастся зачать, имеют вполне объяснимые основания.

К причинам психологического бесплодия относятся:

Хронический стресс или слишком сильное желание иметь детей, заикленность на мечте о материнстве – не страх забеременеть, а, напротив, страх не забеременеть. Эволюционно так было устроено, что когда человек пребывал в «подвешенном» или опасном положении (а именно об этом сигнализирует стресс), организм блокировал возможность размножения, иначе и человек, и потомство погибли бы. Времена меняются, но сложившиеся реакции остаются с нами. Поэтому в случае бесплодия, прежде всего, необходимо работать с уровнем стресса в паре. Именно этой причиной можно объяснить тот факт, что многие семьи «беременеют», как только перестают уделять попыткам много внимания. Заикленность на проблеме – это все тот же хронический стресс, и когда он пропадает, исчезает причина бесплодия.

Страхи:

- страх прерывания беременности (если в анамнезе было прерывание беременности -аборт, самопроизвольный выкидыш, замершая беременность);
- страх перед изменениями в будущем;
- страх перед родами у женщин;
- страх ответственности;
- страх потери красоты у женщин;
- страх потерять работу;
- страх не суметь вырастить ребенка;
- страх глобальных катаклизмов и войн;
- страх потери ребенка и т.д.

Все они действуют по принципу хронического стресса, вызывая выработку адреналина и других химических веществ, которые делают невозможным зачатие. Страх необходимо осознать и принять, ведь он всегда дает что-то положительное, оберегает вас от чего-то. Иногда в его основе лежит неопределенность – отсутствие представлений о предмете страха.

Изложенные соображения, обусловили цель исследования: изучить медико-психологические факторы женского бесплодия.

Объектом является женское бесплодие.

Предметом – медико-психологические факторы женского бесплодия.

В гипотезе мы предположили, что к медико-психологическим факторам женского бесплодия относятся генетические, эндокринные и эмоциональные факторы.

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы исследования необходимо решить следующие основные задачи:

1. Подобрать методическое обеспечение для исследования медико-психологических факторов.
2. Провести эмпирическое исследование психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием.
3. Изучить истории болезни женщин, страдающих бесплодием.
4. Провести беседу с генетиком.
5. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы.

Методы: теоретический анализ литературы, беседа, изучение амбулаторных карт пациентов, опросник определения доминирующего состояния и настроения Куликова Л.В.

Экспериментальная часть исследования выполнена в Красноярском центре репродуктивной медицины. Было обследовано 30 женщин репродуктивного возраста.

Первым этапом исследования было изучение историй болезни, в котором мы выявили статистические данные заболеваний мужчин и женщин, обратившихся в репродуктивный центр.



Рисунок 1. Анализ факторов по медицинским картам за 2015

На рисунке 1 мы видим, что факторы мужской и трубно- перитонический фактор доминируют у 35% женщин, синдром истощенного яичника – у 15% пациенток, эндометриоз и другие сопутствующие заболевания являются фактором риска у 10 %, смешанный (мужской и женский) фактор присутствует у 5% пар.

Следующим шагом было проведение беседы с ведущим генетиком репродуктивного центра Марковой Е.В., в которой было выяснено, что у женщин присутствует синдром Тернера (45, X0) и мутация в гене 21-гидроксилазы, что приводит к развитию адрено-генитального синдрома. У мужчин же выражены синдром Клайнфельтера (47, XXУ), аплазия семявыносящих канальцев, а микроделеция (выпадение) у Y хромосомы приводит либо к полному отсутствию сперматозоидов в эякуляте или единичных (тяжелая олигозооспермия). Общим для обоих полов является нарушение численного состава хромосом, генные мутации, робертсоновская транслокация (45 XY, t (13,14)), и структурные транслокации.

Консультации генетика проводятся если в семье есть генетические нарушения у родственников, или если семейная пара имеет ребенка с генетическими нарушениями. Если семейная пара бесплодна, то это может быть обусловлено генетическими нарушениями как у женщины, так и у мужчины, иногда встречается и сочетанные. Анализы сдают на: молекулярно-генетическое исследование (мутация в единичных генах), исследование кариотипа (структуры хромосом).

Известно, что сильные эмоциональные напряжения влияют на деятельность всех органов и систем, в том числе они могут нарушать работу репродуктивной системы. Нередки ситуации, когда для лечения бесплодия женщина использует дорогостоящие препараты, но при этом не считает нужным обратить внимание на свое психологическое состояние. Мы провели психологическое тестирование женщин и выявили следующие данные:

- по шкале **«Ак»**: **«активное — пассивное отношение к жизненной ситуации»** 14% женщин получили высокие оценки и 47% - низкие, что выражается в пассивном отношении к жизненной ситуации, а в оценке многих жизненных ситуаций преобладает пессимистическая позиция, неверие в возможность успешного преодоления препятствий;

- по шкале **«То»**: **«тонус: высокий — низкий»** для 34% респондентов характерна высокая активность, стеническая реакция на возникающие трудности, для 16% - усталость, несобранность, вялость, инертность, низкая работоспособность;

- по шкале **«Сп»**: **«спокойствие — тревога»** 27% женщин имеют высокие оценки и 14% - низкие. Высокие оценки: большая уверенность в своих силах и возможностях, чем у большинства людей. Низкие оценки: наличествует склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу престижу, благополучию, независимо от того, насколько реальны причины;

- по шкале **«Ус»**: **«устойчивость — неустойчивость эмоционального тона»** у 64% пациентов преобладает ровный положительный эмоциональный тон, спокойное протекание эмоциональных процессов. Высокая эмоциональная устойчивость, в состоянии эмоционального возбуждения сохраняется адекватность и эффективность психической саморегуляции, поведения и деятельности;

- по шкале **«Уд»**: **«удовлетворенность — неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)»** 10% испытуемых удовлетворены жизнью в целом, ее ходом, самореализацией, тем, как идет жизнь, достаточно высокая оценка личностной успешности. 17% - испытывают неудовлетворенность жизнью в целом, ее ходом, процессом самореализации и тем, как именно в настоящее время разворачиваются основные жизненные события. Низкая оценка личностной успешности. Часто характерен уход в сомнения, который позволяет уклониться от необходимости делать жизненный выбор, прислушиваясь прежде всего, к самому себе, принимая на себя ответственность за то, что с тобой происходит.

Полученные результаты открывают перспективу поиска и обосновывают необходимость применения дифференцированных подходов к методам коррекции психоэмоциональных состояний при бесплодии. Цель исследования достигнута, задачи выполнены, гипотеза подтверждена частично, а именно: эндокринный фактор является вторичным.

Таким образом, мы видим, что бесплодие является следствием влияния разных факторов. Затрагиваются такие значимые сферы женщины, как ее эмоциональное состояние и соматическое здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб., 1997.
2. Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, чувств и психологической устойчивости личности. Описание методик, инструкции по применению. СПб., 2003.

УДК 616-053.32-06:618.5-

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭНМТ И НМТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ИЗВЛЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Т.И. Димитренко, А.А. Путова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

асс. Дудина А.Ю

Актуальность проблемы преждевременных родов является неоспоримой, особенно после внедрения в систему родовспоможения новых критериев о живорождении. С 2012 года преждевременными родами считаются роды с 22 недель гестации, массой плодов 500 грамм и более, в связи, с чем отметился рост частоты преждевременных родов [8].

Ежегодно в мире около 15 млн. детей рождаются преждевременно, более 1 млн. из них погибают на первом году жизни, а среди выживших, к сожалению, оказывается немало лиц с ограниченными возможностями [7,13].

На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности [6,9,10]. Из выживших новорождённых здоровыми оказываются не более 10–25%. [12]. Факт рождения недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), является психологической нагрузкой для членов семьи и их окружающих, социальной нагрузкой для общества. Проблема связана с высокой стоимостью выхаживания таких детей, высокой частотой инвалидности [5]. Однако, с каждым годом младенческая смертность постепенно сокращается, что связано с прогрессом перинатальной службы, наметившемся тренде - отношение к плоду, не как к продукту зачатия, а как к пациенту не зависимо от срока гестации [2,3]. Совершенствование неонатальной помощи позволяет снизить неонатальную и перинатальную смертность в 4-10 раз [9,10]. Инвалидность детей, родившихся преждевременно и/или с низкой массой тела, в значительной мере связана с неблагоприятными воздействиями во время процесса родов [3].

Одним из механизмов, позволяющих снизить заболеваемость и смертность среди недоношенных, является выбор метода родоразрешения, а также особых технологий применяемых во время операции кесарева сечения [1,2,3]. По мнению Кулакова В.И., Сидельниковой В.М. (2006г.), «тремя китами» на которых строится здоровье недоношенного, являются - уровень внутриутробного благополучия, срок беременности и тактика родоразрешения [13]. Кесарево сечение, по мнению ряда авторов, является операцией, достоверно снижающей частоту интранатальной травмы [15]. Одной из таких технологий, является извлечение в целом плодном пузыре и плодово-плацентарном комплексе [2,3,11].

У недоношенных детей с НМТ и ЭНМТ, многие органы и системы ещё не сформированы окончательно, в связи, с чем частота родовых травм у новорождённых при преждевременных родах оказывается в 7 раз выше, чем при своевременных [3]. К этому предрасполагают характерные черты недоношенных: относительно большая голова с преобладанием мозгового черепа, мягкие кости черепной коробки, открытые черепные швы, в том числе боковые роднички. Позвоночные артерии так же не зрелы, что позволяет легко сдавливаться при родах. Поражение спинального дыхательного центра приводит к дыхательным расстройствам ребенка [11,12]. Характерна высокая частота травм паренхиматозных органов, таких как печень и селезенка [14]. Опасности для плода, которые с этим сопряжены, требуют, чтобы ведение преждевременных родов было максимально бережным. Сосудистая система головного мозга недоношенного испытывает нагрузки не только при прохождении через родовой канал, но и при проведении стандартной методики кесарева сечения [11].

В этом контексте такая модификация кесарева сечения, при которой извлечение ребёнка из полости матки осуществляется в целом плодном пузыре и плодово-плацентарном комплексе, обеспечивая тем самым своео-

бразную механическую защиту [2,3,11,12]. При данной методике полностью исключены тракции за головку, чреватые избыточной нагрузкой на позвоночник ребёнка. Также риск повреждения плода скальпелем, частота данного осложнения может достигать 2% [15].

Фаткулиным И.Ф., Ахмадеевым Н.Р. проведено исследование при извлечении плодов при многоплодных беременностях в целом плодном пузыре, в котором выявлено, что данная методика позволяет снизить интенсивность реанимационных мероприятий, а также частоту и выраженность неврологических осложнений [2].

По данным Башмаковой Н.В. кесарево сечение в плодово-плацентарном комплексе позволяет сохранить тепловую цепочку, при передаче новорожденного с операционного стола на реанимационный столик, что позволяет повысить показатели выживаемости [3, 4].

Вопросы о способе родоразрешения при преждевременных родах по-прежнему являются актуальными и дискуссионными. Вместе с тем не существует четких рекомендаций относительно выбора метода досрочного родоразрешения при преждевременных родах, техники выполнения операции кесарева сечения при извлечении недоношенного ребенка [4,7].

В данном исследовании мы попытались оценить перинатальные исходы недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ в зависимости от способа извлечения во время операции кесарева сечения.

Техника кесарева сечения, применяемая в данном исследовании, следующая - проводится лапаротомия, скальпелем рассекают матку на 1–2 см до плодных оболочек или до плодово-плацентарного комплекса, не повреждая их, затем ножницами дугообразно продолжают доступ в поперечном направлении под контролем двух пальцев, введенных между стенкой матки и оболочками, на длину, достаточную для извлечения плода. При очень ранних преждевременных родах (22–27 нед) и несформированном нижнем сегменте оправдан продольный истмико-корпоральный разрез матки. Затем, осторожно отслаивают плодный пузырь или плодово-плацентарный комплекс от стенок матки рукой; выводят головку плода из полости матки, бережно и плавно надавливая на дно матки через переднюю брюшную стенку, извлекают плод в целом плодном пузыре до плечевого пояса или целиком, вскрывают оболочки и пересекают пуповину.

В данном исследовании приняли участие 16 беременных, 17 новорожденных рожденных в сроке гестации 25-37 нед. Клинические методы исследования включали: анализ клинко-анамнестических данных, общую оценку статуса новорожденного по шкале Апгар, определение гемоглобина на первые сутки после родов, количество дней на ИВЛ, на НСРП, количество койко-дней на втором этапе выхаживания новорожденных, частота осложнений в неонатальном периоде.

Полученные результаты: средний возраст беременных, составил 30 ± 5 лет. Паритет: количество беременностей $2,25 \pm 0,85$; количество родов $1,81 \pm 0,66$; количество аборт $0,19 \pm 0,4$

Были в анамнезе: рубец на матке – 18,75 %, ожирение I, II, III ст. – 18,75 %, перитонеальные потери – 12,5 %, ЭКО+ИКСИ – 12,5 %, бесплодие – 12,5 %, умеренная преэклампсия -12,5 %, анемия I ст. – 12,5 %, умеренная тромбоцитопения – 12,5 %, миопия - 12,5 %, ГБ – 12,5 %, хроническая АГ- 6,25 %, СД – 6,25 %.

Все они были родоразрешены с помощью операции кесарева сечения в экстренном порядке. Показанием к досрочному родоразрешению явилось: декомпенсация плацентарной недостаточности 56,25 %, многоплодная беременность 18,75%, тяжелая ПЭ 12,5 %, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 6,25 %, вторичная слабость родовой деятельности – 6,25 %. Данные представлены в диаграмме № 1.



Диаграмма № 1

По сроку гестации новорожденные были распределены следующим образом: до 28 нед. - 18,75 %, 28-32 нед. – 37,5 %, 32-34 нед. – 31,25 %, >34 нед. – 12,5%. Данные представлены в диаграмме № 2.

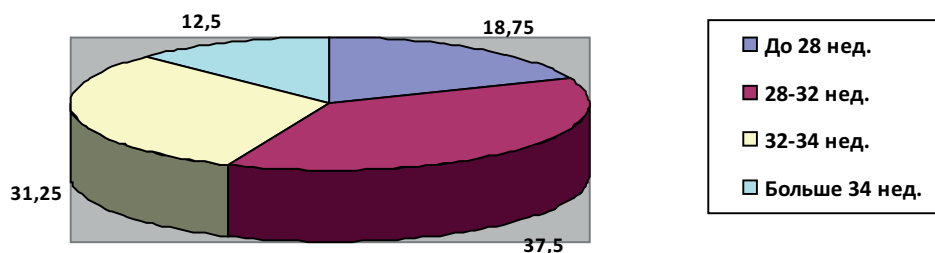


Диаграмма № 2

Плоды извлеченные в целом плодном пузыре – 42,2 % (7), плоды извлеченные в целом плодово-плацентарном комплексе – 58,8 % (10).

Средняя масса плодов $1313,8 \pm 578,8$ г. Рост $39,9 \pm 5,1$ см.

По шкале Апгар новорожденные оценены на первой минуте на $4,65 \pm 2,5$. На пятой минуте 58,8% на ИВЛ, а остальные 41,2% на 8, $1 \pm$ балла.

Проводилась оценка гемоглобина у новорожденных на первые сутки, который составил $19,7 \pm 5,2$ г/дл

При анализе средней продолжительности дней на ИВЛ составила $71,8 \pm 74,9$ часов, средняя продолжительность пребывания НСРАР составила 145 ± 400 часов. Данные представлены в диаграмме № 3.

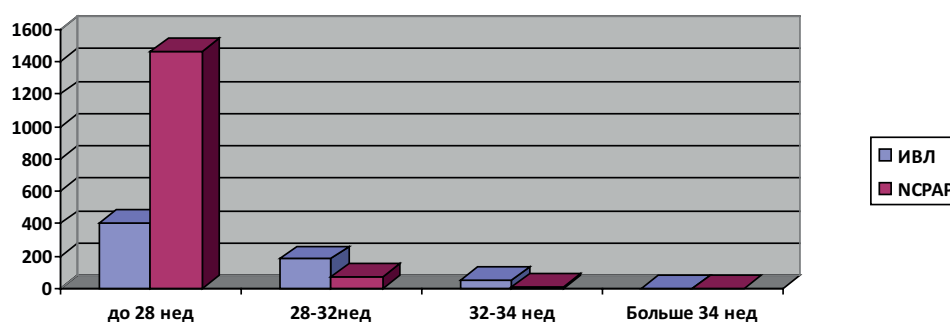


Диаграмма № 3

Средняя продолжительность дней проведенных на втором этапе: $83,8 \pm 17,7$ дней.

Осложнения: Неонатальная желтуха – 52,9 %, РДС – 41,2 %, ретинопатия II ст. – 23,5%, открытые фетальные коммуникации: открытый артериальный проток, открытое овальное окно – 17,6 %, гипоксически – ишемические поражения головного мозга – 11,8 %, гипоксически - геморрагические поражения головного мозга -11,8 %, остеопения – 11,8 %, неонатальная гипогликемия – 11,8 %, бронхолегочная дисплазия – 11,8 %, гастро-эзофагеальный рефлюкс – 11,8 %, пупочные грыжи – 11,8 %, НЭК- 5,8 %, лейкомаляция – 5,8 %, смерть – 0 %.

Таким образом, при применении технологий бережного извлечения во время операции кесарева сечения, в целом плодном пузыре и плодово-плацентарном комплексе, улучшаются перинатальные исходы: синдрома анемизации не зафиксировано, аспирационный синдром не выявлен, низкий процент гипоксически – ишемических поражений головного мозга, гипоксически-геморрагических поражений головного мозга, остеопений, неонатальной гипогликемии, бронхолегочной дисплазии, гастро-эзофагеального рефлюкса, пупочных грыж, НЭК, лейкомаляции. Травм паренхиматозных органов и смерти плода не выявлено. Данный метод может быть рекомендован как преимущественный при извлечении плодов с ЭНМТ и НМТ во время операции КС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артымук, Н.В. Исходы недоношенной беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек / Н.В. Артымук, Н.Н. Елизарова, В.И.Черняева // Мать и дитя в Кузбассе. - 2015. - № 2. - С. 98-101.
2. Ахмадеев, Н.Р. Извлечение плодов в целом плодном пузыре при абдоминальном родоразрешении двоен / Н. Р. Ахмадеев., И.Ф. Фаткуллин //Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - №2 - ч. 1 (58) - С. 14-17.
3. Башмакова, Н.В. Сверхранние преждевременные роды: новые результаты / Н.В. Башмакова // Status Praesens.- 2014.- № 6 – С.13-19
4. Башмакова, Н.В. Сверхранние преждевременные роды в Уральском федеральном округе: проблемы и перспективы / Н.В. Башмакова, Г.Б. Мальгина, А.М. Литвинова // Акушерство и гинекология. – 2014. - № 7 - С. 48-52
5. Керчелаева, С. Б. Анализ перинатальных исходов при преждевременных родах / С. Б. Керчелаева, О. В. Кузнецова, А. В. Тягунова // Лечащий врач. - <http://www.lvrach.ru/2015/07/15436263/>
6. Кулавский, Е. В. Актуальные проблемы в современном акушерстве / Е. В. Кулавский, В. А. Кулавский //Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. - № 1 – том - С. 49-53

7. Лукаев, А.А. Перинатальный риск при преждевременных родах: автореф. канд. мед. наук / А.А. Лукаев. – Москва, 2015. – 24 с.
8. Ляличкина, Н.А. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему) / Н.А. Ляличкина, Л.П. Пешев, Г.В. Фомина // Fundamental research. - 2015. - № 1 - С. 294-297.
9. Проблема XXI века - преждевременные роды / О. Г. Пекарев, Н. В. Оноприенко, П. Ю. Штуккина и др. // Медицина и образование Сибири. - 2013. - №4 - http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1068
10. Усанов, В. Д. Акушерские аспекты преждевременных родов. Современные представления / В. Д. Усанов, А.Ф. Штах, М. В. Ишкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. - № 1 - С. 120-128.
11. Фаткуллин, Ф. И. Выбор метода оперативного родоразрешения при преждевременных родов / Ф. И. Фаткуллин // Казанский медицинский журнал. - 2008 - №5 - том 89 – С. 610-611
12. Фаткуллин, Ф.И. Рождение в рубашке / Ф.И. Фаткуллин // Status Praesens.- 2012.- № 1 – С.27-31
13. Чернигова, И.В. Особенности ведения очень ранних преждевременных родов: автореф. канд. мед. наук / И.В. Чернигова. - Москва, 2014. – 190 с.
14. Gruenwald, M.D. Rupture of liver and spleen in the newborn infant / M.D. Gruenwald // The journal pediatrics. – 1948 - № 8 – Vol. 33 – P. 195–201
15. Linder, N. Birth trauma - Risk Factors and Short Term Neonatal Outcome / N. Linder, I.Linder, E. Fridman // J. Matern. Fetal Neonatal Med. - 2013. - Vol. 26 - N 15 - P. 1491-1495.

УДК 159.9.072.433

РАЗЛИЧИЯ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л.Д. Дмитриева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Лисняк М.А.

Ежегодно в России медики обнаруживают примерно пятьсот тысяч людей с онкологической патологией, в мировых масштабах счет приближается к десяти миллионам людей. Таким образом, можно без особенного труда подсчитать, что каждый день примерно двадцать семь тысяч людей на нашей планете слышат диагноз «рак». В России суточное количество впервые выявленной онкологической патологии равняется полутора тысячам людей.

Актуальность проблемы подтверждает и тот факт, что ежедневно появляется до 400 научных публикаций, и каждая из них несет в себе определенную долю знаний об онкологии. Но, не смотря на это, рак по-прежнему до конца не изучен, вопросы диагностики, лечения и профилактики остаются открытыми.

Еще одной актуальной проблемой онкологических больных является их психологическое состояние. Специалистам немаловажно постараться сохранить удовлетворительное психологическое состояние больного, так как это в определенной степени влияет на прогноз заболевания. Типичная реакция онкологического больного на возникшие проблемы со здоровьем заключается в ощущении своей беспомощности, отказе от борьбы. Чем больший негативный заряд для пациента имеет критическая ситуация, тем большую потенциальную опасность для выздоровления это представляет.

Отношение к болезни интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие внутренней картины болезни: это и знание болезни, её осознание личностью, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью.

Клиническое многообразие проявлений девиаций поведения у хронически больных связано с влиянием самой болезни, а также с сопутствующими любому заболеванию факторами. Болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

- 1) вероятность летального исхода;
- 2) вероятность инвалидизации и хронификации;
- 3) болевая характеристика болезни;
- 4) необходимость радикального или паллиативного лечения;
- 5) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения;
- 6) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме;
- 7) влияние болезни на семейную и сексуальную сферы;
- 8) влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

На сегодняшний день различают двенадцать разновидностей типов отношения к болезни, возникающие в условиях его хронического соматического заболевания. Типы объединены в блоки:

Первый блок включает типы отношения к болезни и поведения, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический.

Во второй и третий блоки включаются типы поведения, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический.

В третий блок входят поведенческие типы с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический.

Несмотря на высокую актуальность типы отношения к болезни до и после операционного вмешательства у онкологических больных изучены недостаточно. Для восполнения пробела в значимой для лечебного процесса информации было запланировано и проведено исследование на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов: теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретация научных данных); эмпирические методы (наблюдение, беседа, опрос, блок психопсихологических методик для исследования мышления, методы количественного и качественного анализа, статистические методы). Для психологической диагностики типов отношения к болезни мы использовали методику ТООБЛ. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный

В исследовании приняли участие 27 пациентов с различными видами онкологических заболеваний из таких отделений, как:

1. опухолей головы и шеи
2. онкоабдоминальной хирургии
3. онкогинекологической хирургии
4. онкоурологической хирургии

Возраст обследованных от 20 лет до 75 лет. Из них 10 женщин, средний возраст 43 года и 17 мужчин, средний возраст - 51. В нашем исследовании приняли участие 10 человек до операционного вмешательства и 17 человек после операционного вмешательства.

В результате исследования было выявлено, что у 10-ти человек до операционного вмешательства преобладают тревожный и сенситивный тип отношения к болезни. Это говорит о том, что у пациентов до операционного вмешательства проявляются такие черты, как непрерывное беспокойство, мнительность, чувствительность, а также такие пациенты очень часто опасаются, что окружающие его избегают из-за болезни.

У 17 человек, которые были обследованы после операционного вмешательства, преобладали анозогнозический тип (5 чел - 30% выборки), эргопатический тип (7 чел - 41% выборки) и гармоничный тип (3 чел - 18% выборки) отношения к болезни. Также были пациенты с апатическим и ипохондрическим типами отношения к болезни (по 2 чел - 5,5% выборки). Это говорит о том, что у пациентов после операционного вмешательства проявляются «бегство в работу», отрицание болезни, возможна правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой, крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур, а также нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

Полученные результаты позволяют составить адекватные психокоррекционные программы для пациентов онкологического профиля в предоперационном и послеоперационном периодах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Б. Дмитриева член ученого Совета МЗ РФ Психологическая диагностика, отношения к болезни, Пособие для врачей, Санкт-Петербург 2005г.
2. Гнездилов А.В., Бажин Е.Ф. Психогенные реакции у онкологических больных: методические рекомендации. – Л., 1983. – 38 с.
3. К. Саймонто, С. Саймонто : «Психотерапия рака».
4. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. – Ростов н/Д.: Феникс, 1999. – 197 с.
5. Л.П. Урванцев «Психология соматического больного» Ярославль 2000г.
6. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005
7. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.
8. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы онкологических больных // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. II (39). – № 2. – С. 283–285.
9. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. – М.: Академический проект, 2000. – Т. II.
10. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии // Вопросы онкологии- 1992.- №7.- С.873-888.

ОДОНТОГЕННАЯ АСПЕРГИЛЛОМА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

А.И. Дмитроняк, А.П. Ливанова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО

Научный руководитель: асс. Чупина М.В.

Одонтогенная аспергиллома возникает в результате ятрогенной перфорации верхнечелюстной пазухи с попаданием в нее инородного тела в виде пломбировочного материала, обломков стоматологических инструментов, костных отломков зубных корней, зубных имплантов и др. Со временем вокруг этой своеобразной матрицы начинает формироваться грибковое тело, состоящее из переплетающихся гифов плесневого грибка рода *Aspergillum*, споры которого постоянно присутствуют в окружающей среде.

Предпосылками к возникновению перфорации являются: 1. индивидуальные особенности анатомического строения пазух и альвеолярного отростка верхней челюсти; 2. истончение и деструкция кортикальной пластинки вследствие одонтогенного воспалительного процесса; 3. диагностические ошибки, тактические недочеты лечения и удаления зубов [1,2,3,4].

Сформировавшаяся аспергиллома может заполнить всю полость пазухи, вызывая заложенность носа, затруднение носового дыхания, частый насморк, головную боль, неприятный запах [5]. При своевременной правильной диагностике данного осложнения грибковое тело удаляется оториноларингологом оперативным путем через естественное соустье в среднем носовом ходе в условиях хирургического стационара. При длительном нахождении аспергилломы в гайморовой пазухе происходит сенсибилизация организма с развитием гиперчувствительности 1, 3 или 4 типа, возможно развитие грибковой инвазии с повреждением органа зрения и тромбоза сосудов головного мозга [5].

Цель исследования – разработка комплекса мер, направленных на профилактику ятрогенных осложнений, для чего были поставлены следующие задачи:

1. Определить наиболее часто «вовлекаемые» зубы;
2. Выявить факторы, способствующие развитию грибкового тела;
3. Установить сроки появления симптомов одонтогенной аспергилломы и вид грибка;
4. Предложить алгоритм обследования и лечения пациентов, нуждающихся в эндодонтическом лечении;

Анализу были подвергнуты: 12 историй болезни прооперированных больных с одонтогенной аспергилломой; данные цитологического и гистологического заключения; рентгеновские и КЛКТ – снимки соответствующих больных, а также научно – исследовательские статьи об оптимальном эндодонтическом лечении корневых каналов с учетом особенностей их анатомического строения.

Проанализированы истории болезни пациенток, прооперированных по поводу аспергилломы гайморовой пазухи, в возрасте от 28 до 62 лет. В анамнезе у всех пациенток отмечалось эндодонтическое лечение 5, 6 или 7 верхних зубов. Все 12 больных – женского пола, что само по себе является предрасполагающим к перфорации фактором за счет более тонкой кортикальной пластинки. У всех пациенток отмечались анатомические предпосылки в виде пневматического типа строения гайморовой пазухи и выстояния в ее полость корней верхнечелюстных зубов. Также в ходе операции у всех выявлено сужение естественного соустья в среднем носовом ходе.

У 11 из 12 больных имела место перепломбировка канала, в качестве инородного тела выступал пломбировочный материал, у одной – обнаружили погрешности чистки каналов, и инородным телом послужили заржавленные обломки стоматологических файлов. Минимальный срок от момента посещения стоматолога до появления характерных симптомов составил 1 год, максимальный – 15 лет.

Таким образом, по результатам нашего наблюдения,

1. Чаще всего в составе грибкового тела обнаруживался *A.niger*, имеющий своеобразную морфологию.
2. У всех пациенток регистрировался неинвазивный аспергиллез.
3. Перфорация гайморовой пазухи чаще всего происходит при эндодонтическом лечении вторых премоляров, первых и вторых моляров соответственно.
4. Росту грибка способствует как само инородное тело, вызывающее снижение местного иммунитета, так и нарушение дренажной способности пазухи;
5. Первые симптомы сформировавшейся аспергилломы появляются в течение 3 лет после лечения зубов, чаще других в ее составе обнаруживается *A.niger*;
6. Эндодонтическое лечение зубов должно осуществляться с учетом анатомических особенностей корневых каналов с обязательным рентген – контролем качества пломбирования;
7. В случаях обламывания и оставления стоматологических инструментов в зубных каналах, при невозможности их удаления с помощью микроскопической техники, больной должен быть информирован об этом врачом;

8. Стоматологу необходимо сотрудничать с врачом – оториноларингологом для своевременного удаления инородного тела гайморовой пазухи при необходимости;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батюков Н.М., Воропанов Д.А., Перадзе И.Р., Сравнительная оценка эффективности пломбирования корневых каналов зубов различными методами// Институт стоматологии. - 2014. - №2. - 24-25.
2. Батюков Н.М., Кубус А.Ю., Филиппова Т.В., Чибисова М.А., Оптимизация эндодонтического лечения на основе использования комплекса технологий, с учетом сложности анатомического строения каналов// Институт стоматологии. – 2015. - №2. - 36- 37.
3. Батюков Н.М., Филиппова Т.В., Дифференцированный подход к обработке корневых каналов с учетом особенностей их анатомического строения // Институт стоматологии. – 2014.- № 4. -42-43.
4. Магомедов М.М., Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Старостина А.Е., Современная тактика лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с ороантральным свищем // Вестник отоларингологии. – 2015.-№ 5. -75-79.
5. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Грибковые инфекции // Москва, издательство Бином. – 2008, с. 366, с. 379

УДК 615.214:616.89-008.441.48

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

О.П. Долматова, Н.О. Федорова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Потупчик Т.В.

Когнитивные расстройства (нарушение памяти, сознания, мышления) представляют одну из основных проблем неврологии и психиатрии и наблюдаются не менее чем у 20% детей и подростков. Распространенность расстройств речи и языковых функций, включая нарушения чтения и письма, 5–20%. Расстройства аутистического спектра составляют до 17% от всех амбулаторных психиатрических пациентов детского возраста [6]. Дефицит внимания с гиперактивностью наблюдается у 3–7% детей. Широко распространены нарушения психологического развития, синдромы умственной отсталости, эмоциональные расстройства и расстройства поведения [5,7,8]. Наиболее часто наблюдаются нарушения развития учебных навыков, моторных функций, смешанные специфические расстройства развития [3,9,10]. При нарушении когнитивных функций применяются различные ноотропные препараты, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулирующие обучение и память, улучшающие умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи [1]. Из ноотропов с доминирующим влиянием на память в детской практике принимают производные циклической ГАМК (пирацетам) и холинергические средства (холина альфосцерат). Используются также препараты смешанного типа с широким спектром действия (нейропротекторы) - активаторы метаболизма мозга (ацетил-L-карнитин); вещества, влияющие на систему ГАМК (пантогам, пикамилон, фенибут)[4].

Холина альфосцерат («Глиатилин») относится к холиномиметикам центрального действия, является предшественником ацетилхолина. Оказывает влияние на холинергические рецепторы в ЦНС. Глицерофосфат, который образуется при расщеплении холина альфосцерата, является предшественником фосфолипидов (фосфатидилхолина) мембраны нейрона. Облегчает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, улучшает пластичность нейрональных мембран и функцию рецепторов. Препарат обладает выраженным нейропротекторным действием и положительно влияет на метаболические процессы в ткани головного мозга, усиливает мозговое кровообращение, стимулирует тканевое дыхание, повышает скорость оборота АТФ и усиливает утилизацию глюкозы клетками мозга, что приводит к улучшению когнитивных функций (память, внимание, мышление), в связи с этим препарат имеет более широкий спектр применения. Побочные эффекты встречаются редко, в основном это аллергические реакции и диспепсические расстройства [1,2].

Пирацетам («Ноотропил») ноотропное средство, является циклическим производным ГАМК. Оказывает положительное влияние на обменные процессы мозга: повышает концентрацию АТФ в мозговой ткани, усиливает синтез РНК и фосфолипидов, стимулирует гликолитические процессы, усиливает утилизацию глюкозы. Улучшает связи между полушариями головного мозга и синаптическую проводимость в неокортикальных структурах, повышает умственную работоспособность, улучшает мозговой кровоток. Эффект развивается постепенно. Практически не обладает седативным и психостимулирующим влиянием [2].

На сегодняшний день широко распространены неврологические заболевания у детей: перинатальные поражение ЦНС, детский церебральный паралич, синдром дефицита внимания, сниженная умственная деятельность ребенка, трудности развития, поведения, обучения. Поэтому большое внимание отводится на поиск и изучение

механизмов действия лекарственных препаратов, обладающих большей фармакологической активностью и оказывающих избирательное действие на интегративные функции головного мозга.

Цель исследования: Оценить эффективность применения пирацетама и холина альфосцерата (глиатилина) при нарушении когнитивных функций у детей.

Задачи:

1. Выявить нарушения когнитивных функций у исследуемых детей.
2. Провести исследование когнитивных функций после применения пирацетама и холина альфосцерата.
3. Проанализировать динамику.
4. Сравнить полученные данные у исследуемых детей принимавших пирацетам и холина альфосцерат.

В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте 7-12 лет, на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера». Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1 группа (основная) - 30 детей принимала холина альфосцерат, 2 (группа сравнения) – 30 детей принимала пирацетам до начала лечения и через один месяц после лечения. На первом этапе был проведен опрос родителей, выявлены жалобы. Исследование высших мозговых функций проводилось по методике Е.Н.Рогова (1996г.), оценивалось мышление (тест «исключение слов»), объем внимания (тест «воспроизведение фигур»), кратковременная память (тест «запоминание цифр»). Далее всем обследованным детям врачом-неврологом после осмотра был назначен препарат, первой группе холина альфосцерат под торговым названием «Глиатилин» по 400 мг 2 раза, а второй группе Пирацетам по 400 мг 2 раза в первой половине дня. Курс лечения составил 1 месяц. По окончании лечения повторно был проведен сбор жалоб и исследование высших мозговых функций, оценена эффективность применения препарата «Глиатилин» и Пирацетам.

Проведенный сравнительный анализ жалоб до и после приема препаратов дал следующие результаты: после применения «Глиатилина» у 45,5% отмечалось снижение утомляемости, у 36,3% - уменьшилась плаксивость, у 18,2% детей уменьшилась раздражительность, у 18,2% детей улучшился аппетит и стабилизировалось АД. В единичных случаях отмечался регресс головных болей, слабости, болей в животе и рвоты. У половины исследуемых, со слов родителей, отмечалось повышение работоспособности и у одного ребенка улучшилась успеваемость в школе.

После применения пирацетама у 35,5% - уменьшились головные боли, у 17,9% - снизились частые колебания настроения и слезливость, у 28,5% - улучшилась работоспособность в школе, у 10,7% - стабилизировался сон, у 25% - уменьшилось головокружение.

Исследование высших мозговых функций проводилось до и после применения глиатилина и пирацетама: до приема глиатилина нормальная функция мышления наблюдалась у 36,4% детей, у 63,6% - наблюдалось снижение мышления (согласно результатам проведенной методики, задание выполнено на 70%). После применения глиатилина у всех детей со сниженной функцией мышления наблюдалась положительная динамика.

До приема пирацетама нормальная функция мышления наблюдалась у 57,1% детей, у 42,9% - снижение мышления. После применения пирацетама у 21,5% детей со сниженной функцией мышления наблюдалась положительная динамика.

Объем внимания у 63,6% детей перед лечением глиатилином был снижен, у 36,4% детей объем внимания был снижен значительно. После применения глиатилина у 85,7% детей со сниженным объемом внимания наблюдалась положительная динамика, у одного ребенка объем внимания оставался без изменений. У всех детей со значительно сниженным объемом внимания отмечалось незначительное улучшение данной мозговой функции.

У группы принимаемой пирацетам до его назначения объем внимания был снижен у 28,9% детей, после - положительной динамики не выявилось.

Незначительное снижение кратковременной памяти, до приема глиатилина согласно проведенному обследованию с помощью теста «запоминание цифр», наблюдалось у 45,5% детей, значительное снижение памяти наблюдалось у 54,5% учащихся. После проведенного курса лечения глиатилином у 36,4% детей с незначительным снижением кратковременной памяти наблюдалась положительная динамика, у одного ребенка снижение памяти оставалось без изменений. У 45,5% детей со значительным снижением кратковременной памяти отмечалось незначительное улучшение памяти, у одного ребенка было выявлено значительное улучшение кратковременной памяти.

До приема пирацетама незначительное снижение кратковременной памяти наблюдалось у 46,4% детей, после приема - у 21,4% детей, значительное снижение кратковременной памяти было выявлено у 21,4% детей, после снизилось на 3,5%.

Побочных эффектов при применении препаратов у детей во время лечения не наблюдалось.

Выводы: В целом применение «глиатилина» оказалось эффективней, чем применение пирацетама, т.к. у большинства детей с нарушениями когнитивных функций при применении «глиатилина» наблюдалась положительная динамика, лишь в одном случае незначительное снижение памяти оставалось без изменений. Наряду с этим снизились проявления астенического и церебрастенического синдромов: утомляемость, головные боли; улучшилось эмоциональное состояние и некоторые вегетативные функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсеньева, К. Е. Ноотропные препараты в лечении цереброваскулярных заболеваний / К. Е. Арсеньева // Русский медицинский журнал. – 2007. – №4, – С. 225-227.
2. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. - 16 изд., перераб. испр. и доп.- М.: Новая волна: Издатель Умеренков, 2010.- 1216с.
3. Опыт применения ноотропов при пограничных психических расстройствах у детей / Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская, В. В. Коновалова [и др.] // Психиатрия и психофармакология. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2004. – № 6. – С. 298-301.
4. Фармакология спорта / Н.А.Горчакова, Я.С. Гудивок, Л.М. Гунина [и др.]; под общ. Ред. С.А. Олейника, Л.М. Гуниной, Р.Д. Сейфуллы. – К. : Олимп. л-ра, 2010. – 640 с.
5. Фармакотерапия гиперактивности с дефицитом внимания у детей: зарубежный и российский опыт / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, Ю. Б. Белоусов [и др.] // Фарматека. – 2006. – Т. 7. – С. 62–70.
6. Berney, T. P. Autism; an evolving concept // The British Journal of Psychiatry. – 2000. – V. – 176. – P. 20–25.
7. Butler, C. R., Zeman A. Z. Recent insights into the impairment of memory in epilepsy: transient epileptic amnesia, accelerated long-term forgetting and remote memory impairment // Brain. – 2008. – V. 31. – P. 2243– 2263.
8. Carreno, M., Donaire A., Sanchez-Carpintero R. Cognitive disorders associated with epilepsy: diagnosis and treatment // Neurologist. – 2008. – V. 14 (6 Suppl 1): P.26–34.
9. Chakrabarti Suniti, Fombonne Eric. Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence // Am J Psychiatry. – 2005. – V. 162. – P. 1133–1141.
10. Frye Richard E., Butler Ian, Strickland David et al. Electroencephalogram Discharges in Atypical Cognitive Development // J Child Neurol. – 2010. – V. 25. – P. 556–566.

УДК 611.7.616.72-002

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С КОМАРБИДНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОПОРОЗА

С.Г. Доржин, А.А. Харибян

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 1

Научные руководители: к.м.н., доцент Капустина Е.В., к.м.н., доцент Большакова Т.Ю.

Ревматоидный артрит (РА) системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно деструктивного полиартрита. [5] Согласно эпидемиологическим исследованиям, РА встречается у 0,41% населения. Ревматоидный артрит представляет собой серьезную медико-социальную проблему, характеризуясь неуклонно прогрессирующей дезорганизацией соединительной ткани, в основе которой лежат глубокие иммунопатологические изменения с чертами аутоагрессии. Заболевание проявляется развитием множественного артрита суставов конечностей, с последующей деструкцией костных суставных фрагментов, появлением анкилозов суставов.[1]

Статистические данные последних лет показывают неуклонный рост заболеваемости ревматоидным артритом во многих странах.[7] И если в какой-то мере это можно отнести за счет расширения наших знаний по этому вопросу и, следовательно, улучшения методов диагностики, все же общепризнанно, что рост заболеваемости ревматоидным артритом происходит за счет увеличения числа заболевших[6]. Даже в тех странах, где показатели заболеваемости все еще остаются относительно низкими, наблюдается тенденция к их росту[3]. РА занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний суставов. [4]

Социальная значимость РА определяется не только его высокой распространенностью, но и большим материальным ущербом, причиняемым обществу, больному, его семье вследствие высокой нетрудоспособности и рано наступающей инвалидности.[8]

Благодаря развитию современных технологий, узнать точный состав тела человека можно не прибегая к сложным анализам, забору крови и т.д., а всего лишь воспользовавшись специальным прибором – биоимпедансометром, который за 3-4 минуты производит сканирование всего тела, и после компьютерной обработки врач получает подробные данные о его составе. Данное исследование комфортно, безболезненно и практически безвредно.[2]

Исследование проводилось на базе ревматологического отделения КГБУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона. С помощью данного метода мы провели обследование 70 пациенток, в возрасте от 35 -55 лет. исследуемыми параметрами были :

1. Жировая масса
2. Активная клеточная масса
3. Тощая масса
4. Скелетно – мышечная масса

5. Удельный основной обмен
6. Общая жидкость
7. Соотношение талия/бедро
8. Внеклеточная жидкость.

В таблице 1 представлена антропометрическая характеристика женщин с ревматоидным артритом, откуда видно, что средний рост пациенток составил 160,9 см, масса тела 72,7 кг, ИМТ 28 кг/м²

Таблица 1

Антропометрическая характеристика женщин с ревматоидным артритом

Показатели	Рост	Вес	Окр. талии	Окр. бедер
	160,9±0,32	72,7±1,2	90,8±0,74	107,4±0,85

Компонентный состав тела исследуемых женщин представлен в табл. 2.

Таблица 2

**Компонентный состав тела женщин
с коморбидностью ревматоидного артрита и остеопороза**

Жировая масса (кг), нормированная по ТМ	26,72±0,85
Тощая масса (кг)	45,97±0,38
Активная клеточная масса(кг)	28,84±0,77
Доля активной клеточной массы (%)	63,11±1,22
Скелетно-мышечная масса(кг)	19,74±0,24
Доля скелетно-мышечной массы(%)	42,73±0,22
Удельный основной обмен(ккал/кг Т.М./сут.)	33,37±0,36
Общая жидкость (кг)	33,61±0,28
Внеклеточная жидкость (кг)	13,94±0,15
Соотношение талия/бедро	0,84±0,05
Классификация по проценту жировой массы	35,35±0,51

Из таблицы 2 следует, что наблюдается снижение скелетно-мышечной массы и увеличение жировой массы.

Изучение компонентного состава тела необходимо для наблюдения за снижением его составляющих с целью коррекции необратимых изменений на фоне как самого заболевания, так и приема базисных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / (ред.) чл.-корр. РАМН проф. В. И. Мазуров. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2014. – 520 с.
2. Ревматология: Клинические рекомендации. Под редакцией Е.Л. Насонова. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Mok CC, Tam LS, Chan TH, et al. Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. Clin Rheumatol 2011; 30: 303-312.
4. Yelin EH, Such CL, Criswell LA, Epstein WV. Outcomes for persons with rheumatoid arthritis with a rheumatologist versus a non-rheumatologist as the main physician for this condition. Med Care 1998; 36:513–22
5. Oldfield V, Felson DT. Exercise therapy and orthotic devices in rheumatoid arthritis: evidence-based review. Curr Opin Rheumatol 2008; 20:353-359
6. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б., Кукушкин М.Л., Дроздов В.Н., Исаков В.А., Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Издательство «ИМА-ПРЕСС», Москва, 2009, 167 стр.
7. Visser K, van der Heijde D. Optimal dosage and rout of administration of methotrexate in rheumatoid arthritis: a systemic review of the literature. Ann Rheum Dis 2009; 68: 1094-1099
8. Муравьев Ю.В., Денисов Л.Н., Алексеева А.В., и соавт. Открытое контролируемое рандомизированное 24-недельное сравнительное исследование инъекционной и таблетированной лекарственных форм метотрексата при ревматоидном артрите. Научно- практическая ревматология 2011; 5: 58-61

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.Г. Доржин, А.А. Харикян, Ю.О. Кирьянова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 1,

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Капустина Е.В., к.м.н., доц. Потупчик Т.В.

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее заболевание, характерным признаком которого является наличие деструктивных изменений суставного хряща и субхондральной кости с развитием краевых остеофитов. Однако при ОА в патологический процесс вовлекается весь сустав – капсула, связки, синовиальная мембрана, околосуставные мышцы. Заболевание представляет собой важную социально-экономическую проблему в связи с широким распространением (ОА занимает 1-е место среди других ревматических заболеваний), значительным ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также высокой инвалидизацией [7].

Проблема остеоартроза чрезвычайно актуальна. ОА можно назвать одной из болезней века. В последние десятилетия заболеваемость ОА резко возросла, что обусловлено, с одной стороны, увеличением продолжительности жизни людей и старением популяции, а с другой – распространенностью такого фактора, как ожирение [2]. ОА относится к заболеваниям с самым высоким уровнем коморбидности. Было отмечено, что при увеличении возраста больных гонартрозом в 1,3 раза – число сопутствующих заболеваний увеличивалось в 1,7 раза, причем СД типа 2, ожирение, артериальная гипертензия встречались в 2 раза чаще, что говорит о прогрессирующих темпах нарастания заболеваемости СД типа 2 и другими нозологиями в группах пожилых [4].

Боль в суставах – ведущий клинический признак ОА. Характер боли разнообразный, но, как правило, механический, т.е. боли усиливаются при физической активности и ослабевают в покое. Иногда интенсивность боли меняется в зависимости от погодных условий (усиливается в холодное время года и при высокой влажности) и атмосферного давления, оказывающего влияние на давление в полости сустава. Изменения суставного хряща при ОА могут быть обусловлены как генетическими, так и разнообразными средовыми факторами [4,8]. Сахарный диабет вносит в клиническую картину остеоартроза большую выраженность дегенерации хрящевой ткани, отчетливый периартикулярный воспалительный процесс и снижение работоспособности мышц бедра, которые связаны, в основном, с развитием поздних макро- и микрососудистых осложнений. Обсуждается зависимость между частотой и характером суставных изменений и течением и давностью СД.

В настоящее время в базисную терапию стали все чаще включать препараты, обладающие хондропротективной активностью. Данная группа препаратов включена в рекомендации российских и зарубежных руководств по лечению остеоартроза и иных дегенеративно – дистрофических заболеваний. Наиболее изученными являются хондроитина сульфат и глюкозамин [5]. Особенностью хондроитина является его способность сохранять воду в толще хряща в виде водных полостей, создающих хорошую амортизацию, что в итоге повышает прочность соединительной ткани [1]. Глюкозамин снижает активность катаболических ферментов в хряще, включая матриксные металлопротеиназы, подавляет синтез оксида азота, стимулирует синтез хондроитинсерной кислоты [3].

Согласно мнению экспертов, относительно клинического результата, применение НПВП при ОА в сочетании с СД наиболее эффективными для снижения интенсивности боли считаются препараты: диклофенак, ацеклофенак, ибупрофен, кетопрофен (снижает интенсивность боли на 50% и более). По мнению экспертов, относительно клинического результата применения хондропротекторов при ОА в сочетании с СД, наиболее эффективным является сочетание хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата, неомыляемых соединений авокадо и сои, гиалуронатов.

Для терапии нейропатического компонента хронической боли при ОА в сочетании с СД эксперты рекомендуют использование прегабалина (противосудорожное средство, вальпроат). При применении прегабалина возможно снижение дозы НПВП на 1/2 от стартовой. Прегабалин сочетается с сахароснижающими средствами, которые не оказывают клинически значимого влияния на клиренс прегабалина [4].

Цель исследования: провести анализ фармакотерапии остеоартрита у больных сахарным диабетом.

Задачи:

- 1) изучить возрастно-половой состав, социальный статус пациентов
- 2) провести исследование анамнеза больных
- 3) определить используемые фармакологические группы лекарственных препаратов для лечения остеоартрита
- 4) выявить особенности ведения больных с остеоартритом и сахарным диабетом.

При проведении исследования, были изучены 40 амбулаторных карт пациентов Центра профилактики остеоартроза ККБ №1, имеющие диагноз ОА и СД. Методом выкипировки данных из амбулаторных карт были определены возраст-половые особенности, социальный статус, анамнез и фармакотерапия ОА у больных с СД. Все исследования были разделены на 2 группы в зависимости от рентгенологической стадии по Келлгрену – Лоренсу. В первую группу (основную) включены пациенты с I-Стадией ОА (23 чел.), а во 2 группу (сравнения) – с III-IV стадией ОА (17 человек). Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета прикладных программ «Statistic 5.5 for Windows».

В I группе встречались пациенты в возрасте 40-60 лет – 47,8 % и 60 лет – 30,4%. Во II группе было отмечено равное количество пациентов с возрастом 40-60 лет и старше 60 лет – 47,1%. В обеих группах преобладали пациенты женского пола (82,6% - 70,6%). Более половины всех пациентов в обеих группах - пенсионеры (60,9%-58,8%). У обследуемых с остеоартрозом I-ст. СД I типа встречался у 17,4%, у больных с ОА III-IV ст. с СД I типа встречается реже - 5,9%. Среди больных с ОА преобладал СД II типа: ОА I-II ст.-82,6%, ОА III-IV ст.-94,1%. Наиболее частой коморбидной патологией являлась артериальная гипертензия, которая наблюдается у 95,6% больных с ОА I-II ст., и у 88,2% - с ОА III-IV ст. ИБС наблюдалась у ОА I-II ст.- 30,4% больных в анамнезе и у 23,5% - с ОА III-IV ст. Перенесли инсульт в анамнезе 21,7% больных с ОА I-II ст. и 11,8% - с ОА III-IV ст. Бронхиальная астма встречается у 5,9% больных с ОА III-IV ст. Заболевания ЖКТ у 4,4% ОА I-ст., и чаще встречается у больных с ОА III-IV ст. - 17,7%. Одним из неблагоприятных факторов для больных с ОА-является наличие ожирения, которое встречается у 73,9% больных с ОА I-ст., и больных с ОА с ОА III-IV ст. - 76,5%. Наличие травм в анамнезе у 7,7% - больных с ОА I-II ст., и у 12,5% - с ОА III-IV ст.

Среди пораженных суставов чаще встречаются у больных с ОА I-II ст. - 34,8%, и коленных + тазобедренных суставов – 30,4%. У больных с ОА III-IV ст. чаще наблюдаются поражения в тазобедренном суставе и коленном + кистевидном - 35,3%.

Проведенный анализ фармакотерапии показал, что лечение проверенными препаратами из разных фармакологических групп среди пероральных НПВП пациенты с ОА I-II ст. чаще применяли нимесулид (39,1%) и мелоксикам (34,7%), в единичных случаях использовались: напроксен, кеторолак, кетопрофен и целекоксиб. Пациенты с ОА III-IV ст. принимали разные пероральные НПВП, несколько чаще они использовали кеторолак (23,5%), 17,7% пациентов принимали мелоксикам и нимесулид, 11,8% - кетопрофен и ацеклофенак и 5,9% - диклофенак. Среди местных НПВП, чаще других, больные из обеих групп принимали диклофенак 56,5% с ОА I-II ст. и 52,9%- с ОА III-IV ст. несколько реже- кетопрофен (39,1%-41,1%). Нимесулид принимали в единичных случаях (4,3%-5,9%). Среди НПВП для парентерального введения все пациенты принимали диклофенак.

Среди хондропротекторов хондроитина сульфат получали 85% больных с ОА I-II ст., и 90,1%- больных с ОА III-IV ст. В редких случаях назначалась гиалуроновая кислота- 1 больному с ОА I-II ст. и препараты соединения авокадо и сои (7,1%-9,1%). Комбинированный хондропротектор терафлекс (глюкозамина гидрохлорид+ хондроитина сульфат) получали 55,6% больных с ОА I-II ст., и 66,7% - с ОА III-IV ст. Несколько реже принимали комбинированные препараты афлутоп (биоактивный концентрат из мягкой морской рыбы + хондроитина сульфат) 44,4% пациентов с ОА I-II ст., а с ОА III-IV ст. - 33,3%.

Прегабалин получали 17,7% пациентов с ОА I-ст. и 26,1% - с ОА III-IV ст.

С целью снижения ulcerогенного действия на слизистую оболочку желудка, всем пациентам назначались ингибиторы протонной помпы: омепразол получали 47,8% больных с ОА I-II ст., и 76,5% больных с ОА III-IV ст.; рабепразол – получали 52,2% больных с ОА I-II ст. и с ОА III-IV ст. - 23,5%.

При опросе врачей, задумывались об особенностях применения фармакотерапии ОА при СД только 12,5% врачей.

Наряду с фармакотерапией ОА всем больным проводилось лечение основного заболевания СД: 52,2 % пациентов с ОА I-II ст. – получали инсулин, 43,5% - гипогликемические пероральные средства и 4,3%-получали комбинированную терапию.

Поскольку, в группе пациентов с ОА III-IV ст. преобладает СД II типа, больные преимущественно получали гипогликемические пероральные средства- 64,7%, 11,8% - получали инсулин и 23,5% - получали комбинированную терапию.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. В обеих исследуемых группах чаще встречались пациенты в возрасте более 40 лет, преимущественно женского пола, более половины пациентов - пенсионеры.
2. При изучении анамнеза, была выявлена различная коморбидная патология у пациентов обеих групп: наиболее часто встречались сердечно – сосудистые заболевания (АГ, ИБС, инсульты) и ожирение.
3. При фармакотерапии ОА у лиц с СД были использованы пероральные НПВП: нимесулид и мелоксикам, преимущественно назначались пациентам с ОА I-ст.; у лиц с III-IV ст. – чаще использовался кеторолак; среди местных НПВП более половины пациентов принимали диклофенак, несколько реже кетопрофен. Для парентерального введения использовался только диклофенак. Среди хондропротекторов имеет преимущество в применении хондроитина сульфат; комбинированные хондропротекторы терафлекс и афлутоп назначались реже.

4. Для терапии хронической боли при ОА у исследуемых больных с СД применялись пероральные НПВП, снижающие интенсивность боли менее, чем на 50%. Преимущественное применение хондропротектора хондроитина сульфата у больных с СД оправдано тем, что он не влияет на уровень глюкозы в крови, в отличие от глюкозамина, также имеющимися клиническими данными о снижении холестерина и триглицеридов в плазме крови у пожилых пациентов с атеросклерозом. Особенностью фармакотерапии больных с ОА и СД является применение прегабалина для терапии нейропатического компонента хронической боли. Согласно опросу, только 12,5 % врачей учитывают особенности применения фармакотерапии ОА у больных СД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, В. В. Хондропротекторы в неврологии: основания к применению / В. В. Алексеев // Consilium medicum. – 2012. - № 9. – С. 110-115.
2. Алексеева, Л. И. Остеоартроз – проблема века / Л.И. Алексеева // Медицинский совет. – 2013. - №5. - С. 2-3.
3. Бадокин, В. В. Существуют ли хондропротективные препараты? / В.В. Бадокин // РМЖ. -2010. - №30. – С. 1848.
4. Консенсус экспертов Российской Федерации. Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике. - 2015. – 31 с.
5. Курушина, О. В. Современные подходы к патогенетическому лечению дорсопатий: обзор клинических рекомендаций / О. В. Курушина, А. Е. Барулин // РМЖ. – 2013. - №10. – С. 3-6.
6. Самородская, И. В. Современные представления о диагностике лечения остеоартроза / И. В. Самородская, И. Б. Базина // ВРАЧ. – 2015. – № 5. – С. 2-3.
7. Светлова, М. С. Патогенетическое лечение остеоартроза коленных суставов / М. С. Светлова // Современная ревматология. – 2012. - №3. – С. 1-5.
8. Чичасова, Н. В. Лечение остеоартроза. Влияние на хрящевую ткань различных противовоспалительных препаратов / Н. В. Чичасова // РМЖ. – 2005. - № 13. – С. 539-543.

УДК 614.78

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

Т.О. Дугаржапова, И.Б. Фарафонов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Капсаргин Ф.П., асс. Зуева Л.Ф.

Актуальность проблемы коралловидного нефролитиаза (КН) обусловлена достаточно высокой его заболеваемостью и распространенностью; большим числом рецидивов и осложнений после оперативного лечения; отсутствием четких стандартов по диагностике и лечению заболевания и несовершенством знаний об его этиологии; отсутствием методов ранней диагностики, эффективной метафилактикой из-за невыполнения анализа химического состава удаленных конкрементов; увеличением заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, и как следствие – роста инвалидизации, а так- же возможностью развития болезни в детском и даже грудничковом возрасте [3].

Эпидемиология мочекаменной болезни и в частности КН зависит от географического региона и анализируемого временного периода. МКБ наиболее распространенное заболевание почек и мочевыводящих путей и составляет до 40% среди пациентов с урологической патологией. Это заболевание с разной частотой встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто оно диагностируется у лиц трудоспособного возраста. По данным ряда авторов МКБ страдают до 4% населения высокоразвитых стран. В Российской Федерации 12% мужчин и 5% женщин хотя бы раз в течение жизни переносят почечную колику, как правило, обусловленную мочекаменной болезнью. Распространенность мочекаменной болезни прогрессивно увеличивается, что отображается в увеличении числа пациентов, страдающих МКБ. Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины, но коралловидные камни чаще всего обнаруживаются у женщин (до 70%) [3,6,7].

Многие авторы высокую частоту заболевания связывают с местными условиями, обращают внимание на условия внешней среды и географические особенности, т.е. на географический фактор риска возникновения нефролитиаза [1].

Доказана эндемичность регионов России не только по частоте, но и по виду образуемых мочевых камней. В Южных регионах доминируют камни из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе – оксалаты [4,6].

Важнейшими этиологическими факторами коралловидного нефролитиаза признаются химические вещества, содержащиеся в воде и почве, откуда они и поступают в организм человека с питьевой водой и пищей [4,6,7]. Химический состав питьевой воды, потребляемой населением, имеет особое значение в камнеобразовании. Поэтому большинство авторов высокую частоту заболевания нефролитиазом видят в местных условиях,

связывают её с экологической обстановкой в регионе и обращают особое внимание на географический фактор риска. Однако, эпидемиологические аспекты заболеваемости нефролитиазом, связанные с региональными особенностями антропо- и техногенных неблагоприятных воздействий, а также значение микроэлементного состава камней и воды в развитии МКБ в Красноярском крае не изучены.

Целью исследования является определение влияния качества питьевой воды на вид формирования мочевых камней. Для достижения этой цели необходимо решить ряд задач:

1. Исследование микроэлементного состава коралловидных камней с помощью ИК-спектроскопии, ионной хроматографии;
2. Исследование качества питьевой воды в Красноярском крае;
3. Анализ полученных результатов.

Материалы и методы:

В основу работы положен ретроспективный анализ результатов исследования микроэлементного состава мочевых камней с помощью методов ионной хроматографии и инфракрасной-спектроскопии, удалённых при оперативном лечении 89 больных с нефролитиазом, за период с 2013 по 2015 год. Изучены результаты анализа проб воды из основных водных источников Красноярска.

Результаты исследования и их обсуждения:

Исследование основывается на ретроспективном анализе историй болезни 89 пациентов оперированных по поводу коралловидного нефролитиаза. Из них мужчин было 24 (24,6%), а женщин 65 (66,3%). Средний возраст пациентов составил 52,5 лет. Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 15,1. Впервые диагноз КН установлен в 43 (33,1%) случаях, рецидив заболевания выявлен в 87(66,9%).

Локализация конкремента в правой почке определена у 52 (58,4%) пациентов, в левой у 34 (38,2%), двухстороннее у 3 (3,4%). Из сопутствующих урологических заболеваний у данной категории больных встречались: гипертоническая болезнь – 7 случаев, сердечная недостаточность – 5, пиелонефроз – 5, ишемическая болезнь сердца – 4, ожирение – 3, киста почки – 3, нефросклероз – 3, объемное образование почки – 3, ДГПЖ – 2, подковообразная почка – 1, галетообразная почка – 1.

Перед оперативным лечением всем пациентам проводили стандартный алгоритм клинических методов обследования.

Данные УЗИ в режиме D, МСКТ позволяют объективно определить анатомофункциональное строение верхних мочевых путей, выявить зоны наименьшей васкуляризации и определить область почки для вмешательства, что значительно снижает процент интраоперационных осложнений. УЗИ было выполнено 82 пациентам при этом был выявлен конкремент у 77 (92%). По данным обзорной урографии у 79 (88,7%) выявлен рентгеноположительный конкремент. Нарушение уродинамики из верхних мочевых путей выявлено с помощью экскреторной урографии у 69 (77,5%) пациентов. МСКТ было выполнено 17 (19,1%) пациентам при этом у всех был выявлен конкремент. Было выявлено, что средний размер коралловидного конкремента составил 3,9 см.

Удаленные камни подвергались исследованию, определяющему их химический состав. Для этих целей использовали методы: инфракрасной-спектроскопии, ионной хроматографии (для определения содержаний оксалат-, фосфат-, сульфат-ионов в плазме крови, моче и мочевых камнях). Анализ мочевых камней показал, что однокомпонентный химический состав конкрементов встречается в нашем регионе лишь в 35,1% случаев. В подавляющем большинстве случаев конкременты были двухкомпонентными. Минералогический состав камней представлен оксалатами, уратами, фосфатами и карбонатами, в различных комбинациях (табл. 1). В химическом составе первичных камней преобладают ураты и веделлиты, а при рецидивном уролитиазе возрастает содержание неорганических соединений кальция веделлит-ведделлит, и кальций-фосфатные (апатит); магнийсодержащие камни (струвит) [2].

Таблица 1

Химический состав конкрементов

Химический состав	%
1. Однокомпонентные	35,1
• веделлит-ведделлит	22,8
• урат	12,3
2. Двухкомпонентные	48,3
• апатит-ведделлит	13,2
• урат-апатит	14,9
• урат- веделлит	14,0
• струвит-апатит	6,1
3. Трехкомпонентные	16,6
• веделлит-веделлит-апатит	15,8
• веделлит-урат-апатит	0,8

Пациенты, проживающие в городе Красноярске, были систематизированы по районам города (результаты приведены в таблице 2.).

Таблица 2

Систематизация пациентов с коралловидным нефролитиазом, проживающих в городе Красноярске, по районам города

Место №	Районы г. Красноярска
I место	Советский
II место	Ленинский
III место	Свердловский
IV место	Центральный

При оценке качества водопроводной воды г. Красноярска был проведен отбор холодной водопроводной воды из различных районов г. Красноярска. Проводилось определение кислотности среды (рН), органолептических и химических показателей воды.

Полученная для анализа вода из различных районов города Красноярска обладает высокой прозрачностью, не имеет запаха и вкуса [9].

Величина рН воды служит важным показателем кислотности или щелочности и является результирующей величиной кислотно-основного взаимодействия ряда минеральных и органических веществ. Полученные результаты показывают небольшое отклонение рН среды в сторону слабокислой, т.е. мы можем говорить о повышенном содержании свободного оксида углерода (IV), бикарбонатных и карбонатных ионов в водопроводной воде Красноярска (табл. 4), что прежде всего определяется содержанием катионов кальция и магния [8,9].

Таблица 3

Показатели кислотности (рН) воды по районам

№ пп	Источники	Плотность	рН		рН по СанПиНу
		2015	2013	2015	
1.	Свердловский р-н	0,99	6,71	7,9	6,5-8,5
2.	Кировский р-н	0,98	6,71	7,95	
3.	Советский р-н	1,00	-	8,4	
4.	Ленинский р-н	1,00	6,71	8,5	
5.	Железнодорожный р-н	0,98	6,65	7,9	
6.	Октябрьский р-н	0,98	6,64	7,1	

Результаты определения жесткости воды показывают её изменение в интервале 1,6-2,2. (Табл 3.). По содержанию в воде кальция в водопроводной воде лидирует Правобережье города. Содержание железа при предельно допустимой концентрации (ПДК) 0,3 мг/ дм³ по большинству водозаборов 0,2-0,27 мг/ дм³. Содержание сульфатов при ПДК 500 мг/дм³ — 480 мг/ дм³. Тяжелые металлы не обнаружены. Содержание меди, марганца, железа, цинка — на уровне верхних пограничных значений. Общая минерализация воды в среднем в пределах ПДК [3,5].

Таблица 4

Показатели жесткости воды по районам города

№ пп	Источники	Жесткость	
		Временная	Постоянная
1.	Свердловский р-н	1,9	1,25
2.	Кировский р-н	1,8	0,55
3.	Советский р-н	2,1	0,75
4.	Ленинский р-н	2,2	1,05
5.	Железнодорожный р-н	1,7	0,9
6.	Октябрьский р-н	1,6	0,9
7.	Центральный	2,1	1,0

Полученные результаты показывают, что химический состав микроэлементов в мочевых конкрементах у больных МКБ (с преобладанием неорганических конкрементов – кальций, магний и фосфор) в г.Красноярске, и показатели концентраций химических веществ, таких как карбонатная жесткость (прежде всего определяющиеся значениями кальция и магния) могут являться одним из причинных факторов развития коралловидного нефролитиаза.

Хотелось бы отметить, что на территории Красноярского края Енисей фильтрует и вбирает в себя по течению все загрязняющие сточные воды нефтедобывающих, перерабатывающих предприятий, сельскохозяйственных угодий, гидро- теплоэнергетики, угольной, горнорудной, атомной, машиностроительной промышленности, сбросы с различных очистных сооружений, жилищно-коммунального хозяйства и многих других источников загрязнения.

Выводы:

1. Подавляющее большинство камней являлось смешанным по структуре, а основными составными частями конкрементов были оксалаты, ураты, фосфаты, карбонаты и некоторые другие вещества в различных соотношениях, что показывает сложность и многоэтапность процесса литогенеза. В химическом составе первичных камней преобладают ураты и веверлиты, а при рецидивном уролитиазе возрастает содержание неорганических соединений кальция веверлит-ведделлит, и кальций-фосфатные (апатит); магнийсодержащие камни (струвит), поэтому значение химического состава дает возможность прогнозировать риски рецидива и поиска путей метафилактики заболевания.

2. По общей минерализации и кислотно-основным свойствам (рН) питьевые воды удовлетворяют гигиеническим требованиям и относятся к группе умеренно минерализованных, практически нейтральных природных вод. Показатели жесткости воды в пределах ПДК, однако основную долю (69 – 96%) составляет карбонатная жесткость, что прежде всего, определяется по содержанию в воде катионов кальция и магния, являющимися основными компонентами сложных камней при коралловидном нефролитиазе.

3. Незначительное увеличение концентрации данных показателей в питьевой воде непосредственно или комплексно с другими факторами, как питание, экологическая обстановка, имеющиеся соматические заболевания, наследственность, могут способствовать развитию как первичного, так и рецидива коралловидного нефролитиаза, что доказывает сложность и многоэтапность процесса камнеобразования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Главные минералогические типы почечных камней / Е.Н. Нигматулина, Э.В. Сокол Н.В. Максимова., А.Ю. Чиклинцев., Я.Л. Лукьянов. // Химия в интересах устойчивого развития. – 2004. – № 12. – С. 67-81.
2. Капсаргин, Ф.П. Применение метода ионной хроматографии в метафилактике мочекаменной болезни / Ф.П. Капсаргин, Е.В. Юсенко, Л.Ф. Зуева.//Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №2. – С.41-45.
3. К вопросу о коралловидном нефролитиазе / В.Ф. Оношко, С.В. Зеенкова, С.А. Сысин, В.Н. Шаров.// Сибирский медицинский журнал. – 2013. - №1. – С. 9-12.
4. Методология изучения образования мочевых камней / Г.М. Кузьмичева, М.О. Антонова, В.И. Руденко, А.С. Щичко, В.В. Рязанов, А.А. Натыкан.//Фундаментальные исследования. – 2012. – № 9. – С. 193-198.
5. Пен Р.З. Качество питьевой воды в восточной зоне Красноярского края как предиктор здоровья населения/ Р.З. Пен, О.Г. Морозова, П.М. Вчерашний.// Фундаментальные исследования.-2014. – 12-2.-С. 258-262.
6. Полиенко А.К., Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни в мире / А.К. Полиенко., О.А. Севостьянова., В.А. Моисеев.// Урология. – 2006. – № 1. – С. 75–77.
7. Дасаева Л.А. Современные представления об этиологии и патогенезе формирования мочевых камней /Л.А. Дасаева, Е.М. Шилов., С.Н. Шатохина. // Нефрология и диализ – 2003. – Т. 5. №2 – С.128-133.
8. Скударнов С.С. Гигиенические основы безопасности хозяйственно-питьевого водоснабжения красноярского края: автореферат дис. д-ра.мед.наук /Скударнов С.С.-Красноярск, 2010. – 18 с.
9. Шахматов С.А. Качество подземных вод территорий районов красноярского края/ Шахматов С. А.// Вестник Красноярского государственного аграрного университета. – 2012. - №5. – С. 154-156.

УДК 614.78

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Т.О. Дугаржапова, И.Б. Фарафонов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Капсаргин Ф.П., асс. Зуева Л.Ф.

Актуальность мочекаменной болезни сохраняется и по сей день, поскольку это наиболее распространенное заболевание почек и мочевыводящих путей и составляет до 40% среди пациентов с урологической патологией

[1,3]. Это заболевание с разной частотой встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто оно диагностируется у лиц трудоспособного возраста. По данным ряда авторов МКБ страдают до 4% населения высокоразвитых стран. В Российской Федерации 12% мужчин и 5% женщин хотя бы раз в течение жизни переносят почечную колику, как правило, обусловленную мочекаменной болезнью. Распространенность мочекаменной болезни прогрессивно увеличивается, что отображается в увеличении числа пациентов, страдающих МКБ. Это подчеркивает и определяет необходимость дальнейшего исследования и поиска новых путей диагностики, лечения и профилактики МКБ. [3,5,6].

Доказана эндемичность регионов России не только по частоте, но и по виду образуемых мочевых камней. В Южных регионах доминируют камни из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе – оксалаты [3,5].

Важнейшими этиологическими факторами нефролитиаза признаются химические вещества, содержащиеся в воде и почве, откуда они и поступают в организм человека с питьевой водой и пищей. Химический состав питьевой воды, потребляемой населением, имеет особое значение в камнеобразовании. Поэтому большинство авторов высокую частоту заболевания нефролитиазом видят в местных условиях, связывают её с экологической обстановкой в регионе и обращают особое внимание на географический фактор риска его возникновения. [2,3,4] Однако, эпидемиологические аспекты заболеваемости нефролитиазом, связанные с региональными особенностями антропо- и техногенных неблагоприятных воздействий, а также значение микроэлементного состава камней и воды в развитии МКБ в Красноярском крае не изучены.

Целью исследования является определение влияния качества питьевой воды на вид формирования мочевых камней. Для достижения этой цели необходимо решить ряд задач:

1. Исследование микроэлементного состава камней с помощью ИК-спектроскопии, ионной хроматографии;
2. Исследование качества питьевой воды в Красноярском крае;
3. Анализ полученных результатов.

Материалы и методы: в основу работы положен ретроспективный анализ результатов исследования микроэлементного состава мочевых камней с помощью методов ионной хроматографии и инфракрасной-спектроскопии, удалённых при оперативном лечении 130 больных с уролитиазом, за период с 2013 по 2015 год. Изучены результаты анализа проб воды из основных водных источников Красноярска.

Результаты исследования и их обсуждения: исследование основывается на ретроспективном анализе историй болезни 130 пациентов, оперированных по поводу уролитиаза. Из них мужчин было 32 (24,6%), а женщин 98 (75,4%). Средний возраст пациентов составил 52,5 лет. Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 15,1. Впервые диагноз КН установлен в 43 (33,1%) случаях, рецидив заболевания выявлен в 87(66,9%).

Локализация конкремента в правой почке определена у 69 (53,1%) пациентов, в левой у 58 (44,6%), двухстороннее у 3 (2,3%). Из сопутствующих урологических заболеваний у данной категории больных встречались: гипертоническая болезнь – 7 случаев, сердечная недостаточность – 5, пиелонефроз – 5, ишемическая болезнь сердца – 4, ожирение – 3, киста почки – 3, нефросклероз – 3, объемное образование почки – 3, ДГПЖ – 2, подковообразная почка – 1, галетообразная почка – 1.

Перед оперативным лечением всем пациентам проводили стандартное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, обзорная и экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ), посев мочи. Мочевая кислота у 92 (70,8%) больных была в пределах нормы.

Данные УЗИ в режиме D, МСКТ позволяют объективно определить анатомофункциональное строение верхних мочевых путей, выявить зоны наименьшей васкуляризации и определить область почки для вмешательства, что значительно снижает процент интраоперационных осложнений. УЗИ было выполнено 122 пациентам при этом был выявлен конкремент у 82 (67,2%). По данным обзорной урографии у 110 (84,6%) выявлен рентгенопозитивный конкремент. Нарушение уродинамики из верхних мочевых путей выявлено с помощью экскреторной урографии у 70 (53,8%) пациентов. МСКТ было выполнено 17 (13,1%) пациентам при этом у всех был выявлен конкремент. Было выявлено, что средний размер коралловидного конкремента составил 3,9 см.

Анкетированием 45 пациентов выявлено, что более половины из общего количества респондентов ведут малоподвижный образ жизни, используют для потребления водопроводную воду до 75% больных. Употребляли менее 1,5 литров жидкости в сутки 13 (28,9%) пациентов, а 2 (4,4%) – не более 500 мл. Лишь 7 (15,6%) пациентов МКБ указали на употребление жидкости более 2 литров. В большинстве случаев пищевой рацион у пациентов нашего региона с камнями мочевых путей без четких ограничений. На преобладание пищи животного происхождения в рационе указали 3 больных (6,7%) [].

Удаленные камни подвергались исследованию, определяющему их химический состав. Для этих целей использовали методы: инфракрасной-спектроскопии, ионной хроматографии (для определения содержаний оксалат-, фосфат-, сульфат-ионов в плазме крови, моче и мочевых камнях). Анализ мочевых камней показал, что однокомпонентный химический состав конкрементов встречается в нашем регионе лишь в 35,1% случаев. В подавляющем большинстве случаев конкременты были двухкомпонентными.

Минеральный состав удаленных конкрементов был следующим: у 81 (62,3%) пациентов – кальций-оксалат (вевеллит и веделлит), у 23 (17,7%) – фосфатный, у 19 (14,6%) – уратный литиаз, у 7 (5,4%) – карбонатные. В химическом составе первичных камней преобладают ураты и вевеллиты, а при рецидивном уролитиазе возрастает содержание неорганических соединений кальция вевеллит-веделлит, и кальций-фосфатные (апатит); магнийсодержащие камни (струвит).

Так же был произведен анализ историй болезни пациентов с нефролитиазом по постоянному месту жительства. Иногородные пациенты были систематизированы по районам Красноярского края, а так же по другим субъектам Российской Федерации (результаты приведены в таблице 1.).

Таблица 1

Систематизация пациентов с мочекаменной болезнью по районам Красноярского края и по другим субъектам РФ

Место №, количество пациентов	Районы Красноярского края и другие субъекты РФ
I место, 31 пациент	г. Красноярск
II место, 25 пациентов	Лесосибирский, Назаровский
III место, 20 пациентов	г. Дивногорск, г. Сосновоборск
IV место, 17 пациентов	Дзержинский, др. субъекты РФ: Республика Хакасия
V место, 13 пациентов	Большеулуйский, Шарыповский
VI место, 9 пациентов	Сухобужимский, Новоселовский
VII место, 8 пациентов	Ирбейский, Ужурский, Богучанский
VIII место, 7 пациентов	Р-ны: Таймырский, Туруханский, Эвенкийский. Др. субъекты РФ: Иркутская обл.

Анализ указанных показателей мочекаменной болезнью среди взрослого населения районов Красноярского края указывает на неоднородность распределения патологии.

Основным источником централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения являются подземные воды, которые подают 43,5% всей питьевой воды [8].

При оценке качества воды по краю был проведен отбор холодной водопроводной воды из различных районов. Проводилось определение кислотности среды (рН), органолептических и химических показателей воды.

Результаты исследований воды из различных районов Красноярского края в целом обладают высокой прозрачностью, не имеют запаха и вкуса [9].

Анализ воды систем водоснабжения свидетельствуют о том, что вода не соответствовала требованиям гигиенических нормативов ГН 2 по содержанию железа – от 15,5 до 28,8 %, марганца – в 16,7-34 %, нитратов – в 1,3-12,5 %, фтора – в 4,9 %, жесткости – в 10,5-19,7 %, общей минерализации – в 11,3-12,3 % проб. В северной части края подземные воды чаще не соответствовали ГН марганца; в центральной части края – по концентрациям железа, цинка и общей минерализации. В подземных водах южной части края наиболее часто, по сравнению с другими частями края, отмечается превышение ГН по содержанию нитратов, никеля, фтора и солей жесткости [8].

В 11 территориях Красноярского края питьевая вода характеризуется показателями жесткости ≥ 10 мг-экв/л., при гигиеническом нормативе 7 мг-экв/л. Доля проб воды с показателем жесткости ≥ 10 мг-экв/л., от общего числа исследованных по данному показателю, составила в Ужурском районе – 40,4 %, Шарыповском районе – 28,4 %, Березовском районе – 22,5 %, в Канском районе – 20,0 %, в Курагинском районе – 8,8 %, в Новоселовском районе – 6,3 %, в Назаровском районе – 5,2 %, в Шушенском районе – 3,8 %. В Ермаковском районе – 2,6 %, в Богучанском районе – 2,4 %, Боготольском районе – 1,9 % [2].

Значения рН показывают небольшое отклонение среды в сторону слабокислой, т.е. мы можем говорить о повышенном содержании свободного оксида углерода (IV), бикарбонатных и карбонатных ионов в источниках централизованного водоснабжения, что прежде всего определяется содержанием катионов кальция и магния [7,8].

Полученные результаты показывают, что химический состав микроэлементов в мочевых конкрементах у больных МКБ в Красноярском крае и концентрации химических веществ могут являться одним из причинных факторов развития уролитиаза в регионе.

Хотелось бы отметить, что на территории Красноярского края Енисей фильтрует и вбирает в себя по течению все загрязняющие сточные воды нефтедобывающих, перерабатывающих предприятий, сельскохозяйственных угодий, гидро- теплоэнергетики, угольной, горнорудной, атомной, машиностроительной промышленности, сбросы с различных очистных сооружений, жилищно-коммунального хозяйства и многих других источников загрязнения. Что так же неблагоприятно сказывается на заболеваемости населения по МКБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Главные минералогические типы почечных камней / Е.Н. Нигматулина, Э.В. Сокол Н.В. Максимова., А.Ю. Чиклинцев., Я.Л. Лукьянов. // Химия в интересах устойчивого развития. – 2004. – № 12. – С. 67-81.
2. Капсаргин, Ф.П. Применение метода ионной хроматографии в метафилактике мочекаменной болезни/ Ф.П. Капсаргин, Е.В. Юсенко, Л.Ф. Зуева.//Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №2. – С.41-45.
3. Методология изучения образования мочевых камней/ Г.М. Кузьмичева, М.О. Антонова, В.И. Руденко, А.С. Щичко, В.В. Рязанов, А.А. Натыкан.//Фундаментальные исследования. – 2012. – № 9. – С. 193-198.
4. Пен Р.З. Качество питьевой воды в восточной зоне Красноярского края как предиктор здоровья населения/ Р.З. Пен, О.Г. Морозова, П.М. Вчерашний.// Фундаментальные исследования. – 2014. – 12-2.-С. 258-262.
5. Полиенко А.К., Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни в мире / А.К. Полиенко., О.А. Севостьянова., В.А. Моисеев.// Урология. – 2006. – № 1. – С. 75–77.
6. Саенко В.С. Метафилактика мочекаменной болезни: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2007. – 40 с
7. Скударнов С.С. Гигиенические основы безопасности хозяйственно-питьевого водоснабжения красноярского края: автореферат дис. д-ра.мед.наук /Скударнов С.С.-Красноярск, 2010. – 18 с.
8. Шахматов С.А. Качество подземных вод территорий районов красноярского края/ Шахматов С. А.// Вестник Красноярского государственного аграрного университета. – 2012. - №5. – С. 154-156.

УДК 616-083.98

ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ ОЦЕНКА ПРОВЕДЕННОЙ РАБОТЫ

Т.А. Дугина, О.И. Сыч, А.А. Чехова, В.В. Иванов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы

Научный руководитель: Аршукова И.Л., к.ф.-м.н., доц.

По данным официальной статистики за последние десятилетия травматизм занимает одно из ведущих мест среди показателей смертности и инвалидности в нашей стране.[1] Не последняя роль в смертности и инвалидизации отведена и неотложным состояниям, обусловленным различными заболеваниями.[2] Важно помнить, что оказание первой медицинской помощи особенно эффективно в течение первого так называемого «золотого часа», поскольку именно в этот промежуток времени максимальные компенсаторные функции организма человека эффективно поддерживают его стабильное состояние.[3] Однако, не всегда скорая помощь может прибыть вовремя на место происшествия, поэтому умение каждого из нас оказать первую необходимую помощь пострадавшему до прибытия служб спасения может сыграть решающую роль в спасении жизни человека. Качество жизни человека, которому требуется неотложная помощь, зависит от рационального и своевременного проведения догоспитального периода. Отечественный и зарубежный опыт показывает целесообразность начала оказания первой помощи пострадавшим еще до прибытия бригад скорой медицинской помощи силами очевидцев и участников происшествия, которые, как правило, не имеют медицинского образования. Потеря времени и неправильно оказанная первая помощь могут усугубить состояние пострадавшего, существенно снизить качество его жизни и даже привести к летальному исходу.

По разным оценкам, курсы первой помощи проходит каждый второй европеец и больше половины американцев. [4] В России изучение приемов первой помощи входит в школьную программу в рамках уроков основ безопасности жизнедеятельности, кроме того прохождение курсов первой помощи обязательно для людей определенных специальностей: пожарных, спасателей, сотрудников милиции, спортивных инструкторов. Однако исследования показывают, что в нашей стране в целом и в г. Красноярске, в частности, существует проблема в низком уровне осведомлённости населения в вопросах распознавания неотложных состояний и оказания первой помощи. [5]

Целью данного исследования являлось: обучение населения основам своевременного выявления неотложных состояний, а также правильному оказанию первой помощи пострадавшему и оценка эффективности проводимых мероприятий.

Актуальность исследования заключается в том, что оказание первой помощи может рассматриваться как фактор, способный повысить выживаемость и снизить смертность пострадавших.

Задачи исследования были поставлены следующие:

1. провести рекламную кампанию для привлечения целевой аудитории;
2. разработать анкеты для оценки уровня знаний целевой аудитории в вопросах выявления неотложных состояний и оказания первой помощи;
3. с помощью анкетирования оценить уровень первоначальных знаний целевой аудитории;
4. разработать и прочитать лекции, провести мастер-классы по вопросам своевременного выявления неотложных состояний и оказания необходимой первой помощи;

5. оценить уровень знаний целевой аудитории, приобретенных в рамках проекта, по итогам анкетирования;
6. произвести обработку полученных данных и оценить эффективность проведенных мероприятий.

Для проведения мероприятия была проведена рекламная кампания. Разработка рекламной кампании включала в себя раздачу рекламных листовок, содержащих информацию о ближайших мероприятиях и QR-код, в котором была зашифрована ссылка на группу в соц.сети Вконтакте. В данной группе интересующиеся могли получить более подробную информацию о плане мероприятия, месте и времени проведения, а также задать вопросы. В группе анонсировалось каждое предстоящее событие. Население привлекалось в том числе с помощью средств массовой информации: агентство News lab, телекомпания Енисей-регион в рамках программы «Утро на Енисее» и «Наш универ».

Для проведения исследования нами были разработаны две анкеты, первая из которых включала в себя паспортную часть, блок вопросов, касающихся первой помощи и блок тестовых вопросов относительно некоторых неотложных состояний (анкета № 1). Вторая анкета содержала тестовые вопросы из первой анкеты и дополнительные тестовые вопросы, касающиеся первой помощи при других неотложных состояниях (анкета № 2). Первая анкета заполнялась до проведения мероприятия, а вторая – после.

Программа мероприятий включала теоретический материал и обучение целевой аудитории распознавать и оказывать первую помощь при неотложных состояниях, связанных с заболеваниями и с воздействием внешних факторов. Теоретический материал подкреплялся практической частью: целевой аудитории демонстрировались алгоритмы действия при проведении сердечно-легочной реанимации, при удалении инородного тела из дыхательных путей, при кровотечениях и переломах. После демонстрационного мастер-класса каждый желающий попробовал самостоятельно воспроизвести указанные алгоритмы действий.

По окончании мероприятия участники получили информационные буклеты и календарики, содержащие телефоны необходимых экстренных служб.

Для оценки эффективности проведенных мероприятий, а также проведения углубленного анализа данных анкетирования использовалась статистическая обработка в программе SPSS следующими методами: критерий Мак-Немара, непараметрический коэффициент корреляции Спирмена, кластеризация методом К-средних, построение деревьев классификаций.

Результаты

В исследовании приняли участие 210 человек в возрасте от 18 до 83 лет. Половозрастная структура участников представлена на рис. 1. Женщин было почти в два раза больше, чем мужчин. Среди мужчин преобладали группы молодого возраста.

Проект реализовывался с июля по октябрь 2015 года, всего было проведено 15 мероприятий. Изначально проведение планировалось в молодежном центре Пилот и в городской поликлинике №14, однако в процессе работы по проекту запланированные в поликлинике мероприятия были заменены на мероприятия в Администрации города и Центре путешественников. При этом на двух из них присутствовали участники волонтерского движения «Поиск пропавших детей – Красноярск».

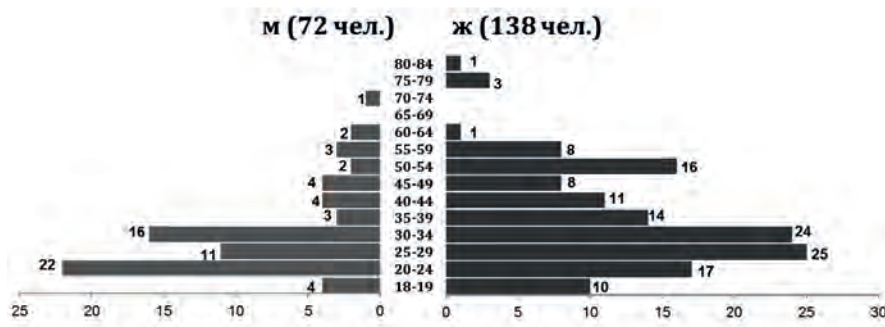


Рисунок 1. Половозрастная структура участников мероприятий

По результатам анкетирования большинство респондентов интересующую медицинскую информацию получают из интернета и от медицинских работников.

По данным анализа данных анкетирования 69 % респондентов изучали правила оказания первой помощи ранее (на уроках ОБЖ в школе и университете, в автошколе). При этом 56 % из них оценивали приобретённые знания и навыки как требующие усовершенствования, а большинство тех, кто ранее не обучался, говорили об отсутствии у них подобных знаний и умений (37 %).

Эффективность проведенных мероприятий оценивалась по приросту правильных ответов на девять повторяющихся ситуационных вопросов анкет до начала проведения мероприятия и после него. При сравнении показателей методом Мак-Немара были выявлены достоверно значимые различия, $p < 0.05$. Исследование

корреляционных зависимостей показало, что первоначальные знания не скоррелированы с тем, изучались ли до этого правила оказания первой помощи ($r=0,04$), а самооценка знаний в области оказания неотложной помощи слабо скоррелирована с фактом изучения первой помощи ранее ($r=0,26$).

Только 26% опрошенных указали, что сталкивались с ситуациями, когда надо было оказать первую помощь. При этом 62% из них отмечают, что их действия облегчили состояние пострадавшего, в 20% случаев не оказали никакого влияния, и только один человек указал, что его действия ухудшили состояние пострадавшего. 11% опрошенных оказывали первую помощь люди без медицинского образования. Из них 74% отмечают, что их состояние улучшилось, а об ухудшении состояния не указал ни один респондент.

Исследуя отзывы участников о мероприятии, выявлена зависимость отзыва от того, изучалась ли первая помощь ранее. Среди тех, кто курсы уже посещал, радостных отзывов было у 13% в противовес 9% не посещавших курсы до этого. Основными отрицательными моментами обучения отмечали недостаток практики- 60%, недостаток времени- 35% и сложности в восприятии материала- 4%. При этом люди старше 25 лет указывали преимущественно на недостаток практики, а люди младше 25 лет говорили о нехватке времени на обучение. При изучении недостатков наших мероприятий следует отметить, что участники, которые ранее изучали первую помощь, уже не испытывали сложности в восприятии материала, а для тех, кто первую помощь ранее нигде не изучал, сложное восприятие материала на наших мероприятиях было на первом месте. Предпочтительными формами обучения большинство называло практические занятия в малых группах, а также лекции и мастер-классы. Среди заболеваний, о которых люди хотели бы получить больше информации, отмечаются прежде всего инсульты, инфаркты, травмы и переломы.

В основе данного проекта лежит идея обучения населения своевременному выявлению неотложных состояний, а также правильному оказанию первой помощи пострадавшему, своевременности его госпитализации. К участию привлекалось взрослое население г. Красноярска как потенциальные кандидатуры, способные, обладая определенными навыками, оказать помощь человеку при необходимости неотложного вмешательства.

Для проведения мероприятия нами была разработана и проведена рекламная кампания, анкеты, лекционный материал с презентацией, а также информационные буклеты.

Проект реализовывался с июля по октябрь 2015 года, всего было проведено 15 мероприятий. В исследовании приняло участие 210 человек в возрасте от 18 до 83 лет.

Эффективность проводимых мероприятий подтверждена: получены значимые различия при ответе на 9 повторяющихся ситуативных вопросов до обучения и после ($p<0,05$).

При планировании дальнейших мероприятий следует учитывать полученные результаты, что людям старше 25 лет требуется большее количество практики, а люди младше 25 лет необходим более длительный промежуток времени на усвоение материала. Предпочтительными формами обучения большинство называло практические занятия в малых группах, а также лекции и мастер-классы. Среди заболеваний, о которых люди хотели бы получить больше информации, отмечаются прежде всего инсульты, инфаркты, травмы и переломы.

Практическая значимость данной работы содержит социальный и экономический эффект, обусловленные снижением смертности и инвалидизации и связанных с ними затрат.

Планируется дальнейшее проведение мероприятий с учётом полученных результатов и замечаний участников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная программа развития здравоохранения РФ rosminzdrav.ru/ministry/programms/health.
2. Гончаров, С.Ф. Медицинское обеспечение пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ретроспективная подборка рефератов)/С. Ф. Гончаров Новости науки и техники. Серия Медицина. Медицина катастроф. Служба медицины катастроф.-2007.-№3.-С.3-44.
3. Министерство здравоохранения Астраханской области <http://minzdravao.ru/press-release/13-sentyabrya-vsemirnyy-den-okazaniya-pervoy-meditsinskoy-pomoshchi>.
4. Национальный центр обучения навыкам оказания первой помощи http://www.galo.ru/_uploaded/document/files/dissertation.pdf.
5. Батурин, Д.И. Обучение правилам оказания первой помощи. Существующие проблемы./ К.И. Лысенко Л.И. Дежурный, Д.И. Батурин // Врач скорой помощи.- 2010.-№8.- С. 13-16.
6. Оказание первой помощи (памятка) http://www.mchs.gov.ru/upload/site1/document_file/AfYX9NREiM.pdf.
7. Болотников, И.Ю. Оказание специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе детям 0-14 лет, пострадавшим в результате ДТП./ Н.И. Болотникова, И.Ю. Болотников// Здоровье семьи-21 век.-2014.-№1.-С.1-10.
8. Алонова, Е.А. О проблемах обучения правилам оказания помощи./ С.В. Истомин, Е.А. Алонова // Охрана и экономика труда.-2012.-№1.-С.45-48.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ И РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫХ ИГР В ВОССТАНОВЛЕНИИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

Д.А. Дуж, Т.С. Захарчук, С.А. Малых

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

д.м.н., проф. Прокопенко С.В., асс. Безденежных А.Ф.

Медицинская реабилитация стремительно набирает скорость в области новейших технологий. Компьютеризация стала одним из главных направлений в получении определённых навыков пациентами и тренировке в различных направлениях реабилитации. Именно компьютерные системы и мультимедийные установки могут сегодня не только оказывать большую помощь, но и помогать врачам и научным сотрудникам решать важнейшие задачи, проводить исследования для разработки новых, более усовершенствованных методов. Например, компьютерные программы можно использовать как один из методов когнитивной реабилитации у больных после острого нарушения мозгового кровообращения.

На сегодняшний день это достаточно актуальная проблема. Церебральный инсульт является одной из основных причин инвалидизации. По данным Минздрава на 2012 г. в России зарегистрировано 361 490 случаев, что составляет 252,4 случаев на 100 тыс. населения [1]. В структуре исходов инсульта кроме двигательного дефицита значимый процент отводится когнитивным нарушениям (КН). В остром периоде инсульта постинсультные когнитивные нарушения встречаются у 73% пациентов [2]. Постинсультные когнитивные нарушения отрицательно влияют на результаты реабилитации, ухудшая исходы восстановления двигательных функций, повседневную активность, в том числе увеличивается вероятность повторного инсульта и преждевременной смерти [7]. Чаще всего встречаются легкие и умеренные КН, в большинстве случаев поддающиеся коррекции и восстановлению [3]. По разным данным, двигательным нарушениям в различные сроки после инсульта сопутствуют когнитивные расстройства, выявляемые в 65-97% случаев. Депрессивные расстройства и эмоциональная лабильность нередки для больных с КР. Когнитивные нарушения, а также высокие уровни тревоги и депрессии отрицательно коррелируют с социальной активностью. Кроме того, КР могут являться причиной низких результатов в процессе реабилитации, поскольку пациенты с КР требуют особых методических подходов и специального медикаментозного лечения [4]. К основным методам когнитивной реабилитации относятся: медикаментозное лечение, занятия с нейропсихологом, когнитивный компьютерный тренинг. Занятия с нейропсихологом - это золотой стандарт когнитивной реабилитации, но они могут быть проведены лишь с небольшим количеством пациентов. И для наибольшего охвата пациентов можно использовать когнитивный компьютерный тренинг, который является сравнительно новым методом.

Эффективность компьютерной когнитивной реабилитации подтверждена различными исследованиями. [6;8]. Исследователи считают, что эти программы могут использоваться в настоящее время при любых когнитивных нарушениях, независимо от приводящих к ним причин.[6] Но в России нет оригинальных компьютерных нейропсихологических программ, только в последнее время на российском рынке стали появляться дорогостоящие зарубежные аналоги. На кафедре нервных болезней и реабилитации ПО КрасГМУ был разработан комплекс компьютерных нейропсихологических программ, который показал эффективность в сравнении с традиционным курсом реабилитации без когнитивной коррекции. В отличие от общедоступных развивающих компьютерных игр, предлагаемые методики преследуют целевую тренировку таких когнитивных функций как внимание, оптико-пространственный гнозис, зрительно-пространственная память. Значимая эффективность, хорошая переносимость, низкая стоимость подхода, возможность самостоятельного использования в домашних условиях дают основания предполагать перспективность применения тренировочных компьютерных программ в реабилитационном процессе. [5] Кроме того, игровая мотивация обеспечивает большую приверженность пациентов к реабилитационному процессу.

Цель исследования: сравнить изменения когнитивного статуса пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями, которые работали с оригинальными нейропсихологическими компьютерными программами, и изменения в однородной группе пациентов, которые играли в развлекательные игры.

Задачи: провести оценку когнитивного, неврологического, эмоционального и функционального статуса каждого пациента до и после лечения, а также в анамнезе по истечению трех-шести месяцев; провести с пациентами занятия, используя нейропсихологические компьютерные игры и развлекательные игры; статистически обработать полученные данные и проанализировать их.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Сибирского клинического центра Федерального медико-биологического агентства в г. Красноярске. 66 пациента были рандомизированы в 3 группы: основную, группу активного контроля и группу пассивного контроля. В основной группе (22 человек: 13 мужчин и 9 женщин,

в возрасте 59,5 лет [56; 62]) пациенты в дополнение к комплексному восстановительному лечению в центре нейрореабилитации работали с нейропсихологическими компьютерными программами. В группе активного контроля, состоящей из 18 пациентов (12 мужчин, 6 женщин) в возрасте 57 лет [52; 62], пациенты играли в развлекательные компьютерные игры. В группе пассивного контроля, представленной 26 пациентами (20 мужчин и 6 женщин) в возрасте 60 [53;63], проводилась только двигательная реабилитация. Занятия пациентов с нейропсихологическими компьютерными играми проводились ежедневно в течение 10 дней, по 30-40 минут в день. Пациенты из группы активного контроля играли в развлекательные компьютерные игры в таком же режиме.

Критерии включения пациентов в исследование: больные в возрасте 40-65 лет, перенесшие полушарный инсульт, с когнитивными нарушениями в стадии ЛКР и УКР, в раннем и позднем восстановительных периодах инсульта, подписавшие информированное согласие. Критерии исключения: соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации, наличие эпилептических или эпилептиформных изменений на ЭЭГ, возраст за рамками заявленного, грубые когнитивные или афатические нарушения, наличие патологии зрения и слуха, препятствующих проведению занятий.

Оценка неврологического, когнитивного, аффективного и функционального статуса проводилась с использованием валидизированных шкал.

Комплекс авторских компьютерных стимулирующих программ включает: тренировку оптико-пространственного гнозиса с использованием компьютерного варианта пробы «фигура-фон»; тренировку зрительно-пространственной памяти с использованием проб на запоминание положения картинки; тренировку внимания с использованием компьютеризированных таблиц Шульте, тренировку зрительной памяти с использованием проб на запоминание последовательности трудно вербализуемых символов, тренировку оптико-пространственного гнозиса с помощью теста расстановки стрелок на часах, программу коррекции импульсивности и концентрации внимания, программу для тренировки счета. В качестве развлекательных игр использовались компьютерные игры из группы аркад и арканов. Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Статистика 7». Тип распределения оценивался с помощью критерия Shapiro-Wilk. В соответствии с типом распределения, использовались непараметрические статистические методы для сравнения результатов между группами до и после вмешательства Kruskal-Wallis тест, $p < 0,05$, при наличии отличий, применялся тест множественных сравнений ($p < 0,05$). Для сравнения групп по качественным признакам (пол) применялся тест Хи-квадрат. Для оценки достоверности изменений в каждой группе после лечения и в катамнезе использовался Wilcoxon Matched Pairs Test, $p < 0,05$. Также проводился анализ эффекта по формуле $\Delta = (N_2 - N_1) / N_1 * 100\%$.

Результаты: Исходные значения оценочных шкал неврологического, когнитивного и функционального статусов до начала лечения не имели статистически значимых различий между основной и контрольными группами (Kruskal-Wallis, $p > 0,05$). После занятий с нейропсихологическими программами в основной группе наблюдалось статистически достоверное улучшение по всем когнитивным шкалам: MMSE (в среднем на 2,5 балла), FAB (на 1,5 балла), MoCA (на 4 б), тест рисования часов (на 0,5 б.), таблице Шульте (на 17 сек).

В группе активного контроля после занятий с использованием развлекательных игр наблюдалось статистически достоверное улучшение по некоторым когнитивным шкалам: MMSE (в среднем на 2 б.), FAB (на 1,5 б.), MoCA (на 3 б.).

В группе пассивного контроля выявлено статистически достоверное улучшение по двум когнитивным шкалам: MoCA (на 1 б.), таблице Шульте (на 12,5 б.), FAB.

Во всех группах наблюдались статистически значимые улучшения в неврологическом статусе (NIHSS) и ни в одной из групп не было обнаружено достоверных изменений со стороны аффективного и функционального статусов (HADS, IADL).

В катамнезе во всех группах результаты сохранялись в течение 3-6 месяцев без статистически значимых изменений.

Сравнивая результаты между группами после лечения, мы обнаружили статистически достоверные различия между основной группой и группой пассивного контроля по следующим шкалам: MoCA, таблице Шульте (график 1,2); между группами контроля по шкале общего впечатления пациента GISP (график 3). Не обнаружено достоверных различий в когнитивном, неврологическом, функциональном статусе, эмоционально-волевой сфере между группой, где пациенты играли в развлекательные игры и группой, в которой проводилась когнитивная реабилитация с помощью компьютерных нейропсихологических игр.

При оценке эффекта лечения Δ между основной группой и группой пассивного контроля, были обнаружены статистически достоверные различия по шкале MoCA и MMSE (Scheffe test, $p < 0,05$).

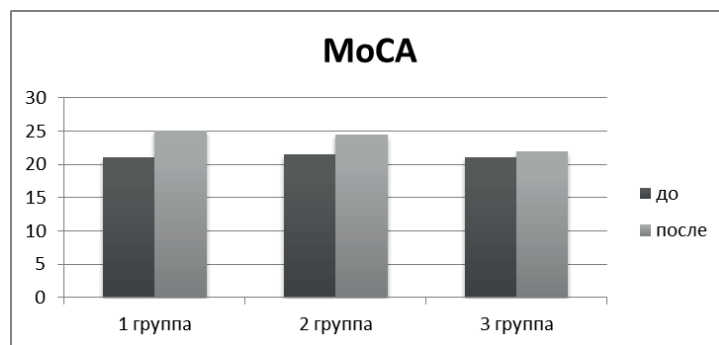


График 2



График 3

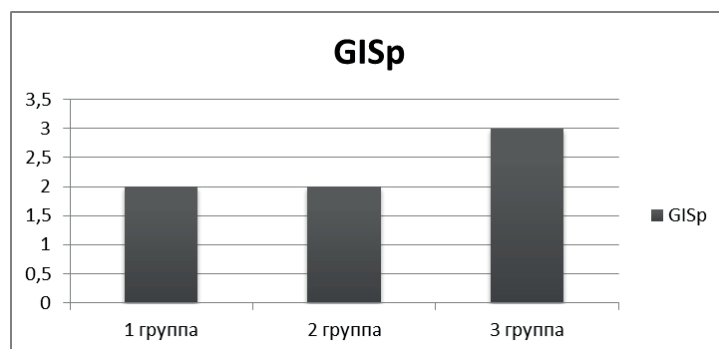


График 1

Выводы:

Проведение дополнительного курса когнитивной реабилитации с использованием компьютерных нейропсихологических программ пациентов в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта в дополнение к стандартной программе реабилитации позволили достоверно улучшить когнитивные функции (статистически значимо по всем когнитивным шкалам). Улучшение по шкалам MoCA, FAB и NIHSS во всех группах свидетельствует о том, что курс двигательной реабилитации благоприятно сказывается не только на неврологическом статусе пациентов, но и когнитивном. Во всех группах изменения сохранялись в течение 3-6 месяцев.

Учитывая анализ между группами и анализ эффекта лечения Δ , можно говорить о том, что специализированный компьютерный тренинг достоверно эффективнее повышает когнитивный статус пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями, в сравнении со стандартным курсом нейрореабилитации без когнитивной коррекции. В то же время, не обнаружено статистически значимых различий в когнитивном статусе между контрольной и группой, в которой пациенты играли в развлекательные игры, однако пациенты, игравшие в игры получили лучшее общее впечатление от лечения в сравнении с группой контроля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Г.А. Заболеваемость всего населения в 2012 г. Статистические материалы. – М. – 2013. – С. 83 – 85.
2. Гусев Е.И., Неврология и нейрохирургия: учебник. В 2 томах. Том 1. Неврология. // Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа – 2013. – С. 624.
3. Евзельман, М. А. Когнитивные нарушения у больных с ишемическим инсультом и их коррекция / М.А. Евзельман, Н.А. Александрова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 10. – С. 36 – 39.

4. Мельникова, Е.А. Новые подходы к прогнозированию течения когнитивных расстройств и контролю реабилитации у больных с инсультом/ Е.А. Мельникова, А.Н. Разумов // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – № 5 (48), Том 9. – С.47– 50.
5. Прокопенко, С.В. Возможности когнитивного тренинга с использованием специализированных компьютерных программ у больных, перенесших инсульт / С.В. Прокопенко, Е.Ю. Можейко, Т.Д. Корягина // Неврологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 20 – 24
6. Assessing and restoring cognitive function searly after stroke / Zucchella C, Capone A, Codella V, Vecchione C, Buccino G, Sandrini G, Pierelli F. // Functional Neurology. – 2014. – № 29. – P. 255 – 262.
7. Association between mild vascular cognitive impairment and impaired activities of daily living in older stroke survivors without dementia / Stephens S., Kenny R.A. et al. // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – № 1. Vol. 53. – P. 103—107.
8. Is computer-assisted training effective in improving rehabilitative outcomes after brain injury? A case-control hospital-based study / Rosaria De Luca, M. Sc., Ph.D., Rocco Salvatore Calabro, M.D., Ph.D., Simona De Salvo, M.Sc., Lilla Bonanno, M.Sc., Ph.D., Francesco Corallo, Psy., Maria Cristina De Cola, M.Sc., Placido Bramanti, M.D. // Disability and Health Journal. – 2014. – № 3. Vol. 7. – P. 356 – 360.
9. Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery/ Patel M., Coshall C., Rudd A.G.// Clinical Rehabilitation. – 2003. –№ 2. Vol. 17. – P. 158 – 166.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПОСРЕДСТВОМ АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Д.А. Думлер

Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Стоянова Е.И.

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство). Однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

Авторы концепции посттравматического развития считают необходимым подчеркнуть, что вовсе не склонны рассматривать травму саму по себе как некое благо. Напротив, очевидно, что люди, переживающие травму, сталкиваются со множеством неприятных последствий и некоторые могут развить болезненные формы реагирования.

Эмпирические исследования говорят о том, что посттравматическое развитие - не универсальный феномен и клиницист не должен ориентироваться на то, что позитивные изменения - это необходимый этап восстановления. Травма рассматривается как своеобразное психологическое «землетрясение», событие сейсмического характера, которое потрясает основы мироустройства, жизненные кризисы подвергают серьезному испытанию или даже разрушению систему представлений, способ осмысления мира. Необычность, неконтролируемость, потенциальная необратимость, скрытая или явная угрозы события меняют перспективу, способ восприятия мира и себя в этом мире, человек оказывается расщепленным на «до» и «после», он не равен самому себе, прежние границы разрушены. Именно из-за нарушения системы фундаментальных представлений, которая обеспечивала структуру и смысл жизни, мы видим дистресс и рост сосуществующими после травмы. Ирвин Ялом также говорит о том, что выживание в экстремальных обстоятельствах зависит от того, способен ли человек найти смысл в собственном страдании.[1]

Судя по всему, посттравматическое развитие и уровень дистресса/комфорта относятся к разным измерениям. Это соответствует клиническим наблюдениям, поскольку люди, переживающие значимые изменения на пути посттравматического развития, далеко не всегда демонстрируют снижение уровня дистресса и улучшение состояния.

Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.[2]

Для поддержания эмоционального состояния людей с посттравматическим стрессовым составлена программа психологического сопровождения.

Для реализации программы сопровождения, необходимо рассмотреть особенности проблематики посттравматического воздействия на психологическую составляющую человека, мнения авторов, а также способы

борьбы со стрессовыми расстройствами личности, страдающими ПТСР, способы поддержания пациентов и помощь родственникам данной категории пациентов.[3]

Составление программы сопровождения основано на полученных психодиагностических данных (эмпирический этап исследования).

Местом проведения исследования был выбран Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн. Выборка исследования представлена группой испытуемых (мужчины и женщины), состоящей из 20 пациентов с синдромом посттравматического стрессового расстройства в отделении медико-психологической реабилитации.

Эмпирическое исследование состояло из следующих этапов: теоретическое исследование проблемы эмоциональной сферы людей; теоретическое исследование проблемы ПТСР; механизмы его возникновения, особенности протекания, методы лечения.

1) Проведение диагностики с целью выявления эмоциональной сферы пациентов, страдающих ПТСР с помощью таких методик, как «САН», шкала депрессии Бека, методика Спилберга-Ханина, опросник Айзенка.

I этап исследования (до проведения программы психологического сопровождения):

Из процесса беседы с пациентами синдромом ПТСР выявлено было, что у большинства переживают стрессовые ситуации и находятся в состоянии легкой депрессии, а также в состоянии вины за прошедшие психотравмирующие события.

По полученным данным методики «САН», можно сделать вывод, что у преобладающего количества пациентов составляющие общего эмоционального состояния(самочувствие, активность, настроение) снижены. Данные показатели зависят от различных факторов, таких как: болезнь самого испытуемого, нахождение в стационаре.

Второе, что мы выявили, по методике «Спилберга-Ханина» это то, что у пациентов ситуативная (45%) и личностная (50%) тревога в большей степени носят умеренный характер, что говорит о субъективном переживании эмоций, беспокойством пациентов. Состояние реактивной тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Обычно уровень реактивной тревожности изменяется (повышается или снижается) накануне важных встреч, перед выполнением ответственных заданий, соревнованиями, выступлениями в аудитории. Тревожность может быть результатом недавно пережитых событий, эмоциональное впечатление от которых еще не утратило своего воздействия на личность. Личностная тревожность это также устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденций воспринимать довольно широкий спектр ситуаций как угрожающие (тенденция избегания).

При обработке результатов по методике «Айзенка» было выявлено, что группа пациентов разделилась на три типа темперамента(меланхолик, сангвиник, флегматик) холериков в данной группе выявлено не было.

По всем показателям данной методики мы увидели, что преобладающее большинство пациентов интроверты (75%), что говорит о замкнутости, обособленности от внешнего мира. Пациенты с меланхолическим темпераментом легко ранимы, склонны к постоянному переживанию различных событий, мало реагируют на внешние факторы. Свои астенические переживания они не могут сдерживать усилием воли, они чересчур впечатлительны, легко эмоционально ранимы. Флегматики невозмутимы, имеют устойчивые стремления и настроение, внешне скупы на проявление эмоций и чувств. Они проявляют упорство и настойчивость в работе, оставаясь спокойными и уравновешенными. Пациенты-сангвиники подвижны, с частой сменой настроения, впечатлений, с быстрой реакцией на все события, происходящие вокруг них, довольно легко примиряются со своими неудачами и неприятностями. Обычно сангвиники обладают выразительной мимикой.[4]

Основываясь на полученных результатах и учитывая выявленные особенности эмоциональной сферы пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, нами была разработана программа психологического сопровождения.

1. Целью данной программы является поддержания стабилизированного эмоционального состояния пациентов с ПТСР. Задачи, решаемые в программе психологического сопровождения явились:

2. Установления доверительного контакта с пациентами ПТСР.

3. Проведение релаксационных упражнений с пациентами ПТСР.

4. Проведение арт-терапевтических упражнений на снятие тревожности пациентов ПТСР.

5. Проведение арт-терапевтических упражнений на поднятие настроения, активности и самочувствия.

6. Проведение арт-терапевтических упражнений на умение справляться с критическими ситуациями.

7. Проведение упражнений на рефлекссию.

Программа сопровождения состоит из 10 занятий с разработанными в завершении рекомендациями по поддержанию своего эмоционального состояния пациентам с синдромом ПТСР. В качестве участников группы были выбраны пациенты с более выраженными показателями в сравнении с другими пациентами (20 человек).

Упражнения на снятие эмоционального напряжения: «Рисунок состояния», упражнение направленное на восстановление самоконтроля и снятие тревожности «Словесный натюрморт». Дыхательные упражнения:

«Дыхательная релаксация» (цель: стабилизация дыхания в стрессовых состояниях); «Релаксация своего эмоционального состояния»; «Мои ресурсы» (цель: избавление от неуверенности в себе, позитивная оценка своего жизненного опыта). Далее были упражнения направленные на устранение негативных переживаний, снятие стресса. Упражнения: «Слеплю сам», «Рисование с партнером»; «Радуга».

Упражнение направленное на выявление переживаний человека и их проработку: «Коллаж» (цель упражнения: раскрыть потенциальные возможности человека); «Упражнение направленное на переживание и распознавание своих эмоций: «Лабиринт» (цель упражнения: устранение негативных переживаний, снятие напряжения).

В завершении второго этапа исследования было предложено пациентам освободиться от негативных мыслей про свою болезнь, обсуждения положительных и отрицательных моментов в процессе прохождений упражнений на релаксацию, дыхание. Анализирование проделанной работы в общей картине пациента. Предоставление соответствующих рекомендаций пациентам по своему синдрому ПТСР.[5]

Таким образом, разработанная программа арт-терапевтического сопровождения пациентов с ПТСР с ситуативной и личностной тревогой может быть определена как «инструмент», который позволит улучшить эмоциональное и физическое состояние пациентов ПТС, находящихся на стационарном лечении в госпитале ВОВ. Включение программы арт-терапевтического сопровождения позволит пациентам снизить уровень ситуативной и личностной тревоги и привести в норму самочувствие, активность и настроение, что может послужить перспективой для успешного прохождения лечения и коррекции синдрома ПТСР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ирвин Ялом. Экзистенциальная психотерапия. Москва, Независимая фирма "Класс" 1999 - С. 576
2. Малкины-Пых. Психология поведения жертвы. - Издательство: ЭКСМО. Москва. 2006г – С. 1008
3. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги, 1983, - С.68-72
4. Харитоновна И.В. Дезадаптивные проявления у людей с различным типом темперамента при эмоциональном стрессе. - Автореф. дисс. канд. мед. наук. - СПб., 1997, - С.32
5. Колошина Т.Ю. Арт-терапевтические техники в тренинге. Издательство: Речь, 2010 – С.384.

УДК 338.46:614.21

РЫНОК ПЛАТНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

И.Н. Дьякова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра экономики и менеджмента*

Морозова Т.Д.

Существующая в России система бюджетных учреждений была сформирована в иных социально-экономических условиях и до сих пор функционирует в отрыве от современных подходов к развитию государственного управления, от принципов оптимальности и достаточности предоставления государственных и муниципальных услуг. Бюджетные учреждения полностью финансируются бюджетом Российской Федерации и бюджетами субъектов РФ, т.е. органы публичной власти просто содержат систему бюджетных учреждений вне зависимости от объема и качества оказываемых ими услуг. Это накладывает определенное бремя на финансовую систему Российской Федерации.

Поэтому в современных условиях рыночной экономики для повышения эффективности предоставления государственных услуг при условии сохранения (либо снижения темпов роста) расходов бюджетов на их предоставление государственные бюджетные учреждения переходят в автономные некоммерческие. Автономное медицинское учреждение – это государственная медицинская организация, учрежденная Министерством здравоохранения Российской Федерации или министерством здравоохранения субъекта Федерации. Целью его является оказание услуг в сфере здравоохранения. Автономное учреждение – это организация, которой доступна большая часть льгот, положенных бюджетному учреждению, но при этом не имеющая таких же ограничений, обладающая большей свободой в финансово-хозяйственном плане. Она получает финансирование от государства, которое может направлять на расходы по основному виду деятельности, на содержание имущества или уплату налогов. Но также она может получать доход от закрепленного за ней имущества, например, сдавая в аренду помещение, или предоставления платных услуг. При этом организация сама будет определять, на что тратить полученные средства, и имеет право корректировать расходы в случае необходимости. Она может объединять бюджетные средства и средства, полученные от внебюджетной деятельности. Автономное учреждение имеет право размещать финансовые средства на депозитных счетах, получая тем самым дополнительный доход.

Автономное учреждение – это организация, имеющая возможность повысить свою доходность, а также качество услуг благодаря перечисленным выше факторам. Поэтому, для автономного бюджетного учреждения «Краевой Центр СПИД» необходимо разработать стратегию развития платных услуг с целью повышения финансовой эффективности учреждения и увеличения фонда оплаты труда сотрудников.

1. Цель исследования: спектр и объем платных услуг в рамках автономного учреждения «Краевой Центр СПИД».
2. Объект исследования: внебюджетная деятельность государственного медицинского учреждения «Краевой Центр СПИД».
3. Предмет исследования: рынок платных услуг КГАУЗ «Краевой Центр СПИД».
4. Гипотеза: существующая стратегия платных услуг, оказываемых КГАУЗ «Краевой Центр СПИД» недостаточна для ведения внебюджетной деятельности в рамках автономного учреждения.
5. Объект, предмет, цель и гипотеза исследования обусловили постановку следующих задач:
 - 1) Анализ финансово-хозяйственной деятельности учреждения в рамках источника финансирования;
 - 2) Анализ рынка платных медицинских услуг диагностического и лечебно-профилактического направления;
 - 3) Нормативно-правовое обеспечение перехода государственного бюджетного учреждения в автономное;
 - 4) Оценка финансовой эффективности деятельности автономного учреждения.

Ожидаемые результаты: В результате исследования планируется проанализировать финансово-хозяйственную деятельность учреждения до и после увеличения объема платных услуг для населения, оценить влияние данной схемы работы на дальнейшую эффективность работы учреждения. Полученные дополнительные финансовые ресурсы направить на материальное стимулирование работников учреждения и формирование фондов развития, характер использования которых будут определяться самим учреждением.

План проведения исследования:

№ п/п	Название этапа	Период проведения этапа
1.	Анализ финансово-хозяйственной деятельности учреждения до перехода в автономное образование	Май 2015г.
2.	Анализ рынка платных услуг (анализ спроса и предложения на виды предлагаемых услуг, анализ цен конкурентов)	Июнь 2015г.
3.	Анализ затрат для расширения платных услуг	Май 2015г.
4.	Анализ финансово-хозяйственной деятельности учреждения после перехода в автономное образование	Декабрь 2015г.
5.	Оценка финансовой эффективности деятельности учреждения после расширения платных услуг в учреждении.	Апрель 2016г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бюджетное послание Президента РФ Федеральному собранию от 28.06.2012г. «О бюджетной политике в 2013-2015 годах»
2. Зайцева Г.Г. Показатели эффективности: что применяется на практике? //Руководитель автономного учреждения. 2014. N 4.
3. Климова Т.Н. Финансовый менеджмент медицинской организации. – Изд-во Бонниер Бизнес Пресс, СПб, 2010.
4. Конституция Российской Федерации. Режим доступа: <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-4.htm>.
5. Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования: уч. пособие – Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. – 101 с.
6. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» от 8 мая 2010 г.: Федеральный закон № 83-ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12180688>
7. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения – М.: МЦФЭР, 2004.
8. Стенограмма Заседания президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах 30 июля 2013 г. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973>
9. Яковлев Е.П., Подольцев А.Л. Современные тенденции расширения хозяйственной самостоятельности ведомственных медицинских организаций в условиях рыночной экономики. «Экономика здравоохранения». – 2004. – № 8. – С. 15–16.

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБВИ НА ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Е.Р. Елисеева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Стоянова Е.И.

Актуальность исследований в области психологии любви обусловлена значимостью данного феномена для жизни и развития человека. В любви как чувстве и высшей психической функции проявляется и формируются личность и индивидуальность человека, иерархия его ценностей и смысложизненных установок, половая и гендерная идентичность. Субъектность человека, его возможности реализации творческой и неадаптивной активности, альтруизма, свободы характеризуют любовь как специфическую форму межличностного взаимодействия. Любовь играет огромную роль в становлении отношения к другим людям и самоотношения, выступая высшей формой их реализации.

Цель исследования: Выявление общих теоретических закономерностей влияния любви на развитие ребенка.

Задачи: Проанализировать теоретические положения и исследования влияние материнской любви на внутриутробное развитие; Сделать общий вывод по результатам анализа теоретических положений по теме

Во все времена перед человеком стоял один из важнейших вопросов: Что же такое любовь? Многие ученые занимались исследованиями в этой области, но до сих пор нет единого мнения.

Э. Берн определяет любовь как - «наиболее полное и наиболее благородное из всех отношений и включает в себя самое лучшее из всех остальных отношений: уважение, восхищение, страстность, дружбу и интимность» [6]

Э. Фромм понимает любовь как «ответ на проблему человеческого существования». Человек, осознавая свою отделенность от природы, осознавая свою жизнь, прошлое, понимает краткость своего существования. Т.е. то, что не по своей воле он рожден и не по своей умрет и т.п. Человек «стал бы безумным», если бы не смог освободиться из этой тюрьмы, покинув ее, объединившись в той или иной форме с людьми и окружающим миром. Способ преодоления этого, по Фромму, и есть любовь. Любовь, пишет он, это «активная заинтересованность в жизни и развитии того, что мы любим» [4]

Другие ученые рассматривают чувство любви как ряд физиологических процессов сопровождаемых выделением гормонов. Уровень гормонов допамина, адреналина и норадреналина заметно повышается, когда человек начинает влюбляться. Допамин вызывает ощущение эйфории, а норадреналин и адреналин становятся причиной взволнованности, напряжения и сердцебиения. Согласно науке, чувство любви находится в тесном взаимодействии с центром удовольствия в мозге.

Существует мнение, что любовь появилась для того, чтобы обеспечить выживаемость потомства. Человеческий детеныш рождается неспособным к самостоятельной жизни в отличие от других животных, поэтому была необходима эмоциональная привязанность, чтобы мать продолжала заботиться и оберегать своих детей.

Привязанность между матерью и ребенком – истинная эмоциональная привязанность, следовательно, мы вправе говорить о том, что эмоции играли важную роль в защите потомства и в обеспечении материнской заботы.

Привязанность матери и ребенка возникает не вдруг, а связана с мотивами зачатия, отношением к беременности, родам (влияя на их течение), с личностными особенностями беременной и ее отношениями с партнером (отцом ребенка).

О влиянии психосоциальных факторов на зачатие, на становление психических функций и развитие личности будущего ребенка писал основатель теории транзакционного анализа Е. Берн (1972). Он считал, что «ситуация зачатия человека может сильно влиять на его судьбу». Непосредственную ситуацию зачатия он предлагал называть «зачаточной установкой». Независимо от того, была ли ситуация результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия, следует анализировать любой из этих вариантов. Необходимо выяснить, каковы были обстоятельства, как подготавливалось это событие, планировалось ли оно, а если планировалось, то как: хладнокровно и педантично, темпераментно, с разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии. В жизненном сценарии будущего ребенка, утверждает Е. Берн, могут отразиться все эти качества, так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку. На основании своих исследований Е. Берн выделял «родовые сценарии». Наиболее часто встречающимися он считал сценарии «происхождение» и «искалеченная мать». В основе первого лежат сомнения ребенка в том, что его родители настоящие, в основе второго — знание ребенка о том, как тяжелы были роды для матери. Большое значение Е. Берн придает очередности рождения, именам и фамилиям [6]

Другим, также широко распространенным в западных странах является направление перинатальной психологии, исследующее взаимоотношения в системе мать-дítě, которое является по сути этологическим. При таком подходе связь мать-дítě трактуется как форма запечатления. То, как происходило общение матери

с новорожденным ребенком в первые часы жизни, оказывает большое влияние на их последующее взаимодействие. Согласно теории социального научения, мать и ребенок находятся в состоянии непрерывного обучения, реагируя на поведение друг друга. Таким образом, их взаимодействие является взаимно вызванным стимул-реактивным поведением.

Испытываемые матерью эмоции испытывает и плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом гормоны. Положительный психоэмоциональный тонус беременной женщины, радостное ожидание всей семьей рождения ребенка, творческий подход матери к установлению контакта с плодом, повседневный, постоянный учет его прав и интересов, любовь к нему. Внутриутробный ребенок находится в психоэмоциональном резонансе с матерью, ощущая ее отношение к себе, психическое напряжение.

Учитывая это, вряд ли можно считать «спекуляциями» представления о том, что эмоции и телесные ощущения, испытываемые плодом в интранатальном периоде и в течение родов, остаются в его подсознании и в дальнейшем влияют на развитие, определяют нервно-психические особенности. Эти идеи были разработаны наиболее подробно St. Grof (1985). Как и его предшественники, он подчеркивал, что при нормально протекающей беременности желанным ребенком плод находится в состоянии комфорта и безопасности. Роды являются для ребенка сильнейшей и физической, и психической травмой, сопровождающейся угрозой жизни. Согласно С.Грофу, перинатальные матрицы могут быть парадигмой – дисциплинарной матрицей для организации особенностей психики взрослого человека [1].

Первая матрица формируется в конце беременности, вторая – в момент начала родов, третья – во втором периоде родов, при прохождении ребенка по родовым путям и четвертая – сразу после рождения [2]

- При доминировании у человека первой перинатальной матрицы с положительным знаком, в случае благоприятного психосоциального течения беременности вплоть до родов, взрослый – инфантилен, безмятежен, бесконфликтен, невозмутим, удовлетворен даже тем малым, что имеет и чего достиг. При парадигме У взрослого первой перинатальной матрицы с отрицательным знаком (желание матери на ранних этапах прервать беременность, постоянные конфликты в семье, «безотцовщина», обилие отрицательных эмоций у матери с дефицитом внимания и любви к «носимому» ею ребенку) взрослый – одинок, считает себя все время чем-то обделенным, покинутым, отвергнутым, вправе решить эту несправедливость самому путем изъятия у более благополучных, с его точки зрения, того, чего он не имеет {психология вора, преступника с матрицей невинности}.

- Вторая перинатальная матрица формируется в первый период родов, когда человек сталкивается с необходимостью завершения периода спокойного, безопасного и защищенного периода развития и необходимостью начала новой жизни в иных, неизвестных ему условиях, вне матери. При доминировании у взрослого второй перинатальной матрицы и гладком течении периода начала родов, спокойствии, любви к ребенку матери взрослый – независим, спокойно относится к любой возникающей проблеме, ибо считает, что неразрешимых проблем нет. При негладком же течении («паника» матери, конфликты в семье и др.) любая напряженная ситуация взрослым воспринимается как безвыходная, порождающая иногда даже неосознанное стремление к самоубийству {матрица жертвы}.

- При парадигме в организации психики взрослого третьей перинатальной матрицы, основной смысл которой – идея пути, движения, борьбы, у человека доминирует представление, что «жизнь есть борьба, и добиться чего-либо в ней можно лишь ценой напряженных усилий, страданий», т.е. у взрослого доминирует матрица борьбы, и он обычно становится профессиональным революционером или оппозиционером, преуспевающим спортсменом или бизнесменом, жестоким бандитом. Нередко у него перепутаны представления о добре и зле или зло воспринимается как неизбежный путь к добру.

- Матрица любви и единства мира в сознании взрослого человека формируется при оптимальном течении первых минут и часов жизни, когда ребенок после «родового стресса» ощущает доброту, любовь мира, свою желательность и нужность в этом мире. Если же он встречает равнодушие, холодность, безразличие к себе, формируется матрица равнодушия. В отличие от первой матрицы, при формировании четвертой ребенок уже отделен от матери и запечатлевает себя как часть единого мира. При осложненном течении этого периода (реанимационные пособия, особенно при неоптимальной организации; разлука с матерью и др.) взрослый равнодушен, холоден к чужим переживаниям, страданиям, вечно во всем сомневается, склонен бесконечно советоваться, видеть преимущественно отрицательные качества в людях, считает себя неоцененным и т.д.

Дж. Боулби развитие психических и моторных функций детей связывал с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости – базовая потребность ребенка.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, то есть расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости

часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Дж. Боулби подчеркивал важность ощущения безопасности и развития «его» ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и в безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах, и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае – уровень тревоги высок, растет, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности.

Таким образом, исходя из этого, можно понять, что любовь матери к своему ребенку существенно влияет на его развитие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виллюнас В. Психология эмоций /В.Виллюнас.- СПб.: Питер, 2004 –496 с
2. Гроф.С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии/ С.Гроф.- М.: Практик, 2014 –344 с.
3. Изард К.Э. Психология эмоций /К.Э.Изард.- СПб.: Питер, 2007– 464 с
4. Фромм, Э. Революция надежды. Избавление от иллюзий [Текст]/ Э. Фромм.-М.:Айрис-пресс,2005-352 с.
5. Эйдемиллер Э.Д.Детская психиатрия/ Э.Д.Эйдемиллер.- СПб.: Питер, 2005 – 1120 с.
6. Э. Берн Люди, которые играют в игры/ Э.Берн – Литур 1999 – 226 с.

УДК 616.8-009.18-08

НОВЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ СТАТО-ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОБНО-ПОДКОРКОВОЙ АТАКСИЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ю.О. Еремина, Е.А. Ермаков, А.А. Попов, В.В. Шпис

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. С.В. Прокопенко, к.м.н., асс. М.В. Аброськина

Ходьба – сложный автоматизированный ритмический акт, который обеспечивается синергиями – синхронизированными, согласованными во времени и пространстве сокращениями различных групп мышц, обеспечивающими целенаправленные координированные содружественные движения [1]. Нарушение ходьбы выявляют у 15% лиц в возрасте старше 60 лет и у 35% - старше 70 лет [2]. Нарушения ходьбы и поструральной устойчивости относятся к числу основных проявлений болезни Паркинсона и имеют некоторые общие черты с другими заболеваниями, в частности, с дисциркуляторной энцефалопатией [5]. Одним из проявлений лобно-подкорковой атаксии являются падения, которые становятся причиной серьезных повреждений в 10–15% случаев, переломов в 5% [5]. В связи с этим разработка новых методов коррекции и изменения паттерна ходьбы для пожилых людей и пациентов с лобно-подкорковой дисбазией является одной из актуальных задач современной нейрореабилитации.

В настоящее время с целью коррекции ходьбы у пожилых используются такие методы как: «скандинавская ходьба», являющаяся простым и дешевым методом реабилитации, но применимым только у клинически здоровых лиц [6]; ходьба на беговой дорожке, доказавшая свою эффективность у постинсультных пациентов и пожилых, но не у пациентов с болезнью Паркинсона [4]. Сотрудниками кафедры нервных болезней КрасГМУ был предложен и доказал свою эффективность метод темпо-ритмовой коррекции ходьбы у пациентов с болезнью Паркинсона, когда, используя слуховые ориентиры, больные осуществляют планирование программы движения и фокусируют внимание на передвижении [3].

Цель исследования: изучить влияние на состояние равновесия и ходьбы оригинального метода механической стимуляции момента отрыва стопы от поверхности опоры у пациентов с лобно-подкорковой атаксией при заболеваниях центральной нервной системы.

Материалы и методы. Набор пациентов осуществлялся из поликлиники Сибирского клинического центра ФМБА России и поликлиники центрального района г. Красноярск. В исследование вошли 4 пациента женского пола с ведущим синдромом лобно-подкорковой атаксии умеренной степени выраженности, из них 2 пациента с верифицированным диагнозом болезни Паркинсона (БП) III ст. по Хен и Яру и 2 пациентки с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II стадии смешанного (гипертонического, атеросклеротического) генеза. Средний возраст больных составил 69 [65:73] лет. Критериями исключения из исследования являлись: наличие в неврологическом статусе синдрома центрального или периферического пареза, другие формы атаксий, когнитивные нарушения в стадии деменции, острый болевой синдром, декомпенсация соматической патологии.

До и после курса занятий всем пациентам проводились: физикальное обследование, оценка неврологического статуса, объективная оценка состояния равновесия методом компьютерной стабилотрии (КС),

объективная оценка параметров ходьбы с использованием авторского метода «Лазерного анализатора кинематических параметров ходьбы» (ЛА-1), оценка двигательного дефицита с использованием русифицированной шкалы UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scal), видеосъемка ходьбы.

С каждой пациенткой проводились индивидуальные занятия по коррекции ходьбы и равновесия с применением авторской методики. Оригинальность предлагаемого метода заключается в механической стимуляции момента отрыва стопы от поверхности опоры посредством «активирующих платформ». Платформы фиксируются на ноги пациента и благодаря пружинной основе помогают отрывать стопу от поверхности пола в начале фазы переноса. Длительность курса составляла 14 занятий, продолжительность одного занятия составляла 20-30 минут, в зависимости от соматического состояния пациента. Тренинги проводились в одно и то же время дня, занятия у пациенток с БП проводились в период снижения концентрации противопаркинсонического препарата в крови (через 2-2,5 часа от момента приема препарата).

Описание полученных результатов (данных шкал и компьютерной стабилотметрии) производили с помощью подсчета медианы и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 10,0 (StatSoft Inc., 2015).

Результаты. В результате занятий с применением оригинальной методики по данным компьютерной стабилотметрии (КС) отмечалось изменение основных показателей: длины (L), площади стабилотметрии (S), скорости смещения общего центра масс (ОЦМ) (v), коэффициента стабильности (LFS) (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты КС до и после курса занятий

Пациенты	А		Б		В		Г	
	До	После	До	После	До	После	До	После
L (mm)	1101,43	849,62	649,85	1120,52	329,87	348,56	892,61	326,15
S (mm ²)	795,92	848,76	728,77	1603,11	288,27	351,06	613,61	256,07
LFS	1,38	1,00	0,89	0,70	1,14	0,99	1,45	1,27
v (mm/s)	21,61	16,67	12,75	21,98	6,47	6,84	17,51	6,40

Как видно из Таблицы 1 для пациентов с БП после курса занятий было характерно увеличение показателей L, S, v и снижение LFS. У пациентов с ДЭ наблюдалась противоположная динамика: снижение показателей L, S, v, LFS.

Выявленные особенности, по нашему мнению, подтверждают изменение статического равновесия у пациентов. Все больные отмечали увеличение устойчивости при стоянии и ходьбе после курса тренировок.

По данным лазерного анализатора кинематических параметров (ЛА-1) также были выявлены изменение основных кинематических параметров ходьбы: время шага (Т), длина шага (L), стандартное отклонение длины (СтОткл L) и времени шага (СтОткл Т), коэффициент вариальности шага по длине (КВШ L) и по времени (КВШ Т) (Таблица 2).

Таблица 2

Результаты ЛА-1 до и после курса занятий

Пациенты	А		Б		В		Г	
	До	После	До	После	До	после	До	После
Т (с)	0,81296	0,74023	0,51484	0,82903	0,59981	0,60784	0,87165	0,60073
L (м)	0,28283	0,29559	0,3003	0,32751	0,1948	0,26202	0,52749	0,42881
СтОткл Т	0,132193	0,051586	0,059885	0,05323	0,069768	0,079516	0,060377	0,040974
СтОткл L	0,045912	0,026177	0,039563	0,02674	0,018887	0,034475	0,03833	0,047272
КВШ Т	0,61506	0,22691	0,45524	0,24502	0,4168	0,57196	0,21511	0,20808
КВШ L	0,63147	0,40157	0,47852	0,23236	0,33214	0,53966	0,02521	0,33348

Из представленных данных можно выделить характерное увеличение длины, времени шага, стандартного отклонения и коэффициентов вариальности шага по длине и времени скорости ходьбы, что указывает на улучшение паттерна ходьбы. Все пациенты отмечали увеличение скорости ходьбы и улучшение устойчивости при ходьбе.

Статистически значимых различий до и после курса занятий выявлено не было, что объясняется, вероятно, малой выборкой и необходимостью разделить пациентов согласно нозологии, на группу с БП и группу ДЭ.

Результаты шкалы UPDRS до и после курса занятий

Пациент	До	После	Динамика
А	24	18	-25%
Б	17	13	-24%
В	24	18	-25%
Г	18	13	-27,80%

Результаты оценки двигательного дефицита с использованием шкалы UPDRS показали наличие статистически значимых различий ($p < 0,05$) между данными до и после курса занятий, что подтверждает улучшение клинического состояния и паттерна ходьбы (Таблица 3).

Клинически у пациентов отмечалось: увеличение устойчивости при стоянии и ходьбе, гармонизация ходьбы, урежение моментов застывания во время ходьбы, пропульсии и ретропульсии.

Выводы. Таким образом, в результате исследования было подтверждено влияние на состояние равновесия и ходьбы оригинального метода механической стимуляции момента отрыва стопы от поверхности опоры у пациентов с лобно-подкорковой атаксией при заболеваниях центральной нервной системы.

В дальнейшем планируется продолжить набор пациентов в экспериментальные группы согласно нозологии и усовершенствовать методику коррекции стереотипа ходьбы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Левин О.С. Нарушения ходьбы: механизмы, классификация, принципы диагностики и лечения / О.С. Левин // Экстрапирамидные расстройства: Рук. По диагностике и лечению / Под ред. В.Н.Штока, И.А. Ивановой – Смоленской, О.С.Левина. – М.: МЕД – пресс – информ, 2002. – с.473 – 494.
2. Неврология. Национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова, А.Б.Гехт // ГЭОТАР – Медиа. – 2012. – с.470.
3. Похабов Д.В. Коррекция нарушений ходьбы у пациентов с болезнью Паркинсона и сосудистым паркинсонизмом / Д.В. Похабов, В.Г. Абрамов, Ю.В. Нестерова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. - № 2. – с. 20 – 25.
4. Реабилитация нарушений ходьбы с застываниями у больных болезнью Паркинсона: методы коррекции в амбулаторных условиях / О.В. Кривonos, И.Г. Смоленцева, Н.А. Амосова, Р.Ф. Губайдуллина, О.В. Карпова, Л.П.Чулина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. - №4. – с. 923 – 927.
5. M.E. Tinetti Preventing falls in elderly persons / New England Journal of Medicine. – 2003. - №2. – p. 9 – 42.
6. F.J. Van Eijkeren Nordic walking improves mobility in Parkinson's disease / F. J. Van Eijkeren, R. S. Reijmers, M. J. Kleinveld // Movement Disorders. – 2008. - № 23. – p.2239 – 2243.

УДК 615.15:613.6:159.942.5

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФАРМАЦЕВТОВ-ПЕРВОСТОЛЬНИКОВ

Ю.С. Ермакова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

Научный руководитель: Ярославцева Л.И.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - состояние эмоционального истощения, которое проявляется в нарушении психологического и физического состояния человека. К. Маслач рассматривает синдром эмоционального выгорания как ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающую в себя три взаимосвязанных компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений [3]. Существует целый ряд профессий, которые чреваты возникновением СЭВ, их можно разделить на две большие группы. В первую входят те, которые предполагают работу с людьми любой направленности и уровня, более 70% своего рабочего времени специалист посвящает общению с людьми, а не работе с бумагами и механизмами. Во вторую группу входят «хелперовские профессии», где в обязанности специалиста вменяется оказание услуг по помощи кому-либо или кому-либо, работа по такой специальности сопряжена со стрессом, который несут клиенты и заказчики.

В формировании СЭВ существенную роль играют три фактора: личностный, ролевой и организационный [4]. Среди фармацевтических работников вероятно подвержены возникновению СЭВ фармацевты-первостольники, у которых одним из основных факторов формирования выгорания является организационный фактор, проявляющийся как: интенсивное общение, подкрепленное эмоциями, интенсивное восприятие, переработка

и интерпретация получаемой информации и принятие решений [1]. Можно выделить две основных теоретических структуры синдрома эмоционального выгорания: первая представляет выгорание как синдром, состоящий из нескольких симптомов разной степени выраженности, вторая представляет выгорание как процесс, а индивида - находящимся на одной из его стадий [2].

Исходя из сказанного выше, в качестве гипотезы данного исследования было выдвинуто предположение о том, что у фармацевтов-первостольников вероятно проявление синдрома эмоционального выгорания разной степени выраженности.

Цель исследования: изучение уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.

Задачи:

Провести эмпирическое исследование компонентов синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.

Оценить уровень выраженности синдрома эмоционального у фармацевтов-первостольников.

Разработать рекомендации по профилактике синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников.

Методы исследования: библиографический анализ литературы и материалов сети Internet, тестирование. Объект: синдром эмоционального выгорания и его компоненты. Предмет: уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников. Исследование эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников проводилось в ноябре-декабре 2015 г. в городе Красноярске на базе аптечных сетей: «Витамед» «Пион-фарма», ГПКК «Губернские аптеки», «Аптека счастья». В исследовании принимали участие 50 фармацевтов – первостольников, которые были выделены в три группы, исходя из стажа их работы («стажевые группы»), с учетом этапа становления специалиста в профессии: I группа - стаж работы до 3 лет включительно (16 чел.); II группа - стаж работы от 4 до 10 лет (20 чел.); III группа - стаж работы от 10 до 20 лет (14 чел.) [3]. Для диагностики СЭВ был использован Опросник на выгорание (МВІ), разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой. Методика предназначена для диагностики степени выраженности синдрома выгорания среди профессионального контингента. Методика включает в себя три субшкалы соответствующие трём компонентам СЭВ, что позволяет оценить выгорание дифференцированно и интегрировано [3]. Опросник содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности. Респондентам предлагалось оценить данные утверждения по частоте возникновения каждого из них. Интерпретация и обработка индивидуальных результатов опроса каждого респондента и обобщенных результатов «стажевых групп» производилась в соответствии с общим ключом в два этапа. На первом этапе статистической обработки подсчитывалась сумма баллов для каждого компонента СЭВ - «сырые баллы». Далее «сырые баллы» были переведены в шкальные оценки. На втором этапе высчитывался интегральный показатель выгорания. Далее шкальные оценки трех показателей и интегрального показателя были соотнесены с тестовыми нормами и проинтерпретированы относительно уровня их выраженности [3]. Обобщенные данные статистической обработки результатов опроса занесены в сводную таблицу (Таблица 1) и отражены на диаграмме (Рисунок 1).

Таблица 1

**Показатели синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов-первостольников
в распределении по «стажевым группам»**

«Стажевая группа»	Кол-во респондентов	Компоненты СЭВ (субшкалы опросника)	Сумма баллов по субшкале (среднее значение)	Шкальные оценки	
				баллы	уровень показателя
I	16	Эмоциональное истощение	10,81	1	низкий
		Деперсонализация	5,93	2	средний
		Редукция профессиональных достижений	39,25	1	низкий
		Интегральный показатель	-	4	низкий
II	20	Эмоциональное истощение	12,6	1	низкий
		Деперсонализация	7,55	2	средний
		Редукция профессиональных достижений	40,7	1	низкий
		Интегральный показатель	-	4	низкий
III	14	Эмоциональное истощение	23,64	2	средний
		Деперсонализация	11,86	3	высокий
		Редукция профессиональных достижений	36,38	1	низкий
		Интегральный показатель	-	6	средний

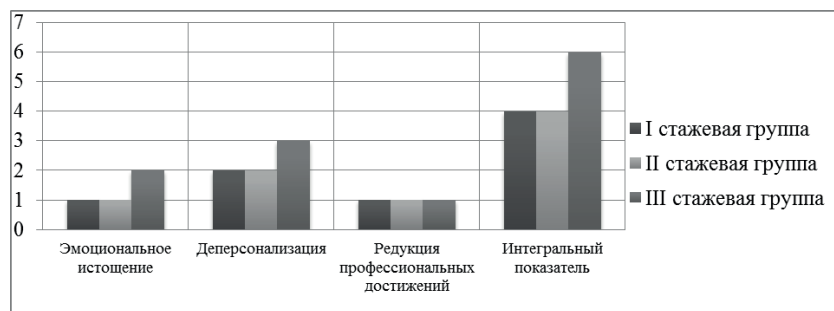


Рисунок 1. Уровень выраженности компонентов СЭВ и интегрального показателя выгорания в трех «стажевых группах» у фармацевтов-первостольников, в шкальных оценках

При диагностике выгорания были учтены конкретные значения субшкал, которые имеют свои особенности. Получены следующие результаты. В I и II «стажевых группах» показатель эмоционального истощения имеет низкий уровень, это свидетельствует о том, что фармацевты-первостольники со стажем работы до 10 лет не имеют повышенной психической истощаемости и ощущения «пресыщенности» работой. Средний уровень эмоционального истощения в III «стажевой группе», вероятно, свидетельствует о наличии ощущения эмоционального перенапряжения, чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. В I «стажевой группе» средний уровень деперсонализации можно считать необходимым механизмом психологической защиты для коммуникативных профессий в процессе профессиональной адаптации. Во II «стажевой группе» уровень деперсонализации так же укладывается в рамки среднего, но его конкретное значение значительно выше чем в I «стажевой группе», в данном случае возможны зачаточные проявления СЭВ. Высокий уровень показателя деперсонализации в III «стажевой группе» может свидетельствовать о проявлениях эмоционального отстранения, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания. Во всех трёх «стажевых группах» показатель редукции профессиональных достижений имеет низкий уровень, что может свидетельствовать о том, что работник удовлетворён собой как личностью и как профессионалом. Интегральный показатель обобщает уровень выраженности всех трёх компонентов синдрома эмоционального выгорания, отражая уровень выраженности синдрома как процесса. Низкий уровень интегрального показателя может свидетельствовать о том, что профессионал комфортно себя ощущает во всех аспектах своей профессиональной деятельности. Средний уровень интегрального показателя может свидетельствовать об ощутимых проявлениях синдрома эмоционального выгорания, то есть об отсутствии эмоционального равновесия и должного отношения как к пациенту, так и профессионала к себе самому [3].

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Подтвердилась гипотеза исследования, у фармацевтов-первостольников, в зависимости от стажа работы, выявлен синдром эмоционального выгорания разного уровня выраженности – от его низкого уровня до среднего;
2. Показатель синдрома эмоционального выгорания в I и II «стажевых группах» (со стажем работы до 10 лет) имеет низкую степень выраженности, а в III «стажевой группе» (со стажем работы от 10 до 20 лет) имеет среднюю степень выраженности. Ведущим компонентом синдрома эмоционального выгорания во всех трёх «стажевых группах» является деперсонализация.
3. В III «стажевой группе» наиболее выражено эмоциональное истощение, находящееся на среднем уровне, и деперсонализация на высоком уровне.

На основании сформулированных выводов фармацевтам-первостольникам могут быть даны общие рекомендации по профилактике СЭВ: использование «тайм-аутов» (отдых от работы); овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь); профессиональное развитие и самосовершенствование (обмен профессиональной информацией с коллегами, курсы повышения квалификации, конференции и пр.); эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коновалова В.Н. Организационные симптомы и факторы профессионального выгорания / Коновалова В.Н.//: Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2010. - №5. [Электронный ресурс]. - Режим доступа-<http://hr-portal.ru/article/organizacionnyye-simptomy-i-factory-professionalnogo-vygoraniya>(Дата обращения – 09. 10.2015).
2. Опросник выгорания Маслач [Электронный ресурс]. - Режим доступа- http://psylab.info/Опросник_выгорания_Маслач (Дата обращения – 09. 10.2015).
3. Синдром выгорания, Водопьянова Н.Е.(MBI) Опросник Профессиональное (эмоциональное) выгорание. Методика К. Маслач и С. Джексона. [Электронный ресурс]. - Режим доступа- <http://psycabi.net/testy/391> (Дата обращения – 15. 10.2015).
4. Синдром эмоционального выгорания. Понятие и причины [Электронный ресурс]. - Режим доступа- <http://www.psynavigator.ru/articles.php?code=1954> (Дата обращения — 09. 10.2015).

ИЗМЕНЕНИЕ ВЫБОРА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ ЗАНИЖЕННОГО УРОВНЯ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ

Е.А. Ефимова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. М.А. Лисняк

Проблема адекватного выбора копинг-стратегий все чаще и чаще поднимается современными психологами в своей практической и теоретической деятельности. Проблема выбора копинг-стратегий актуальна для первокурсников, ныне оторванных от родительского присмотра, которые, попав в совершенно новую для них среду, испытывают значительный стресс в процессе адаптации к обучению в ВУЗе. От выбора копинг-стратегии зависит насколько эффективной и успешной будет адаптация в условиях обучения вдали от дома [2, 5, 6].

Известно, что одним из факторов, влияющих на выбор копинг-стратегий, является уровень самооценки. Самооценка сама по себе является одним из главных личностных образований, и одна из ее функций – это регуляторная функция. Это функция на основе которой происходит решение задач личностного выбора.

Авторские исследования показали, что студентами-первокурсниками с адекватным уровнем самооценки, в основном, используется проблемно-фокусированная копинг-стратегия (плановое решение проблемы), в то время как студенты-первокурсники с заниженным либо завышенным уровнем самооценки используют эмоционально-фокусированные копинг-стратегии (конфронтация, положительная переоценка, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности).

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью поиска действенных путей коррекции уровня самооценки, которые помогут открыть перед студентами возможность оперировать проблемно-фокусированными, адаптивными, успешными в стрессовых ситуациях копинг-стратегиями [3, 6].

На первоначальном этапе работы была разработана психокоррекционная, развивающая программа, целью которой являлось формирование позитивного отношения к себе, коррекция заниженного уровня самооценки.

В группу приглашались студенты, которые по результатам психодиагностики (методика изучения самооценки личности С.А. Будасси) имели заниженную самооценку, и пользовались, преимущественно, неадаптивными, эмоционально-фокусированными копинг-стратегиями.

Программа была рассчитана на 12 занятий, длительностью каждое по 50 минут, также планировались индивидуальные встречи по запросу участников группы.

Основными задачами программы были определены:

- развитие реалистичного и позитивного образа тела, принятие себя;
- всесторонний анализ сильных и слабых сторон личности участника, направленный на формирование чувства внутренней устойчивости и доверия к самому себе;
- овладение психотехническими приемами, направленными на создание положительного образа «Я».
- выработка умения гибко и спокойно действовать в быстро меняющейся обстановке;
- выработка у участников более объективной самооценки;
- отработка различных моделей поведения;
- совершенствование коммуникативных умений, навыков уверенного поведения.
- умение отстаивания своей точки зрения.

Содержание психокоррекционной программы составляли преимущественно игровые упражнения. Кроме того, из индивидуальных бесед выяснилось, что практически все члены группы в обыденной жизни не получали и не получают сейчас необходимого им внимания, доверия, уважения, что соответственно сказывается на самоощущении студентов, на уровне их самооценки. Следовательно, создание в группе доверительной теплой атмосферы, которая бы способствовала психологическому раскрытию участников тренингов являлось первоначальной задачей при составлении и реализации тренинговых упражнений [1].

В экспериментальную группу (с которой проводился психокоррекционный тренинг) вошли 8 студентов-первокурсников факультета клинической психологии с заниженным уровнем самооценки. Контрольную группу составили 11 студентов, у которых была адекватная самооценка (10 человек) либо завышенная (1 человек).

Среди участников экспериментальной, а также контрольной группы, были проведены методики изучения самооценки личности С.А. Будасси и опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса в адаптации Т. Л. Крюковой [4].

Повторное проведение методики изучения самооценки личности С.А. Будасси среди экспериментальной группы показало качественное изменение уровня самооценки у 75% процентов участников (6 чел.), 25%

(2 чел.) – изменений не выявлено, возможно, для каких-либо изменений потребуются дальнейшая дополнительная, индивидуальная работа. Также можно предположить, что действовали и другие факторы, препятствующие изменениям.

Повторное проведение методики изучения самооценки личности С.А. Будасси среди контрольной группы (студенты, имеющие адекватный уровень самооценки и 1 студент с завышенным ее уровнем) качественных изменений не выявило.

Повторное проведение опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса в адаптации Т. Л. Крюковой показало, что некоторым участникам (75% участников, т.е. 6 членам группы) тренинга открылась возможность использовать ранее недоступные, проблемно-фокусированные копинг-стратегии для решения проблемных ситуаций. У 25% (2 чел.) – таких изменений не выявлено.

Т.е. для 6 человек открылась возможность использования такой копинг-стратегии как планомерное решение проблемы, которая указывает на то, респонденты отныне могут направить свои силы на самостоятельное решение проблемы, а не отдалиться от нее, как они привыкли делать это ранее.

Индивидуальная работа с участниками группы показала, что в ходе проведения тренинговых мероприятий, они получили то необходимое внимание и уважение, в котором нуждались, ту атмосферу уюта и тепла, которой им не хватало ранее.

Студенты, составляющие контрольную группу, также участвовали в повторном срезе, но изменений в уровне самооценки либо в арсенале их копинг-стратегий не обнаружено.

Полученные результаты обнадеживают в плане возможности психокоррекционной работы. Однако необходимы дальнейшие исследования, в частности для наблюдения отсроченных во времени результатов в каждой группе испытуемых.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Варданян Ю.В. Развитие копинг-стратегий студента в учебном и профессиональном контекстах психологической безопасности/ Ю.В. Варданян, Л. В. Варданян, М.А. Кечина// В мире научных открытий. 2015 – №11.6(71). – С. 2249-2263.
2. Кленова М.А. Взаимосвязь индивидуально-психологических особенностей личности и доминирующих копинг-стратегий/ М.А. Кленова, Е. С. Панкратова// Альманах современной науки и образования. 2015. – №8(98). – С. 66-68.
3. Кружкова О.В. Проблема диагностики копинг-стратегий в современном психологическом измерении/ О. В. Кружкова, Д. М. Никифорова// Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. – №31. – С. 4-12.
4. Купрене Е.В. Современное состояние и методы исследования копинг-стратегий в психологии/ Е. В. Куприне// Среднее профессиональное образование. 2011. – №5. – С. 69-71.
5. Сухова Е.В. Понятие «копинг-стратегии» и пример асоциальных копинг-стратегий/ Е. В. Сухова// Прикладная юридическая психология. 2014. – №1. – С. 76-83.
6. Шлома А.В. Совладающее поведение: понятие, классификация стратегий копинг-поведения/ А. В. Шлома// Региональные аспекты современных историко-правовых, филолого-культурологических, психолого-педагогических, естественнонаучных и экономических исследований. Сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Брянского государственного университета имени академика И.Г. Петровского и 20-летию филиала университета в г. Новозыбкове : В 2-х частях. – Брянск, 2015. – С. 257-263.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМООЦЕНКИ

Е.А. Ефимова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. М.А. Лисняк

Копинг-стратегии – способы управления стрессующим фактором, возникающие как ответ личности на воспринимаемую угрозу. Различают адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии. Последнее десятилетие психологов интересуют факторы, обуславливающие выбор той или иной стратегии. Это имеет большое практическое значение в самых различных областях человеческого общества. Например, данная проблема актуальна для студентов-первокурсников, у которых много стрессовых ситуаций, требующих мобилизации всех ресурсов организма, дабы успешно адаптироваться к обучению в ВУЗе. Рассматривая проблему выбора копинг-стратегий у первокурсников необходимо выяснить, что именно влияет на выбор того или иного способа совладания. Была выдвинута гипотеза, что на выбор той или иной стратегии совладающего поведения влияет самооценка студента [1].

Самооценка – оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Относясь к ядру личности, самооценка является важнейшим регулятором её поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам [4].

Самооценка сама по себе является одним из главных личностных образований, и одна из ее функций – это регуляторная функция. Это функция на основе которой происходит решение задач личностного выбора. В том числе, как мы предполагаем, и происходит выбор копинг-стратегии.

Р. Лазарус и С. Фолкман выделяют так называемые проблемно-фокусированные и эмоционально-фокусированные стратегии. Первые предполагают рациональный анализ проблемы, и проявляются в самостоятельном анализе случившегося, а вторые касаются эмоционального реагирования на ситуацию и ни в коем случае не сопровождаются конкретными действиями, так как человек пытается не думать о проблеме, стремится уйти от нее.

К проблемно-фокусированным стратегиям относят такую копинг-стратегию как планомерное решение проблемы, а к эмоционально-фокусированным – конфронтацию, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, а так же положительную переоценку [2].

1. Конфронтация. Особенность - желание «лезть в бутылку», ссориться с кем-то или громко разбираться с окружающими, отстаивая свою позицию с целью «добиться справедливости» и поддержать свою самооценку, но не решая проблему по-настоящему.

2. Дистанцирование. Особенность - сохранение привычного поведения, эмоционального равновесия. Индивид делает акцент на подавлении неприятных переживаний, отказывается размышлять и глубоко задумываться о случившемся, отказываясь от решения ситуации.

3. Самоконтроль. Основывается на повышении контроля за своими действиями, высказываниями. В эмоциональной сфере личности происходит подавление эмоций, усилия индивида направлены на сохранение самообладания, уверенности и оптимизма.

4. Поиск социальной поддержки. Этот вариант механизма совладающего поведения характеризуется эмоциональной включенностью в ситуацию, сосредоточенностью на ней. Индивид чувствует острую потребность в защите, безопасности и сочувствии, занимается активным поиском информации с целью преодоления неопределенности.

5. Принятие (признание) ответственности. Отличительными чертами этой стратегии являются неуверенные и непоследовательные действия, впадение в состояние беспомощности. Может наблюдаться переход в безопасную зависимую позицию с извинениями, попытками вызвать снисхождение. Преобладает чувство вины, самообвинения бесконечные проигрыши в уме случившегося, в фокусе внимания - собственная некомпетентность и застревание на ошибках, отсутствует план действий по выходу из ситуации.

6. Бегство-избегание. Индивид находится в состоянии тревоги и эмоционального напряжения на фоне сохранения надежды на положительный исход, но тем не менее деятельность по изменению ситуации отсутствует. Наличествует мысленное избегание проблемы, отказ задумываться о своей роли в ней и попытках ее решения.

7. Планомерное решение проблемы. Заключается в активном взаимодействии с внешней ситуацией, сознательных попытках решения проблемы. Индивид прилагает усилия, направленные на поиск решения проблемы, анализирует ситуацию, обращается к прошлому опыту, активно ищет поиски решения трудной ситуации и выхода из нее.

8. Положительная переоценка. Поведение не выделяется какими-либо резкими поступками, преобладает сохранение веры, надежды, оптимизм. Происходят попытки анализа ситуации, поиск смысла случившегося с фокусированием на положительных аспектах [4].

Для изучения особенности выбора копинг-стратегий студентов первого курса с разным уровнем самооценки была сформирована выборка из 40 первокурсников факультета клинической психологии. Для проверки гипотезы использовались методики изучения самооценки личности С.А.Будасси и копинг-тест «способы совладающего поведения» Р.Лазаруса [5].

С помощью методики изучения самооценки личности С.А. Будасси было выявлено, что у 72, 5% испытуемых из выборки адекватный уровень самооценки (29 чел.), у 15% – заниженная самооценка (6 чел.) и у 12,5% – завышенная самооценка (6 чел.).

Проанализировав результаты выполнения копинг-теста «способы совладающего поведения» Р.Лазаруса студентами с адекватным уровнем самооценки, было выявлено, что они, в основном, прибегают к планомерному решению проблемы, что говорит о том, что данные респонденты, в основном, стремятся направить свои силы на самостоятельное решение проблемы, а не отдалиться от нее.

Анализ результатов выполнения данного теста студентами с заниженным уровнем самооценки показал, что ими в равной степени используются такие копинг-стратегии, как принятие ответственности, дистанцирование, поиск социальной поддержки. Несколько реже – самоконтроль, конфронтация, бегство-избегание, положительная переоценка. Следует заметить, что ни у одного из респондентов из этой группы не выявлено частого использования копинг-стратегии «планомерное решение проблемы». Индивидуальное собеседование помогло уточнить причины этого явления – таким студентам либо сложно самостоятельно искать пути выхода из сложных ситуаций без опоры на «сильное плечо», либо решение проблем для них слишком энергозатратно и они полностью передают контроль над ситуацией в чужие руки.

Анализ же выполнения копинг-теста студентами с завышенным уровнем самооценки показал, что такие студенты, в основном, используют копинг-стратегию конфронтация.

Анализ результатов выполнения двух тестовых методик показал, что студенты-первокурсники с адекватным уровнем самооценки, в основном, используют проблемно-фокусированные копинг-стратегии (а именно, ими используются такая копинг-стратегии), в то время как студенты-первокурсники с заниженным либо завышенным уровнем самооценки используют эмоционально-фокусированные копинг-стратегии (а именно, ими используются такие копинг-стратегии конфронтация, положительная переоценка, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности)

Таким образом, исследуя выбор копинг-стратегий студентов, можно сказать, что одним из значимых факторов выбора того или иного вида кемпинга является уровень самооценки человека. Полученные данные открывают новые перспективы в психокоррекционной работе со студентами, особенно в плане содействия их адаптации к учебно-воспитательному процессу в ВУЗе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева О.С. Адаптивность предпочитаемых копинг-стратегий и компоненты описания стрессовой ситуации/ О.С. Андреева, Н.Г. Свистунова// Вестник Тюменского государственного университета. Гуманитарные исследования. 2012. – №9. – С. 163-168.
2. Болдинова Т.Н. Особенности копинг-стратегий студентов-психологов/ Т.Н. Болдинова// В сборнике: Science and Practice: new Discoveries Proceedings of materials the international scientific conference: материалы международной конференции. – Киров, 2015. – С. 826-836.
3. Морозова И.С. Взаимосвязь механизмов психологических защит с копинг-стратегиями у студентов-первокурсников/ И.С. Морозова, Е.А. Панасенко// Теория и практика общественного развития, 2015. – №18. – С. 345-349.
4. Пастухова М.В. Теоретические аспекты психологического изучения самооценки личности/ М.В. Пастухова// Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010 – №5(2) – С. 460-462.
5. Шарафутдинова К.Э. Определение копинг-стратегий разными методами/ К.Э. Шарафутдинова, Г.М. Шигабетдинова// Современные научные исследования и инновации. 2015. – №12(56). – С. 1312-1314.

УДК 314.146:616-058-

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Д.С. Жаворонок, А.А. Яковлева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и профилактики детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., доцент Галактионова М.Ю.

Состояние здоровья детей первого года жизни в различных регионах России имеет тенденцию к ухудшению, что диктует необходимость изучения региональных особенностей состояния здоровья детского населения, и анализа медико-социальных, гигиенических факторов, определяющих его. Социально-экономические и гигиенические факторы: по мнению ученых, являются ведущими по влиянию на состояние здоровья населения.

Цель: изучить социально-демографическую и социально-гигиеническую характеристику семей, имеющих детей первого года жизни.

Объект и методы: Было опрошено 204 семьи, в которых есть дети в возрасте от одного месяца до года, проживающих в Советском районе города Красноярска. Отбор респондентов осуществлялся методом доступной (неслучайной) выборки.

Первую группу исследования составили 179 полных семей (87,7%), во вторую группу вошли 25 неполных семей (12,3%). Средний возраст обследуемых детей из полных и неполных семей существенных различий не имел и составил в среднем $6,54 \pm 2,12$ мес.

Результаты: В структуре полных семей, преобладали семьи, имеющие двух детей – 56,42%. В неполных семьях, наоборот, данный ребенок был единственным – 17 (68,00%). Возраст 88,2% из числа всех матерей в полных семьях варьировал от 25 до 44 лет, в то время как в неполных семьях 88,0% женщин в возрастных группах от 30 до 49 лет, т.е. со сдвигом возрастного интервала на 5 лет. Анализ показал, что матери как полных, так и неполных семей, чаще создают семью в возрасте 20-24 года – 41,17%, около трети – 29,41% до 20-летнего возраста и одна четверть в 25-29 лет. Старше 30 лет создают семью всего 3,43% матерей.

Удельный вес матерей полных семей, имеющих среднее специальное и высшее образование, в полных семьях в 1,2 раза выше, чем в неполных семьях, а имеющих неполное среднее и начальное в 1,6 раза ниже. Большинство женщин исследуемых семей, имеют социальный статус рабочих различных производств (сельскохозяйственное, строители, дорожники и т.д.). несмотря на более высокий уровень образования женщин полных семей. Среди матерей неполных семей нет домохозяек.

Следует отметить, что заработная плата является основным источником денежных поступлений у семей. Нами установлено, что в 24,58% полных семей работает только один из супругов. Из числа неработающих лиц, большинство женщины, которые заняты уходом за ребенком или ведением домашнего хозяйства. Средняя заработная плата работающей женщины составляет 6946,7±614,5 рублей, мужчин 10755,2±827,8 рублей в месяц.

В полных семьях средний доход при обоих работающих супругов составляет 17701,9 рублей в месяц, или 212422,8 рублей в год. В неполных семьях, где в общественно полезном труде занята только одна женщина, средний доход (без учета алиментов, пенсий по потере кормильца и др. социальных выплат) составляет в месяц 5746,7 рублей, в год 68960,4 рублей.

Нами установлено, что уровень обеспеченности семей снижается с увеличением числа детей в семье. Анализ показал, что расходы на одного ребенка в семье, без учета расходов на питание, фактически составляют 12932,5 рубля в год, при этом в зависимости от возраста расходы на одного ребенка имеют существенные различия. Опрос респондентов показал, что расходы в среднем в семье на ребенка в возрасте одного года жизни составляет 16797,5 рублей в неполной семье и 10530,0 рублей в год в полной семье. Материальную помощь со стороны родственников получают только 31,2% полных семей, остальные 68,8% семей такой помощи не имеют. Оценка жилищных условий большинства респондентов из полных семей была хорошей и удовлетворительной. В неудовлетворительных жилищных условиях проживали 54 семьи (30,16%). Оценка респондентами из неполных семей своих бытовых условий в 60,0% случаев была удовлетворительной. Удельный вес неполных семей с неудовлетворенными жилищными условиями в 1,3 раза выше, чем полных семей.

Таким образом, анализ материального положения (прожиточного минимума на одного члена семьи) семьи показал, что ни одна семья, как полных, так и не полных семей, воспитывающих ребенка первого года жизни, не имеет высокого уровня обеспеченности, выше среднего уровень обеспеченности имеет только 1,1% полных семей. Судя по оценкам жилищных условий можно предполагать о низкой обеспеченности квадратными метрами членов 30,16% семей. Очевидно, что ряд семей, особенно это касается неполных, не смогут самостоятельно справиться с жилищными проблемами, и им в этом случае потребуются дополнительные меры социальной защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Заболеваемость семьи и методика ее оценки/ И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, О.М. Новиков// Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – Т. 60. № 6. – С. 96-99.
2. Артюхов И.П., Цхай В.Б., Капитонов В.Ф. Семейные и медицинские проблемы, связанные с рождением и выхаживанием детей, родившихся с экстремально низкой массой тела/ И.П. Артюхов, В.Б. Цхай, В.Ф.Капитонов// Сибирское медицинское обозрение. –2011. –Т. 69. № 3. – С. 98-103.
3. Баранов А.А. О резервах снижения смертности детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.Г. Ильин // Вопр. соврем. Педиатрии. – 2006. – №5. – С. 5.
4. Капитонов В. Ф. Влияние здоровья родителей на здоровье детей в семье / В.Ф. Капитонов // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2002. – №3. – С. 35 – 37.
5. Ярусова О.А. Состояние здоровья детей Красноярского края в 2010 году / О.А. Ярусова // Материалы краевой научно – практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии». – Красноярск, 2011. – С. 3 – 28.

УДК 616.89-008.454

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕРХНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

М.О. Жгут

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС

Научный руководитель: д.м.н., проф. Строганов А.Е.

Актуальность. Депрессии представляют собой актуальную проблему психиатрии. Они способны влиять на привычный образ жизни пациента, являются одной из причин нарушений в личной и профессиональной отраслях жизни. Депрессии нуждаются в своевременном выявлении, и основным методом выявления является клинико-психопатологический метод, который является субъективной оценкой врача. Однако, данный метод порой требует подтверждения для уточнения диагноза. Одним из методов уточнения может являться исследование лингвистических особенностей письменной речи пациентов. Это является перспективным направлением в изучении особенностей психических заболеваний.

Цель. Выявить особенности поверхностного уровня текста у пациентов с депрессивным синдромом.

Задача. Определение на поверхностном уровне особенностей в речи пациентов с депрессивным синдромом.

Материалы и методы. В работе использован психолингвистический метод. Группу больных составляли пациенты, давшие добровольное информированное согласие. Возраст пациентов - от 25 до 55 лет, образование

- высшее либо высшее неоконченное. Длительность депрессивного синдрома не более 6 месяцев. У пациентов отсутствовали хронические заболевания в стадии обострения. В качестве субъекта выступили 57 пациентов с депрессивным синдромом (исключены пациенты с органическим заболеванием головного мозга и пациенты с соматогенными депрессиями). Большинство из пациентов состояли в гражданском браке (39.21%), реже были холосты (34,16%) или разведены (26.63%). Большинство имело высшее образование (69.41%) и жили в городе (75.28%). Контрольная группа состояла из 42 здоровых пациентов. Предмет исследования - письменная продукция, объект - тексты, написанные пациентами на свободные темы. Поверхностный уровень письменной речи пациентов исследовался на стилистическом, грамматическом и синтаксическом уровне. Количественные характеристики рассчитывались на 10 предложений текста.

Результаты. У пациентов с депрессивным синдромом на стилистическом уровне речь чаще сформирована в стиле повествования (76.32%), чем рассуждения. Речь содержит много разговорных форм (тавтологии, лексические повторы, риторические приемы). Стилль речи пациентов снижен, содержит большой объем высказываний, отражает поверхностный тип восприятия действительности, а также содержит признаки эгоистической фиксации на своем состоянии. На грамматическом уровне в речи больных преобладало использование местоимений (63.31%), что говорит об обеднении речи и фиксации на себе и своем состоянии. Выявлено преобладание личных местоимений (75.71%), а также глаголов в форме прошедшего времени (83.87%), что может указывать на фиксацию пациентов на событиях своего прошлого. Пациенты употребляли в речи возвратные местоимения, что может указывать на латентное чувство вины. На синтаксическом уровне в речи пациентов преобладал инверсированный порядок постановки слов (98.21%), преобладали простые предложения (67.72%) усеченного или безличного типа.

Выводы. Речь пациентов с депрессивным синдромом на поверхностном уровне имеет особенности. На стилистическом уровне речь имеет стиль повествования, имеет признаки устной формы, стилль речи снижен. На грамматическом уровне в речи преобладают местоимения, глаголы прошедшего времени. На стилистическом уровне в речи преобладает инверсированный порядок слов, преобладание простых предложений. Данные маркеры могут быть использованы в практике в качестве вспомогательных признаков при выявлении и уточнении у пациентов депрессивного синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностические возможности исследования феномена речевого поведения при невротических депрессиях//Медико-социальные приоритеты сохранения психического здоровья населения России (клиническая общая, детская и судебная психиатрия): материалы Всероссийской конференции: /Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой, проф. Е.В. Макушкина. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2009. С.61-62.
2. Значение исследования клинико-лингвистических характеристик для повышения качества диагностики невротических депрессий//Известия Самарского научного центра Российской академии наук, Специальный выпуск «XII конгресс «Экология и здоровье человека» - 2007. – Т.2 – С.125-130.
3. Особенности организации поверхностной языковой структуры у пациентов с невротическими депрессиями// «Аспирантский вестник Поволжья». – 2009. - №3-4. – С.154-157.
4. Особенности структуры речи пациентов с основными клиническими вариантами невротических депрессий//XII Всероссийская научно-практическая конференция «Молодые ученые в медицине»/25-26 апреля 2007 г. Тезисы докладов:/Под ред. проф. В.А. Антохина. -Казань:отчество,2007. – С.178-179.

УДК 159.923-053.6

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ САМООЦЕНКИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ

Д.Д. Живаев, Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова

Красноярский государственный Медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Живаева Ю.В. к.пс.н., доцент

По мнению А.Е. Личко подростковый возраст можно определить периодом 11-14 лет. Это время активных физиологических и психологических перестроек, изменение прежних и овладение новыми способами самодтверждения. В этом возрасте человек характеризуется беспечностью, неопытностью, своеволием, желанием экспериментировать, жить жизнью взрослых[5].

В младшем подростковом возрасте характерно открытие своего «Я», осознание своей индивидуальности, он ищет и находит недостатки в себе. У некоторых появляется недовольство собой. Подростки стремятся занять уважаемое положение среди сверстников, поэтому именно сверстник становится образцом равнения. Кто-то видит свои недостатки, а у кого-то собственная самооценка завышена, но гораздо хуже, когда наоборот, потому что подросток сильно переживает если он находит себя хуже других. В этот момент происходит формирование у него самосознания, потребность осознать себя как личность. У подростка возникает интерес к своей внутренней

жизни, качествам собственной личности, потребность в самооценке, сопоставлении себя с другими людьми. Потребность самосознания возникает из практической деятельности, определяется растущими требованиями взрослых коллектива и потребностью оценить свои возможности, для того чтобы найти свое место в коллективе.

На первых порах в основе самосознания подростка по-прежнему лежат суждения о нем других - взрослых (учителей и родителей), коллектива, товарищей. Младший подросток словно смотрит на себя глазами окружающих. Подрастая, ребенок начинает более критично относиться к оценкам взрослых, для него становятся важными и оценки его сверстников, и собственные представления об идеале; помимо этого, начинает сказываться тенденция самостоятельно анализировать и оценивать собственную личность. Но поскольку подросток еще не обладает достаточным умением правильно анализировать собственные личностные проявления, то на этой основе возможны конфликты, порождаемые противоречием между уровнем притязаний подростка, его мнением о себе и его реальным положением в коллективе, отношением к нему со стороны взрослых и товарищей. Установлено, что у детей, негативно воспринимаемых сверстниками, складывается более низкая самооценка, и наоборот [5].

В этот период происходит переход от внешнего управления к самоуправлению. Тем не менее, у подростков мы наблюдаем лишь зарождение этого процесса, полное развитие которого придется уже на юношеский и ранний взрослый периоды жизни. В подростковом возрасте человек пересматривает многие ценности, в основном ориентируясь в своих вкусах и образцах на референтную группу.

В целом, для младшего подросткового возраста (особенно ярко это проявляется у 12-летних) характерны негативные оценки себя (по научным данным так оценивает себя приблизительно третья часть детей этого возраста). Но уже к 13 годам наблюдается положительная динамика в самовосприятии. К юношескому возрасту человек имеет более дифференцированную оценку собственного поведения в различных ситуациях, появляется развернутая система самооценок и в основном складывается «Я-образ» - относительно устойчивая система представлений о себе [4].

Уже сформировавшаяся способность детей к обобщению дает возможность подростку делать обобщения в достаточно сложной области - деятельности по усвоению норм человеческих взаимоотношений. Поэтому ведущей деятельностью подростка является интимно - личностное общение в различных сферах деятельности. Это дает ему возможность проявить себя и самоутвердиться. Большинство подростков начинают проводить тщательную оценку самих себя, сравнивая свои внешние данные, физическое развитие. Именно поэтому подростки активизируют интимно - личностное и стихийно - групповое общение как в школе, так и вне её. Из множества сфер общения подростком выделяется референтная группа сверстников, с требованиями которой он считается и на мнение которой ориентируется в значимых для себя ситуациях.

У подростка ярко проявляет себя мотивационно-потребностная сфера - сфера общения, эмоциональных контактов. В этом возрасте чрезвычайно развито чувство аффилиации, т.е. стремления принадлежности к группам себе подобных. Остро переживается любое нарушение в сфере взаимоотношений с товарищами. Действительная или мнимая потеря привычного положения нередко воспринимается молодым человеком как трагедия. Самооценка своего места в социуме играет если не решающую, то одну из главных ролей в формировании личности, определяя в значительной степени социальную адаптацию и дезадаптацию личности, являясь регулятором поведения и деятельности [2].

Если самооценка подростка не находит опоры в социуме и потребность в самоуважении остается нереализованной то развивается резкое ощущение личностного дискомфорта. Одним из распространенных путей решения этой проблемы является переход подростка в группу, в которой характеристика его личности окружающими адекватна самооценке или даже превосходит ее. Описанный путь снятия противоречия между оценкой и самооценкой иногда может приводить к негативным последствиям, в зависимости от вида неформальной группы, в которую включается подросток. В силу своих возрастных особенностей подростки гораздо чаще других возрастных групп могут стать дезадаптированными в результате внутренней или внешней (иногда комплексной) дезгармонизации взаимодействия личности с самой собой или окружением, проявляющейся во внутреннем дискомфорте, нарушениях взаимоотношений, поведения и деятельности. Сами по себе возрастные особенности не влекут дезадаптацию, но если появляются провоцирующие факторы, она, как правило, возникает и потом ее очень трудно преодолеть.

Характер самооценки подростков определяет формирование тех или иных качеств личности. Например, адекватный уровень самооценки способствует формированию у подростка уверенности в себе, самокритичности, настойчивости или излишней самоуверенности, нескритичности. Обнаруживается также определенная связь характера самооценки с учебной и общественной активностью.

Подростки с адекватной самооценкой имеют большое поле интересов, активность их направлена на различные виды деятельности, а также на межличностные контакты, которые умеренны и целесообразны, направлены на познание других и себя в процессе общения. Они имеют более высокий уровень успеваемости, у них нет резких скачков успеваемости и наблюдается более высокий общественный и личный статус.

Подростки с тенденцией к сильному завышению самооценки проявляют достаточную ограниченность в видах деятельности и большую направленность на общение, причем малосодержательное.

Агрессивные подростки характеризуются крайней самооценкой (либо максимально положительной, либо максимально отрицательной), повышенной тревожностью, страхом перед широкими социальными контактами, эгоцентризмом, неумением находить выход из трудных ситуаций.

Подростки с низкой самооценкой подвержены депрессивным тенденциям. Причем одни исследования выявили, что низкая самооценка предшествует депрессивным реакциям или является их причиной, а другие – что депрессивный аффект проявляется сначала, а затем инкорпорируется в низкую самооценку. Окружающие часто отвергают подростков с низкой самооценкой. Подростки с такой самооценкой имеют тенденцию к полной незаметности в обществе. Их не «видят» и не выбирают в лидеры, они редко участвуют в школьной, клубной или общественной деятельности. Они не умеют постоять за себя и не высказывают своего мнения по волнующим их вопросам. У таких подростков чаще обычного развиваются чувства изоляции и одиночества. Застенчивые подростки в обществе часто испытывают неловкость и напряжение, что затрудняет их общение с окружающими. Поскольку они хотят нравиться другим, на них легче оказывать влияние и управлять ими; они обычно позволяют другим принимать за них решения, так как им не хватает уверенности в себе. Те, кто, сам того не желая, подчиняется другим, редко верят им и испытывают к ним любовь. Если подросток глубоко презирает самого себя, он будет презирать и ненавидеть других, но если он испытывает к себе уважение и доверие, то будет так же доверять другим и уважать их [2].

Таким образом, на подростковый возраст приходится самый противоречивый, конфликтный этап развития самооценки. В различные возрастные периоды подростки оценивают себя по-разному. Самооценка младших подростков противоречива, недостаточно целостна, поэтому и в их поведении может возникнуть немало немотивированных поступков. Разница в темпах развития оказывает заметное влияние на психику и самосознание.

Экспериментальное исследование проводилось в лицее №6 «Перспектива», с учащимися 7 х классов в количестве 38 человек.

Для изучения самооценки детей младшего подросткового возраста использовались следующие методики:

1) Тест «Нахождение количественного выражения уровня самооценки» по С.А. Будасси. 2) Методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан.

По данным исследования высокую самооценку имеют 8 учащихся, что составляет 39% экспериментальной группы. Средний уровень самооценки выявлен у 5, что составляет 33% от общего числа испытуемых в экспериментальной группе. Низким уровнем обладают 5 учащихся, что равно 28% экспериментальной группы.

Таким образом, в группе преобладают подростки с высоким уровнем самооценки. Результаты первичной диагностики уровней самооценки в экспериментальной группе по методике Дембо-Рубинштейн: у 7 учащихся преобладает высокий уровень самооценки, что составляет 39%; у 7 учащихся выявлен средний уровень самооценки, что составляет 39%, 4 учащимся характерна низкая самооценка, что равно 22% от общего числа испытуемых в экспериментальной группе.

Далее рассмотрим результаты исследования самооценки младших подростков в контрольной группе. Высокую самооценку по первой методике имеют 10 учащихся, что составляет 50% от общего числа испытуемых в контрольной группе. Средним уровнем самооценки обладают 8 учащихся, что составляет 40% от общего числа испытуемых в контрольной группе. Низкий уровень самооценки мы наблюдаем у 2 учащихся, что равно 10% от общего числа испытуемых контрольной группы.

Результаты первичной диагностики уровней самооценки в контрольной группе по методике Т. Дембо - С. Рубинштейна: у 9 учащихся преобладает высокая самооценка, что составляет 45%, у 9 учащихся выявлен средний уровень самооценки, что составляет 45% от числа респондентов контрольной группы, остальным 2 учащимся характерна низкая самооценка - это 10% от общего числа испытуемых в контрольной группе.

Учитывая полученные результаты диагностики самооценки в контрольной и экспериментальной группах, для контрольной группы исследуемых был разработан тренинг, направленный на оптимизацию самооценки младших подростков, реализация которого осуществляется в настоящее время при сопровождении психолога школы. Мы предполагаем, что реализация программы тренинга с младшими подростками будет способствовать развитию адекватного понимания у них самих себя, позитивному изменению отношения к себе и другим, приобретению опыта доверительного общения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. – Минск: Университетское, 1999.
2. Агафонов А. Ю. Исследование Я-концепции учащихся подросткового возраста как средства качественной оценки образовательных систем. // Автореф. дис. канд. психологич. наук. Казань - 2000.
3. Анн Л. Ф. Психологический тренинг с подростками. - СПб: Питер, 2005.
4. Драгунова Т.В., Эльконин Д.Б. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков. - М.: Просвещение, 1967.
5. Захарова А.В. Психология формирования самооценки. – М.: Просвещение, 1993.
6. Клее М. Психология подростка. - М.: Просвещение, 1994.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия, медицина. - М.: «Генезис», 1985.
8. Мудрик А.В. Роль социального окружения в формировании личности подростка. - М.: Знание, 1979.

УРОВЕНЬ ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.А. Жорняк

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Фармацевтический колледж*

Научные руководители: преподаватель Лопатина Т.Н., преподаватель Фукалова Н.В.

Уровень развития службы охраны материнства и детства является одним из индикаторов социального благополучия общества. Обеспечение прав ребенка – это глобальная проблема современности, поскольку подрастающее поколение играет определяющую роль в гарантировании жизнеспособности общества и прогнозировании его будущего развития. Однако свободное и гармоничное развитие человеческой личности невозможно без реализации одного из основных прав человека - права на охрану и укрепление здоровья [4, 10].

Приоритет охраны здоровья детей определяет главное направление политики в сфере здравоохранения. Законодатель данной нормой обеспечивает здоровье подрастающего поколения, которое через несколько лет будет социальной, политической и экономической основой страны. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

Необходимость разработки мер по охране прав ребенка, в силу его физической и умственной незрелости, потребовала выделения международной защиты прав детей в особое направление. С этой целью в ООН были созданы Социальная комиссия и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) (1946). Кроме того, защитой прав детей в отдельных областях занимаются специализированные учреждения ООН: Международная организация труда (МОТ), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация Объединенных Наций по вопросам науки, культуры и образования (ЮНЕСКО). Международная защита прав ребенка осуществляется по нескольким направлениям: разработка деклараций, резолюций, конвенций с целью подготовки международных стандартов в области прав; создание специального контрольного органа по защите прав; содействие приведению национального законодательства в соответствие международным обязательствам; оказание международной помощи через Детский фонд ООН.

Права ребенка на охрану здоровья закреплены в следующих международных документах: Декларация прав ребенка (1959), Международные пакты о правах человека (1966), Конвенция ООН о правах ребенка (1989).

Являясь государством-участником ООН, Российская Федерация строит свой правовой механизм с учетом вышеназванных документов. Конституцией РФ (1993) права и свободы человека провозглашаются высшей ценностью, и одновременно устанавливается, что признание, соблюдение и защита являются обязанностью государства. В соответствии с Конституцией РФ, Верховный Совет РФ признал основополагающую роль охраны здоровья граждан и принял в 1993 г. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». Одним из принципов охраны здоровья граждан становится приоритет профилактических мер [6, 9].

Основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренные Конституцией РФ, установлены Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» (1998). Настоящим документом провозглашено содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей.

В целях охраны здоровья для детей создаются и развиваются медицинские учреждения определенного назначения: детские поликлиники, детские больницы, детские стоматологии, детские центры неврологии, детские санатории-профилактории и др. Данные учреждения оборудуются и комплектуются с учетом особенностей оказания медицинской помощи детям [1, 6, 8].

Средним медработникам принадлежит важнейшая роль в укреплении здоровья подрастающего поколения. Они проводят патронажную работу в семьях, осуществляют на педиатрическом участке контроль за питанием, физическим развитием и воспитанием ребенка, следят за санитарно-гигиеническими условиями жизни детей, выявляют заболевших детей и оказывают им необходимую доврачебную помощь; проводят процедуры по назначению врача; осуществляют широкую санпросвет работу по пропаганде здорового образа жизни, искоренению вредных привычек.

Цель работы: Определить уровень правовой грамотности выпускников фармацевтического колледжа специальности «Сестринское дело» по вопросам охраны здоровья детей.

Задачи:

1. Определить уровень информированности студентов 4 курса;
2. Выявить направления, требующие углубленного изучения правовых вопросов.

Объект исследования – студенты 4 курса отделения Сестринское дело.

Предмет исследования – правовая профессиональная компетентность по вопросам оказания медицинской помощи детям.

Методы исследования: анкетирование, статистическая обработка.

Исследование проводилось по данным анкетирования студентов 4 курса отделения Сестринское дело. Анкета содержала 20 вопросов

В анкету включены вопросы, направленные на оценку уровня знаний студентов (20 вопросов). Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл. Критерии оценки: 18-20 баллов – высокий уровень, 15-17 баллов – средний уровень, 12-14 баллов – низкий уровень информированности.

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с определением средних арифметических и среднего квадратичного отклонения с использованием программы Microsoft Office Excel. Для качественных признаков описательная статистика представлена процентными долями и их стандартными ошибками.

Всего было проанкетировано 55 студентов

Уровень информированности по вопросам по вопросам охраны здоровья детей представлен в таблице 1.

Таблица 1

Уровень информированности студентов по вопросам охраны здоровья детей

Уровень информированности	показатели	
	Средние значения (баллы)	%
Высокий уровень n= 2	18, 0± 4.6	4
Средний уровень n=25	15,0 ± 1,2	41
Низкий уровень n=16	13,3 ± 1,4	31
Крайне низкий n=12	8,08 ± 1,2	24
ИТОГО n=55	13.56 ±1,4	100

По данным обработки анкет установлено, что около половины студентов (41%) имеют средний уровень информированности, треть студентов (31 %) – низкий уровень информированности, каждый четвертый студент (24%) – крайне низкий уровень информированности. Только 4% (2 студента) достаточно информированы по вопросам правового обеспечения здоровья детей и подростков (таблица 1).

Один из наиболее проблемных вопросов «Право пациентов на выбор врача» является наиболее конфликтным в практическом здравоохранении, и студенты слабо ориентированы о реализации данного права. Несмотря на то, что это право наиболее озвучено в средствах массовой информации, родители детей не имеют представления о том, как это право может быть реализовано. Медицинские сестры, в силу своей недостаточной компетенции, не могут дать правильную установку и рекомендации родителям по реализации данного права.

Так же студенты недостаточно осведомлены о праве пациента на выбор ЛПО.

Несмотря на то, что об организации иммунопрофилактики в лечебно-профилактических и образовательных организациях выпускники ориентированы хорошо, по вопросам вакцинации на дому информированы недостаточно.

Студенты имеют правильное представление о врачебной тайне и проведении медицинских осмотров обучающихся детей и подростков.

Наиболее проблемными являются вопросы оказания медицинской помощи без согласия граждан, применения новых методов лечения и диагностики, организации обучения не привитых детей.

Таблица 2

Уровень правовой грамотности выпускников отделения Сестринское дело

Категория вопросов	% правильных ответов на вопросы
Организация оказания мед помощи детям	52%
Профессиональная ответственность	74,5%
Профилактика	65%

При определении уровня правовой грамотности установлено, что студенты наиболее информированы по вопросам в категории профессиональной ответственности и по вопросам категории профилактики. Наиболее проблемными являются вопросы организации оказания медицинской помощи детям (таблица 2, рис.1).

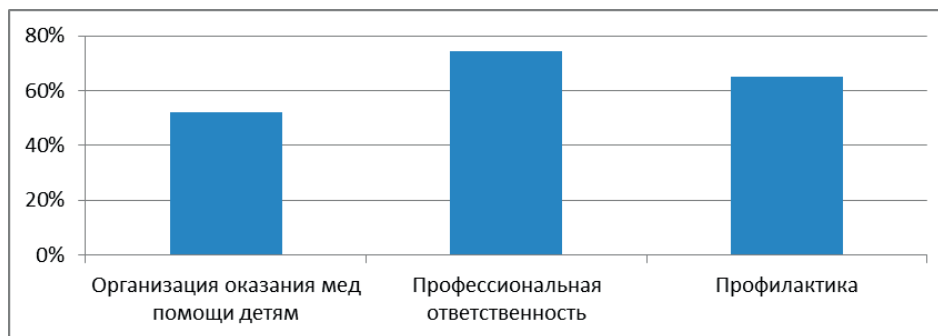


Рисунок 1. Информированность по категориям вопросов

С учетом особенностей обучения студентов на базе среднего и общего образования установлено, что лучшие результаты продемонстрировали студенты, обучающиеся на базе среднего образования. Это обусловлено тем, что выпускники старше по возрасту и у них лучше сформирован уровень профессиональной ответственности, они имеют более адекватные представления о работе педиатрической медсестры (таблица 3, Рис.3).

Таблица 3

Результаты анкетирования

Уровень информированности	На базе среднего образования n=15		На базе общего образования n= 40	
	Средние значения (баллы)	%	Средние значения (баллы)	%
Высокий уровень	18	18	0	0
Средний уровень	15,7	28	14,9	45
Низкий уровень	13,3	27	13,2	35
Крайне низкий	9	27	7,8	20
ИТОГО	14,0	100	11.9	100

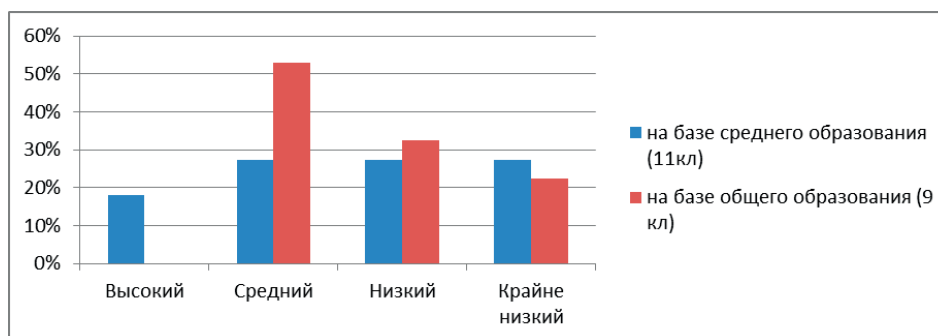


Рисунок 2. Уровень информированности с учетом базового образования

На основании изложенного можно сделать следующие выводы:

Выпускники отделения Сестринское дело демонстрируют средний и низкий уровень информированности по вопросам охраны здоровья детей и подростков. Лучшие показатели выявлены у студентов, обучающихся на базе среднего образования.

Выпускники наиболее информированы по вопросам в категории профессиональной ответственности и по вопросам категории профилактики, наиболее проблемными являются вопросы организации оказания медицинской помощи детям

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюшина Г.П./ Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проспект, 2005 – 576с.
2. Лавров И.Г., Майстрах К.В./ Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник. – 4 –е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина, 1987. – 264с.
3. Основы медицинских знаний /Под ред. Ю.С.Тарасова. - В 2-х томах. - Том 1. - Самара, 1996. - 175 с.
4. Основы медицинских знаний: учеб. пособ. для студентов учреждений высш. проф. образования/ Т.В.Волокитина, Г.Г. Бральнина, И.И. Никитинская – 3-е изд., стер. - .М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 224с.
5. Тен Е.Е./Основы социальной медицины: Учебное пособие- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. – 256с.

6. Охрана здоровья детей и подростков: учебное пособие для средних медицинских работников / под ред. Сопиной З.Е. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 368 с.
7. Куликов А.М. Подростковая медицина: проблемы и перспективы / А.М. Куликов, В.П. Медведев // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. — 2009. - №2. — С.83-93.
8. Куликов А.М., Медведев В.П., Кротин П.Н. Современные медико-социальные технологии охраны здоровья подростков и молодежи. — Вестник СПбМАПО, 2010. — т. 2, №2, стр. 106—115.
9. Здоровый человек и его окружение : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.
10. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 608 с. :

УДК 616.24-007.271-0

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

М.М. Заборцева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., профессор Демко И.В., Мамаева М.Г.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Это обусловлено значительной распространенностью, высокими показателями смертности и инвалидизации больных в трудоспособном возрасте, что приводит к существенному экономическому и социальному ущербу [4]. По данным ВОЗ, в настоящее время ХОБЛ является 4-й лидирующей причиной смерти в мире. Ежегодно от ХОБЛ умирает около 2,75 млн. человек, что составляет 4,8% всех причин смерти. Сердечно-сосудистая патология – основная патология, которая сопутствует ХОБЛ. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается у пациентов с ХОБЛ чаще, чем в общей популяции. Сочетаемость ИБС и ХОБЛ, по данным различных исследований, у лиц старших возрастных групп достигает 62%, а 15-летняя выживаемость таких пациентов составляет не более 25%. [2, 5]. В многочисленных исследованиях показана ассоциация между системным воспалением, гипоксемией, гиперхолестеринемией и повышенным риском сердечно-сосудистых событий [1, 3, 7]. Определение структурно-функциональных изменений сосудов, показателей ФВД, маркеров системного воспаления у пациентов с ХОБЛ может иметь значимое клинко-прогностическое значение, а также влиять на терапевтические и профилактические подходы к заболеванию.

Цель исследования: изучить взаимосвязь параметров функции внешнего дыхания, артериальной ригидности и медиаторов системного воспаления у больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние респираторной системы у больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС в период обострения и через 12 месяцев.
2. Комплексно изучить повреждение сосудистой стенки, артериальную ригидность методом артериографии у больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС в динамике заболевания.
3. Определить уровни медиаторов системного воспаления (СРБ, фибриноген, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-α) у больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС в период обострения и через 12 месяцев.
4. Изучить взаимосвязь параметров функции внешнего дыхания, показателей артериальной ригидности и медиаторов системного воспаления у больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Было проведено открытое, сравнительное, проспективное исследование с периодом наблюдения 12 месяцев, согласно критериям включения, исключения. Критериями включения: для ХОБЛ - возраст > 40 лет с ранее установленным диагнозом ХОБЛ, индексом пачек-лет не менее 10; для ИБС - диагноз, подтвержденный данными анамнеза, ЭКГ, ЭХОКГ, коронароангиографией. Критерии исключения: наличие сопутствующей гипертонической болезни и ИБС (для больных в группе ХОБЛ), инфаркт миокарда в предшествующие 6 месяцев, нестабильная стенокардия, жизнеугрожающая аритмия, наличие сердечной недостаточности III (IV ф. кл. по NYHA), сахарный диабет, злокачественные, аутоиммунные заболевания, болезни крови, рак легкого, активный туберкулез, интерстициальные заболевания легких, острые и хронические нагноительные заболевания легких,

тяжелые заболевания печени и почек. От всех участников было получено информированное согласие. Больные были обследованы при поступлении в стационар и через 12 месяцев наблюдения. Пациенты обеих групп, участвующие в исследовании, получали базисную и симптоматическую терапию (M_3 -холинолитики, β_2 -агонисты длительного действия, ингаляционные глюкокортикостероиды). Пациенты 2-й группы принимали ингибиторы АПФ, дезагреганты, статины.

Всего обследовано 110 человек: 1-я группа – 40 больных ХОБЛ III, IV стадии, среди них мужчин – 37(92,5±4,2 %) и женщин – 3(7,5±4,2 %), медиана возраста 57,5 [55,0; 60,5] года, медиана давности заболевания 3,0 [2,0; 5,0] года; 2-я группа – 40 больных ХОБЛ III, IV стадии в сочетании с ИБС, из них мужчин – 37(92,5±4,2%) и женщин – 3(7,5±4,2 %), возраст – 63,5 [59,5; 70,0] года, медиана давности заболевания 3,0 [2,0; 5,0] года в период обострения и через 12 месяцев. 3-я группа (группа сравнения) – 30 больных ИБС, из них мужчин – 17(56,7±9,2%) и женщин – 13(43,3±9,2 %), медиана возраста 61,5 [55,0; 66,0] года, медиана давности заболевания 5,0 [2,0; 8,0] года. В группу контроля вошли 30 практически здоровых лиц, медиана возраста 45,0 [41,0; 50,0] лет, из них мужчин – 11(36,7±8,9%), женщин – 19 (63,3±8,9%).

Методы исследования

1. Изучение функционального состояния респираторной системы проводилось с помощью метода спирометрии с бронходилатационным тестом (400 мкг сальбутамола) на аппарате фирмы MasterScreen Erich Jaeger (Германия) в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества.

2. Неинвазивная артериография выполнялась на аппарате артериограф TensioClinic TL (TensioMed, Венгрия). Определялись основные характеристики артериальной ригидности: скорость распространения пульсовой волны в аорте – СПВА и индекс аугментации – ИА, систолический (ИПС) и диастолический (ИПД) индексы площади, соотношение ИПС/ИПД.

3. Содержание ФНО- α в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа согласно инструкции фирмы-производителя иммуноферментных тест-систем (ВЕКТОР-БЕСТ, Россия). Единица измерения: пг/мл; содержание фибриногена в плазме крови регистрировалось методом Sta. Compact по Клаусу (2011 г.). Единица измерения: г/л. Исследование содержания СРБ в плазме крови определялась методом кинетики фиксированного времени на приборе фирмы (Beckman coulter, USA). Единица измерения: пг/мл.

4. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение

При оценке показателей ФВД у больных как 1-й, так и 2-й группы отмечалась выраженная бронхиальная обструкция, что сопровождалось снижением показателей $ОФВ_1$, ФЖЕЛ и $ОФВ_1/ФЖЕЛ$, вне зависимости от периода наблюдения ($p<0,05$).

При анализе количественных показателей пульсовой волны у больных 1-й группы обнаружено статистически значимое повышение жесткости аорты по сравнению со здоровыми лицами, независимо от периода наблюдения, о чем свидетельствуют повышение ИА и СПВА ($p<0,05$) (рис. 1, 2).

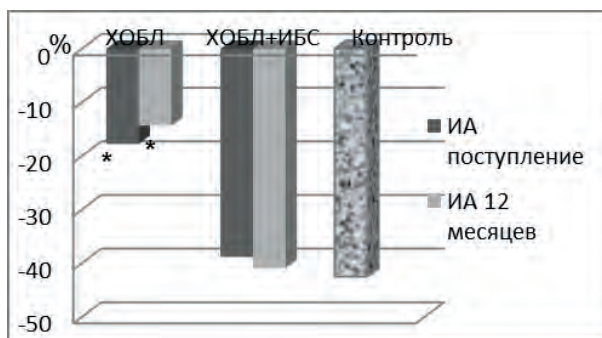


Рисунок 1. ИА у больных ХОБЛ и сочетании ХОБЛ и ИБС в динамике заболевания

* - достоверность различий между исследуемыми группами и контролем при $p < 0,05$.

У больных 2-й группы, вне зависимости от периода наблюдения, отмечается повышение показателя СПВА в сравнении с группой контроля, в то же время, ни в период обострения заболевания, ни через 12 месяцев наблюдения, значимых изменений со стороны ИА не зарегистрировано (рис. 1). Отсутствие повышения ИА, может быть обусловлено, с одной стороны, совместным применением базисных препаратов для лечения ХОБЛ и ИБС, эффективно влияющих на состояние эндотелия и показатели сосудистого ремоделирования, а, с другой стороны, снижением сократительной способности миокарда, уменьшением сердечного выброса, развитием гиподинамии миокарда [3].

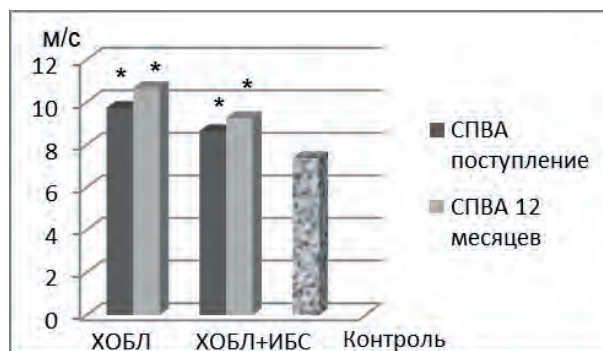


Рисунок 2. СПВА у больных ХОБЛ и сочетании ХОБЛ и ИБС в динамике заболевания

* - достоверность различий между исследуемыми группами и контролем при $p < 0,05$.

В период обострения в 1-й группе установлены прямые корреляционные взаимосвязи между длительностью курения, выраженностью бронхиальной обструкции (ОФВ1/ФЖЕЛ) и соотношением показателей ИПС/ИПД (индексом коронарной перфузии) ($r=0,36$, $p=0,040$; $r=0,42$, $p=0,032$ соответственно). Через 12 месяцев наблюдения регистрировались положительные корреляционные связи умеренной силы между возрастом и значением СПВА ($r=0,38$, $p=0,045$), показателем ОФВ1 и соотношением ИПС/ИПД ($r=0,41$, $p=0,037$).

Таблица 1

Некоторые показатели системного воспаления у больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС при поступлении и в динамике заболевания

Показатель	Период наблюдения	Исследуемые группы Ме [Q ₁ ; Q ₃]			Значимость различий
		ХОБЛ	ХОБЛ + ИБС	Контроль	
		1	2	3	
Фибри-ноген, г/л	Обострение	3,3 [2,9; 4,0]*	3,0 [2,7; 3,6]*	2,4 [2,1; 2,7]	$p_{1-2}=0,115$
	12 мес.	3,1 [2,7; 3,7]*	3,1 [2,4; 3,7]		$p_{1-2}=0,689$
ФНО-α, пг/мл	Обострение	18,0 [11,1; 26,6]*	31,0 [11,6; 34,6]*	10,6 [4,5; 13,9]	$p_{1-2}=0,193$
	12 мес.	6,3 [3,0; 11,9]#	6,3 [3,3; 10,9]#		$p_{1-2}=0,825$
СРБ, пг/мл	Обострение	4,5 [2,3; 14,2]*	4,5 [3,3; 8,0]*	0,8 [0,6; 1,2]	$p_{1-2}=0,641$
	12 мес.	9,0 [5,0; 13,0]*	12,0 [7,0; 19,0]*#		$p_{1-2}=0,217$

Примечание: * - уровень статистической значимости различий между исследуемыми группами и контролем при $p < 0,05$; # - уровень статистической значимости различий внутри группы в динамике при $p < 0,05$.

В обеих группах наблюдалось повышение уровня фибриногена, СРБ, ФНО-α относительно контроля в период обострения заболевания (табл. 1). Через 12 месяцев наблюдения в исследуемых группах отмечено снижение содержания ФНО-α относительно исходных значений, что позволяет считать ФНО-α маркером фазы заболевания. Повышение концентрации СРБ во всех исследуемых группах больных независимо от периода наблюдения, свидетельствует о персистирующем системном воспалении, и может служить индикатором тяжести заболевания. Повышенный уровень СРБ является предиктором риска развития кардиоваскулярных осложнений и смерти при ХОБЛ.

Результаты корреляционного анализа показали наличие положительных взаимосвязей в 1-й группе больных между уровнем СРБ, ФНО-α и длительностью заболевания ($r=0,56$, $p=0,003$; $r=0,44$, $p=0,017$, соответственно), а также содержанием ФНО-α в плазме крови и показателем СПВА ($r=0,41$, $p=0,029$). У больных 2-й группы в период обострения заболевания выявлена отрицательная корреляция между содержанием ФНО-α в плазме крови и показателем ФЖЕЛ ($r=-0,50$, $p=0,021$). В динамике заболевания зарегистрированы положительные корреляции между концентрацией фибриногена и показателями артериальной жесткости (СПВА и ИА) ($r=0,50$, $p=0,049$; $r=-0,68$, $p=0,004$ соответственно).

Выводы

1. У больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения, независимо от наличия ИБС, наблюдаются выраженные обструктивные нарушения. Бронхиальная обструкция носит необратимый характер, и, несмотря на проводимую базисную терапию, сохраняются нарушения проходимости дыхательных путей через 12 месяцев наблюдения.
2. У больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения как при обострении заболевания, так и через 12 месяцев выявлено повышение артериальной ригидности, которое носит стабильный характер и проявляется увеличением СПВА, ИА.

3. У больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС имеются признаки персистирующего системного воспаления, проявляющиеся повышением уровней ФНО- α , СРБ. ФНО- α является информативным маркером, отражающим фазу заболевания. Повышение уровня СРБ, независимо от фазы заболевания, характеризует персистирующее системное воспаление и может служить индикатором тяжести ХОБЛ.

4. У больных ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения и ХОБЛ в сочетании с ИБС установлена взаимосвязь между уровнем маркеров системного воспаления, параметрами функции внешнего дыхания, артериальной ригидностью, длительностью заболевания и стажем курения.

5. Полученные результаты способствуют лучшему пониманию патогенетических особенностей формирования кардио-васкулярных осложнений при ХОБЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2007. – №2. – С. 104 – 116.
2. Авдеев С.Н. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова // Пульмонология. – 2008. – №1. – С. 5 – 13.
3. Гельцер Б.И. Оценка артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких / Б.И. Гельцер Т.А. Бродская, В.А. Невзорова // Пульмонология. – 2008. – №1. – С. 45 – 50.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014) / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 92 с., ил.
5. Особенности легочной вентиляции, гемореологии и гемодинамики у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / Е.И. Шмелев, В.С. Задионченко, А.А. Свиридов, В.П. Гирихиди // Пульмонология. – 1999. – №2. – С. 9 – 13.
6. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А.Г. Чучалин, С.Н. Авдеев, З.Р. Айсанов и др. // Пульмонология. – 2014. – №3 – С. 15 – 54.
7. Wilkinson I., Cockcroft J. R. Cholesterol, lipids and arterial stiffness // Adv. Cardiol. – 2007. – Vol. 44. – P. 261-277.

УДК 616.155.294-06:616.11-005.1

СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНОГО С ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

У.М. Залукаева, Н.В. Коршунова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Л. Прокопцева

Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – редкое хроническое аутоиммунное заболевание, сопровождающееся изолированным снижением содержания тромбоцитов крови (менее $100 \times 10^9/\text{л}$) с пропорциональным повышением риска кровотечений. Частота выявления новых случаев тромбоцитопенической пурпуры составляет от 10 до 125 на 1 млн населения в год, около 50% случаев из них - у детей [1]. Заболевание, как правило, манифестирует в детском возрасте.

При тромбоцитопенической пурпуре снижение количества тромбоцитов происходит вследствие их разрушения посредством иммунных механизмов. Антитела к собственным тромбоцитам могут появляться спустя 1-3 недели после перенесенных вирусных или бактериальных инфекций, профилактических прививок, приема некоторых лекарственных препаратов, переохлаждения или инсоляции, после хирургических операций, травм. В ряде случаев какую либо определенную причину выявить не удаётся. Поступившие в организм антигены оседают на тромбоцитах больного и индуцируют иммунный ответ. Поврежденные при этом тромбоциты преждевременно гибнут в селезёнке. Кровоточивость при ИТП обусловлена не только снижением количества тромбоцитов, но и вторичным повреждением сосудистой стенки в связи с выпадением ангиотрофической функции тромбоцитов, нарушением сократительной способности сосудов из-за понижения концентрации серотонина в крови, невозможностью ретракции кровяного сгустка. Тип кровоточивости при тромбоцитопенической пурпуре петехиально-пятнистый. По клиническим проявлениям выделяют два варианта тромбоцитопенической пурпуры: «сухой» - у больного возникает только кожный геморрагический синдром и «влажный» - кровоизлияния в сочетании с кровотечениями. Риск кровотечений при ИТП коррелирует с тяжестью тромбоцитопении.

Патогенетическая терапия аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры включает назначение глюкокортикоидов, иммуноглобулинов, выполнение спленэктомии и использование иммунодепрессантов. Такие стандартные методы лечения эффективны у 70–90 % пациентов, однако у 10 % больных уровень тромбоцитов не повышается [2].

По ответу на лечение определяют полный ответ (количество тромбоцитов превышает $100 \times 10^9/\text{л}$ при отсутствии кровоточивости); объективный ответ (тромбоцитов становится более $30 \times 10^9/\text{л}$ или происходит двукратное их повышение от начального уровня при отсутствии кровоточивости); отсутствие ответа (тромбоцитов не более $30 \times 10^9/\text{л}$, наблюдается менее чем двукратное их повышение от начального уровня или наличие кровоточивости).

По результатам промежуточного анализа данных Российского регистра пациентов с первичной ИТП наиболее частые клинические проявления геморрагического синдрома у детей - кожные геморрагии (98,1%), кровоточивость слизистых оболочек (49,0%) и носовые кровотечения (34,4 %) [3].

По другим литературным данным только 3% детей с ИТП имеют клинически значимые симптомы типа обильных носовых кровотечений или кровотечений из желудочно-кишечного тракта, внутричерепные кровоизлияния бывают в 0,1-0,5% случаев [4, 5, 6]. При анализе литературы нами не было встречено описания ни одного случая кровоизлияния в перикард у детей или у взрослых при ИТП.

Цель данной публикации - поделиться собственным опытом клинического наблюдения ребенка с ИТП, осложненной кровоизлиянием в перикард.

Ребенок Я. (мальчик), возрастом 1 год, поступил в отделение для детей грудного возраста КГКБ № 20 г. Красноярск по направлению врача педиатра дома ребенка при исправительной колонии № 22 с жалобами на геморрагическую сыпь по всему телу.

Из анамнеза жизни было известно, что ребенок от 4 беременности, 3 родов. Родился на 37 неделе гестации. Масса при рождении – 2570 г. Получал профилактическое лечение по схеме врожденного сифилиса и ВИЧ-контакту. С 7 по 10 месяц жизни перенес полидефицитную анемию, ветряную оспу, острый бронхит, рецидивирующий перфоративный гнойный отит, ОРВИ. В конце августа 2015 года, на 11 месяце жизни, после последнего случая отита был привит АКДС+ВГВ+гемофильная инфекция. В поствакцинальном периоде развилась тяжелая ОРВИ. Был госпитализирован в инфекционный стационар, где находился на лечении с 31.08.15г. по 08.09.15г. В последний день госпитализации на конечностях, на лице, на слизистой полости рта была обнаружена мелкоточечная геморрагическая сыпь, появились прожилки крови в кале, кровоточивость десен, экхимозы в местах инъекций. Ребенок был переведен в отделение для детей грудного возраста КМКБ № 20. В развернутом анализе крови при поступлении отмечалось снижение количества тромбоцитов до $19 \cdot 10^9/\text{л}$. Максимальное снижение тромбоцитов отмечалось на 4 день госпитализации – до $6 \cdot 10^9/\text{л}$. В это же время гемоглобин крови снизился до 98 г/л. Были обнаружены антитела к вирусному гепатиту С. В анализе крови на гемостаз: признаки хронотрической гиперкоагуляции; количество тромбоцитов снижено до 40; низкая первичная агрегационная активность тромбоцитов при стимуляции АДФ. На УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные изменения структуры печени. На ЭХО-кардиоскопии: открытое овальное отверстие; полости сердца не расширены; сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная; трикуспидальная регургитация 1 ст.; СДЛА 20 мм рт.ст. На ЭКГ: признаки синусовой брадикардии; метаболические изменения в миокарде. Ребенок получил лечение: иммуноглобулин – Октагам внутривенно капельно 2 раза, пульс-терапию метилпреднизолоном (19.09.15-23.09.15), затем преднизолон внутрь, дицинон. После лечения количество тромбоцитов повысилось до $202 \cdot 10^9/\text{л}$, геморрагический синдром купировался. Сохранялось небольшое увеличение печени и селезенки. Ребенок был выписан 13.10.15 в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: консультация у гематолога, педиатра центра СПИД, дерматовенеролога; медицинский отвод от вакцинаций, проведение анализа крови с определением количества тромбоцитов через 2 недели, продолжение лечения преднизолоном внутрь.

Через 5 дней после выписки у ребенка вновь появились признаки нетяжелой ОРВИ и геморрагическая сыпь на теле. В анализе крови от 21.10.15 г. количество тромбоцитов было $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$. После чего ребенок вновь был госпитализирован в КМКБ № 20.

При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое, самочувствие не нарушено. На коже в области нижних конечностей, ягодиц, передней брюшной стенки, на слизистых полости рта – элементы мелкоточечной геморрагической сыпи, единичные экхимозы на лице и нижних конечностях. Гепатоспленомегалия. Никаких других изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. При лабораторном исследовании были выявлены следующие отклонения от нормы: в развернутом анализе крови от 22.10.15 снижение количества тромбоцитов до $10 \cdot 10^9/\text{л}$; в иммунологическом анализе крови – повышение IgM, в анализе крови на гемостаз – признаки гиперкоагуляции, тромбоцитопения до $57 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитопатия. Был выставлен диагноз: «Иммунная тромбоцитопеническая пурпура, влажная форма, рецидивирующее течение». Сопутствующий диагноз: «Перинатальный контакт по ВИЧ». Результаты миелограммы были получены посмертно (26.10.15) и не повлияли на постановку диагноза: умеренное расширение эритроидного ряда с сохранением созревания эритрокариоцитов; лейкоцитарный ряд без атипии; мегакариоциты 5/100 п.з. без отшнуровки тромбоцитов. Ребенку проводили инфузии Октагама два раза. С 24.10.15г. планировалась пульс-терапия метилпреднизолоном. Но 24.10.15г. состояние ребенка резко ухудшилось: появилось выраженное беспокойство, стонущее дыхание, серый колорит кожи, однократная рвота, снижение SaO_2 до 88%. Сердечные тоны оставались достаточно ясными, ритмичными, живот мягким, безболезненным. Проведена консультация хирурга: данных за кровотечения не обнаружено. На рентгенограмме грудной клетки обнаружено лишь небольшое вздутие легочной ткани. АД – 73/35 мм рт.ст. Ребенку проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, кислородотерапия. Не смотря на это, состояние резко ухудшилось, произошла остановка дыхательной и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия были неэффективными. Ребенок умер. Лечащим врачом было предположено, что смерть произошла из-за осложнения – кровоизлияния в головной мозг и в надпочечники. Но в результате патолого-анатомического

исследования было выявлено, что у ребенка произошло спонтанное кровоизлияние в полость перикарда с формированием гемоперикарда (50 грамм темных свертков и 10 мл темной крови) и нарастанием сердечной недостаточности. Кровоизлияния в головной мозг и в надпочечники не было.

Таким образом, данный пример показываем возможность развития редких, но крайне опасных для жизни пациента осложнений при тромбоцитопенической пурпуре, что необходимо учитывать при разработке плана обследования и лечения больных с данным заболеванием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Immune thrombocytopenic purpura / D. B. Cines, V. S. Blanchette // Engl. j. med. – 2002. – Vol. 346. № 13. – P. 995–1008.
2. Лечение больных с резистентной иммунной тромбоцитопенией: обзор литературы и клинические наблюдения / В.В. Птушкин, С.В. Миненко, Э.Р. Биячиев и др. // Онкогематология. – 2011. - №1. – С. 56-64.
3. Иммунная тромбоцитопения: клинические проявления и ответ на терапию. Промежуточный анализ данных Российского регистра пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией и обзор литературы / И.А. Лисуков, А.А. Масчан, А.В. Шамардина и др. // Онкогематология. – 2013. - №2. – С. 61-69.
4. Иммунная тромбоцитопения у детей: от консенсуса в терминологии к консенсусу в лечении / А.А. Масчан, А.Г.Румянцев // Вопросы гематоонкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, №1. – С.5-13.
5. Рекомендации Российского совета экспертов по диагностике и лечению больных первичной иммунной тромбоцитопенией / А.А. Масчан и др. // Онкогематология. – 2010. – №3. – С. 36-45.
6. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia / D. Provan et al. // Blood. – 2010. – Vol. 115. – № 2. – P.168-182.

УДК 616.327.2-022-053.2

РАЗНООБРАЗИЕ МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Р.Д. Зенаишвили, М.С. Сербаяева, С.В. Шервашидзе

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.В. Андриянова

В последние годы отмечается стойкая отрицательная динамика распространенности заболеваниями верхних дыхательных путей, что объясняет повышенный интерес медицинского сообщества к вопросам совершенствования методов диагностики и терапии данной группы заболеваний.

В настоящий момент ряд авторов признает главенствующей причиной гипертрофии аденоидных вегетаций как своеобразную иммунную реакцию, в ответ на вирусы, попадающие в микрофлору носоглотки¹.

Бактериальная теория заключается в том, что преобладающую роль в развитии хронического аденоидита играют бактерии².

Согласно Конвенции о биологическом разнообразии, биоразнообразие это вариативность живых организмов из всех источников, включая разнообразие в рамках вида, между видами и разнообразие экосистем³.

На инфекционные заболевания и на процесс борьбы с ними сложным образом влияют многие факторы, помимо непосредственных отношений между инфекционным агентом и организмом человека. Ситуацию особенно затрудняет то, что взаимодействующие друг с другом микроорганизмы, организм человека и окружающая среда всё время изменяются⁴.

Целью нашей работы явилось изучение влияния разнообразия микроорганизмов на состояние верхних дыхательных путей с использованием современных методов диагностики.

Нами были обследованы 90 детей в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозом хронический аденоидит и 47 детей с диагнозом муковисцероз. Контрольную группу составили 45 здоровых детей в возрасте с 3 до 12 лет, без признаков хронического аденоидита, и гипертрофии глоточной миндалины и не имеющие в анамнезе антибиотикотерапии за последние 6 месяцев. Все родители подписали информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

Всем пациентам было проведено:

Клинико-анамнестическое отоларингологическое обследование с эндоскопическим осмотром полости носа и носоглотки, клиническое обследование (развернутый анализ крови, мазок носоглотки).

¹ Новые аргументы в поддержку органосохраняющего направления при лечении аденоидов у детей/В.П.Быкова/ Детская оториноларингология – 2013- №2 – С.18-21.

² Карпова Е.П./Хронический аденоидит у детей/ Карпова Е.П.,Тулунов Д.А./Пособие для врачей – 2009 - С. 27-28

³ Конвенция о биологическом разнообразии – Статья 2 – ООН – 1992 г.

⁴ Richard Coker/ Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний./ Rifat Atun. Martin McKee. Richard Coker – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ВОЗ -2009-С. 12

Для диагностики состава микробиоты носоглотки использовали метод газовой хроматографии с масс-спектрометрией. Детектирование микроорганизмов в составе биопленки проводится по составу специфических веществ, определяемых в мазке, взятого с поверхности удаленной глоточной миндалины. В основе метода лежит высокоточное определение специфических маркерных молекул, входящих в состав клеточных липидов. Газовая хроматография позволяет расширить знания о трудно культивируемой микрофлоре⁵.

Для диагностики состояния дыхательной функции полости носа применяли переднюю активную риноманометрию и пульсоксиметрию.

У больных, с патологическим увеличением глоточной миндалины, по сравнению со здоровыми людьми в мазках из носоглотки выявлено повышение количества и типов патогенных микроорганизмов и одновременное уменьшение представителей индигенной микрофлоры. Индигенная микрофлора – это один из основных компонентов неспецифического иммунитета человека, что получило научное обоснование в феномене бактериальной интерференции. В основе бактериальной интерференции лежит конкурентное взаимодействие между близкородственными микроорганизмами (патогенными и непатогенными). У здорового человека обычно бактериальная интерференция проявляется вытеснением индигенной микрофлорой высокопатогенных микроорганизмов. При снижении количества индигенной микрофлоры отмечается обратное явление – патогенная микрофлора угнетает рост нормальной. Наиболее изучена бактериальная интерференция между пневмококком и α -гемолитическими стрептококками (*Str.salivarius*, *Str.mitis*, *Str.vestibularis*, *Str.faecium*, *Str.uberis*), составляющими индигенную микрофлору носоглотки. Однако явление бактериальной интерференции выявлено и между другими микроорганизмами⁶.

Мы выявили, что количественное значение микроорганизмов не отражает их качественную функцию в составе биопленки. Для чего использовали корреляционную матрицу в графическом варианте с определением силы связей между микроорганизмами по критерию Пирсона. Связь считается сильной если она больше чем 0,4 при ошибке меньше 0,05.

Микробный пейзаж глоточной миндалины здоровых детей представлен полимикробной аэробной и анаэробной флорой, и включает в себя условно патогенные микроорганизмы. При этом между микроорганизмами определяется 5-6 корреляционных связей.

Так труднокультивируемый микроорганизм *Pseudonocardia* по результатам ГХ определялась в следовых количествах, зато при построении графической матрицы, она выступила как микроорганизм с наибольшим количеством сильных связей, что соответствует теории о биопленках, где всегда выявляется микроорганизм - учредитель микробной ассоциации. В то же время этот микроорганизм в работах известного инфекциониста Брука описан как способный к интерференции. Что подтверждают полученные нами результаты, когда у здоровых детей данный микроорганизм определяется в большом количестве, а у детей с диагнозом Хронический аденоидит обнаруживается в следовых количествах. Среди микроорганизмов выделенных у пациентов с муковисцидозом чаще других выявлялись лактобактерии, которые являются патогенными в большом количестве и относятся к ряду слизиобразующих бактерий. Были выделены зубактерии и пропионобактерии, оказывающие токсическое действие на ткани в которых они вегетируют.

Выводы:

1. Микрофлора носоглотки играет превалирующую роль в развитии патологий верхних дыхательных путей, что подтверждается современными методами диагностики.
2. Микрофлора носоглотки разнообразна, индивидуальна и имеет возрастные особенности.
3. Потеря биоразнообразия имеет целый ряд возможных неблагоприятных последствий для человечества. Внезапное уменьшение обилия или разнообразия этих микроорганизмов, прежде повсеместное, может привести к сбою регулирования и восстановления соответствующих иммунных и воспалительных реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новые аргументы в поддержку органосохраняющего направления при лечении аденоидов у детей/В.П. Быкова/ Детская оториноларингология – 2013- №2 – С.18-21.
2. Карпова Е.П./Хронический аденоидит у детей/ КарповаЕ.П.,Тулупов Д.А./Пособие для врачей. – 2009 - С. 23
3. Конвенция о биологическом разнообразии – Статья 2 – ООН - 1992г
4. Richard Coker/ Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний./ Rifat Atun. Martin McKee. Richard Coker – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ВОЗ -2009-С. 12
5. Андриянова И.В./ Исследование состава микробиоты носоглотки детей с хроническим аденоидитом с использованием метода масс-спектрометрии по микробным маркерам/ Андриянова И.В., Вахрушев С.Г., Каширцева И.А, Казакова О.Э./ УДК 616.327.2:578.088.1
6. Brook I. Bacterial interference. Critical Reviews in Microbiology. 1999; 25, 155–72

5 Андриянова И.В./ Исследование состава микробиоты носоглотки детей с хроническим аденоидитом с использованием метода масс-спектрометрии по микробным маркерам/ Андриянова И.В., Вахрушев С.Г., Каширцева И.А, Казакова О.Э./ УДК 616.327.2:578.088.1

6 Brook I. Bacterial interference. Critical Reviews in Microbiology. 1999; 25, 155–72

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА ОСНОВЕ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ МИКРОБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Зенкина А.Е., Шевякова О.А., Комарова В.С., Гесс Д.А., Хамдамов Н.Б.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

Научные руководители: д.м.н., доц. Н.М. Маркелова, асс. Н.С. Соловьева

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — это одна из самых частых нозологий в структуре заболеваемости, с которой встречаются практические врачи. Статистика показывает, что в России хронической венозной недостаточностью нижних конечностей страдает 38 миллионов человек, причем 5 миллионов из них имеют трофические язвы. У лиц пожилого возраста частота развития трофических язв достигает 11%. Частота ежегодных рецидивов венозных язв составляет около 20%. Данное заболевание затрагивает людей как пожилого, так и трудоспособного возраста, и негативно влияет на качество жизни, вызывая ограничения в трудовой деятельности, физические, эстетические, психо-эмоциональные страдания и высокие материальные затраты на лечение.

Среди заболеваний, сопровождающихся развитием ХВН, наиболее распространены варикозная болезнь нижних конечностей и посттромботическая болезнь (ПТБ). В первом случае имеет место патология механизмов, обеспечивающих возврат крови в вертикальном положении, это клапанная недостаточность и нарушение работы мышечно-венозной помпы нижних конечностей и брюшного пресса. Во втором случае происходит уменьшение пропускной способности венозного русла вследствие перенесенного тромбоза глубоких вен. Реже встречается сброс артериальной крови в вены через артерио-венозные соустья.

Ведутся разработки комплексного лечения трофических язв. Наиболее актуальным для практической хирургии является решение вопроса о местном лечении. Перспективным направлением является использование новых биосовместимых материалов.

Цель работы:

Сравнить эффективность лечения больных с длительно незаживающими трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности с помощью раневых покрытий на основе целлюлозы микробного происхождения, с раневым покрытием «Гидроколл» в 1 фазу раневого процесса.

Задачи:

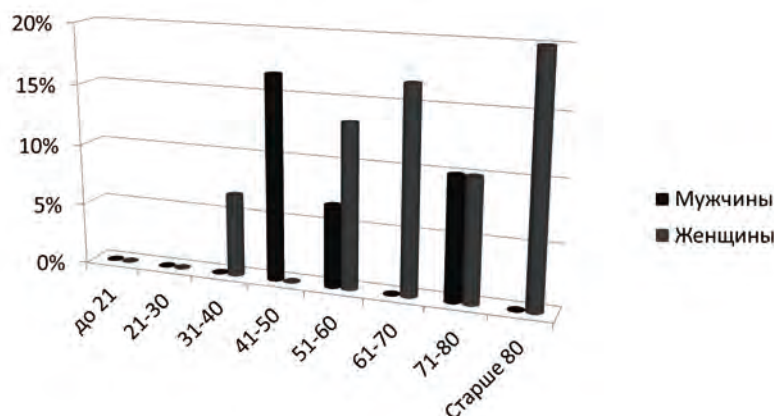
1. Провести сравнительный анализ результатов применения раневого покрытия «Гидроколл» и оригинального раневого покрытия на основе целлюлозы микробного происхождения
2. Оценить эффективность методов лечения в 1 фазу раневого процесса

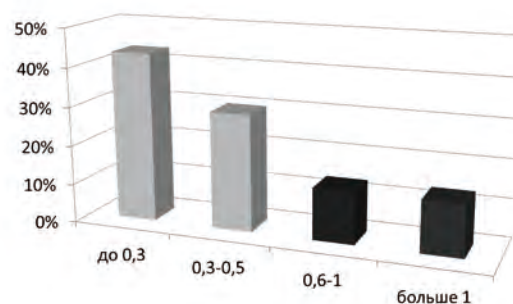
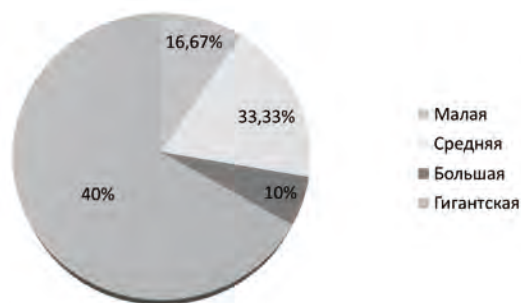
Материалы и методы:

Проведены ограниченные клинические испытания целлюлозных раневых покрытий на базе второго хирургического отделения «НУЗ» ДКБ на ст. Красноярск ОАО «РЖД». В качестве продуцента целлюлозы использован штамм *Komagataeibacter xylinus* IBP/SFU-MG PV0. В исследование были включены пациенты (n=22) с трофическими язвами венозной этиологии. Группу сравнения составили больные (n=18) с такой же патологией, в качестве раневого покрытия были использованы повязки «Гидроколл». Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, площади ран. Методы исследования включали: клиническую оценку раневого процесса, планиметрию ран, статистическую обработку.

Полученные результаты:

В результате статистической обработки данных трофические язвы венозной этиологии преобладают у женщин 65% в возрасте старше 61 года.





При этом чаще встречаются больные с гигантскими трофическими язвами (40%), глубина в 40% до 0.3 см. Средняя длительность первой фазы раневого процесса при использовании раневого покрытия «Гидроколл» составляет 5 дней (минимальное значение 4 дня, максимальное-7 дней), раневого покрытия на основе целлюлозы - 4 дня (минимальное значение 2 дня, максимальное - 6 дней).

Выводы

1. Раневое покрытие на основе целлюлозы обеспечивает быстрое и интенсивное очищение инфицированных трофических язв.
2. Средняя длительность 1 фазы раневого процесса при использовании целлюлозного раневого покрытия 4 дня.
3. Средняя длительность 1 фазы раневого процесса при использовании раневого покрытия «Гидроколл»- 5 дней.
4. Применении раневого покрытия на основе целлюлозы микробного происхождения, позволяет сократить длительность 1 фазы раневого процесса, и, соответственно, затраты на лечение и сроки выздоровления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев Ю. К. (2004) перевязочные материалы и средства в хирургии. Вестник хирургии 3: 83-87.
2. Адамян А. А., Добыш С. В., Килимчук Л. Е. (2000) Биологически активные перевязочные средства в комплексном лечении гнойно-некротических ран: метод. рекомендации. М.: Б.и., 40 с.
3. Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Тюрюмин В.С. (2013) Современные методы лечения гнойных ран. Сибирское медицинское обозрение. 1:18-24.
4. Туманов В.П., Герман Г.С (2000) Методическое руководство по лечению ран. М: Пауль Хартманн.123 с.

УДК 159.942.5 : 616-001: 159.944.4

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Злобина Д.С.

*Красноярский государственный медицинский университет
им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого*

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Стоянова Е.И.

Сегодня проблема психологических последствий травматического опыта приобретает особую значимость в связи с ростом в различных регионах планеты антропогенных катастроф, «горячих точек» и террористических актов. Подобные события оказывают беспрецедентное по своим последствиям воздействие на человека, откладывая отпечаток на протекание всех психических процессов, имея тенденцию со временем закрепляться, переходя в личностные свойства и приводя впоследствии к необратимым изменениям стрессового расстройства личности (ПТСР).

Актуальным становится изучения смысловых механизмов переживания боевого стресса, которая определяется необходимостью разработки методов и технологий оказания помощи военнослужащим, сотрудникам органов внутренних дел, задействованным в военных конфликтах, а также многочисленным мирным гражданам, оказавшимся жертвами боевого стресса.

Для поддержания эмоционального состояние людей с посттравматическим стрессовым составлена программа психологического сопровождения.

Для реализации программы сопровождения, необходимо рассмотреть особенности проблематики посттравматического воздействия на психологическую составляющую человека, мнения авторов, а

также способы борьбы со стрессовыми расстройствами личности, страдающими ПТСР, способы поддержания пациентов и помощь родственникам данной категории пациентов. По мнению зарубежных авторов, существует множество и других факторов, влияющих на возникновение ПТСР. V. Charlot, H. Giover, J.O. Buchbinder особо выделяют такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими [5].

Составление программы сопровождения основано на полученных психодиагностических данных (эмпирический этап исследования).

Местом проведения исследования был выбран Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн. Выборка исследования представлена группой испытуемых (мужчины и женщины), состоящей из 20 пациентов с синдромом посттравматического стрессового расстройства в отделении медико-психологической реабилитации.

Эмпирическое исследование состояло из следующих этапов: теоретическое исследование проблемы смысловой сферы людей; теоретическое исследование проблемы ПТСР; механизмы его возникновения, особенности протекания, методы лечения.

Проведение диагностики с целью выявления смысловой сферы и ценностных ориентаций у пациентов, страдающих ПТСР с помощью таких методик, как Методика исследования системы жизненных смыслов В.Ю. Котлякова, Методика «Уровень соотношения «Ценности» и «Доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД), Тест "Смыслоразнообразие ориентации" (методика СЖО) Д. А. Леонтьева.

I этап исследования (до проведения программы психологического сопровождения):

Из процесса беседы с пациентами синдромом ПТСР выявлено было, что большинство переживают стрессовые ситуации и находятся в состоянии легкой депрессии, а также в состоянии вины за прошедшие психотравмирующие события.

По полученным данным теста смыслоразнообразие ориентации (методика СЖО), наблюдаем, что большинство испытуемых выбрали Субшкала 1, что означает цели в жизни. Анализ полученных данных указывает на то, что людям с ПТСР в большей степени характерна важность самого процесса жизни и достижения собственных целей, поставленных задач, а также работа на результативность.

Также одним из методов исследования В. Ю. Котлякова «Система жизненных смыслов». Общий показатель по данному опроснику равен 10 баллам, что говорит о преобладании экзистенциальных жизненных смыслов у пациентов с ПТСР.

Из полученных данных, свидетельствует вывод о том, что для большинства испытуемых важна статусность и социальная значимость в собственной жизни. В данных показателях говорится об игнорировании своей значимости, своих жизненных интересов, себя в целом. Важность помочь другим, игнорируя собственные интересы и ресурсы.

По всем показателям двух проведенных методов исследования после первичной диагностики до проведения программы психологического сопровождения, увидели, что большинство пациентов с синдромом ПТСР переживают стрессовые ситуации и находятся в состоянии легкой депрессии. По результатам полученных данных методики СЖО, людям с ПТСР в большей степени характерна важность самого процесса жизни и достижения собственных целей, поставленных задач, а также работа на результативность (преобладание собственных целей в жизни - Субшкала

1). Из результатов методики исследования системы жизненных смыслов В. Ю. Котлякова выделяется преобладание экзистенциальных жизненных смыслов у пациентов с ПТСР. Для рассмотрения жизненных смыслов пациента и выявления «преобладающих» сфер изначально нами было выбрано две методики исследования на смысловую сферу личности.

Основываясь на полученных результатах и учитывая выявленные особенности смысловой сферы пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, нами была разработана программа психологического сопровождения.

Целью данной программы является поддержания стабилизированного эмоционального состояния пациентов с ПТСР. Задачи, решаемые в программе психологического сопровождения явились:

1. Установления доверительного контакта с пациентами ПТСР; 2. Проведение релаксационных упражнений с пациентами ПТСР; 3. Проведение упражнений на смысловые переживания с пациентами ПТСР; 4. Отработка навыков уверенного поведения и саморегуляции

Программа сопровождения состоит из 10 занятий с разработанными в завершении рекомендациями по поддержанию своего эмоционального состояния пациентам с синдромом ПТСР. В качестве участников группы были выбраны пациенты с более выраженными показателями в сравнении с другими пациентами (20 человек).

Упражнения на снятие эмоционального напряжения: «Радуга», упражнение направленное на смысловые переживания, эмоциональная значимость. Дыхательные упражнения: «Стабилизация дыхания» (цель: стабилизация дыхания в стрессовых состояниях), дыхательная релаксация; «Релаксация своего эмоционального состояния»; «Зажим» (цель: снятие психофизиологических "зажимов" и формирование приемов релакса-

ции состояния). Далее были упражнения направленные на самораскрытия личности перед своим окружением. Упражнения: «Определение решений» (вопросы об ответственности.), «Самораскрытие»; «Контраргументы».

Упражнения направленные на рассмотрение различных жизненных реакций и способы реагирования: «Неуверенные, уверенные и агрессивные ответы» (цель упражнения: формирование адекватных реакций в различных ситуациях); «Формирование навыков модификации и коррекции поведения»; «Преувеличение или полное изменение поведение» (цель упражнения: формирование навыков модификации и коррекции поведения на основе анализа разыгрываемых ролей и группового разбора поведения). Упражнения направленные на самоанализ и самопонимание пациента: «Комиссионный магазин» (цель упражнения: углубление знаний друг о друге через раскрытие качеств каждого участника); «Автопортрет» (цель упражнения: формирование умений распознавания незнакомой личности, развитие навыков описания других людей по различным признакам); «Анализ сущности «Я»»; «Без маски» (цель упражнения: снятие эмоциональной и поведенческой закрепленности).

В завершении второго этапа исследования было предложено пациентам освободиться от негативных мыслей про свою болезнь, обсуждения положительных и отрицательных моментов в процессе прохождений упражнений на релаксацию, дыхание, поиска смысловых переживаний. Анализирование проделанной работы в общей картине пациента. Предоставления соответствующих рекомендаций пациентам по своему синдрому ПТСР.

На основе проведенного сопровождения для пациентов, а также для полного поддержания эффективности проведенной программы психологического сопровождения пациентов с ПТСР, была параллельно разработана программа психологического сопровождения для родственников пациентов ПТСР. Целью данной программы является поддержания стабилизированного эмоционального состояния, а также информирования о данном синдроме родственников пациентов с ПТСР.

Задачи, решаемые в программе психологического сопровождения явились: 1. Установления доверительного контакта с родственниками пациентов с ПТСР для дальнейшей работы; 2. Узнавание о способе развития данного синдрома у родственника; 3. Информирование родственников о клинических признаках ПТСР

Сама программа сопровождения с родственниками проводилась в три основных этапа: Первый этап - ознакомление; второй этап - информирования родственников о синдроме в целом, а также клинических признаков синдрома ПТСР. Третий этап – завершающий, который включает в себя: анализирование произведенной беседы, деление своими чувствами и планами дальнейшего действия родственников со своими близкими, которые имеют синдром ПТСР, а также получения рекомендаций по поддержанию своего родственника.

Таким образом, разработанная программа психологического сопровождения пациентов с ПТСР может быть определена как «инструмент», который позволит улучшить стабилизацию личностной сферы пациентов с ПТСР. Включение программы сопровождения в контекст работы психологической службы Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн позволит дополнить одной из направлений работы в рамках сопровождения пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон, Г. *Психосоматическая терапия* / Г. Аммон. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.
2. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома: Студия оперативной полиграфии «Аквантитул», 2004. – 344с.
3. Куликов Л. В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы. - СПб, Изд-во СПбГУ, 2000.
4. Шкуратова, И. П., Анненкова Е. А.. Личностные ресурсы как фактор совладания с кризисными ситуациями // Психология кризиса и кризисных состояний. Междисциплинарный ежегодник. 2007. Вып.4, С. 17-23.
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции/Ю.В. Щербатых. — СПб.: Питер, 2012. – 256 с.

УДК 81:791.43./45

ПАТОГЕННОСТЬ, ВЫРАЖЕННАЯ В КИНЕМАТОГРАФЕ

Зыков С.В., Таматаев В.Р.

Омский государственный медицинский университет

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: д.филос.н., доц. Мусохранова М.Б.

Каждая эпоха представлена определенной болезнью, связанной с образом жизни людей. Так, хронический остеопороз был преобладающим в эпоху ранних культур. Во времена Гиппократы это были преимущественно болезни циклического типа развития. В средние века Европу охватывают великие коллективные болезни. В эпоху Возрождения Европа представляется захваченной трепонемой, происходившей из Нового света. В XVII и XVIII века, когда предметом человеческих потребностей была роскошь, зажиточные классы становились добычей тучности, апopleксии, ожирения и особенно подагры [2]. И по сей день, болезни, вызванные человеческими потребностями, прогрессируют.

Если каждая историческая эпоха выдвигала на первый план какую-либо ведущую болезнь, чье имя сохранялось в социальной памяти, то, начиная с XIX века, количество болезней настолько возросло, что болезненные состояния стали называться с помощью суффиксов, присоединяющихся к названиям органов, о чем свидетельствует международная классификация болезней, которая пересматривалась каждые десять лет XX века. Это значит, что все органы человека поражены и душа его находится в агонии (греч. *agonia* – борьба). Желая улучшить качество своей жизни, и переориентируясь на потребление благ, связанных с научно-техническим прогрессом, человек попадает в ловушку собственных страстно желаемых потребностей (ex: продукция от Apple, Nike, BMW). И если он не получает желаемого, то он впадает в состояние, именуемое стрессом.

Целью работы является выяснение истинного значения термина стресс, используя Международную классификацию болезней (далее МКБ-10). Для достижения цели была проведена работа в следующих направлениях: 1) выяснен принцип построения МКБ-10; 2) изучен этимон термина stress; 3) проведено исследование современного кинематографа; сделано предположения о том, как он влияет на психику человека.

МКБ-10 построена по нозологическому принципу. Каждому заболеванию присваивается номер, состоящий из первой буквы - фактора, вызывающего это заболевания и цифр. [5] Например, группа C (от лат. Cancer) – новообразования, группа F (*fugio* – неистовствовать, бесноваться, приводить в ярость, бешенство) – психические расстройства и расстройства поведения [1].

Исходя из цели исследования особый интерес вызывают состояния, маркированные следующим образом: 1) F43 – реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации; 2) F91 – эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Термин stress был введен Гансом Селье в работе «Теория стресса». С его точки зрения стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование [4].

Другими словами, все, чему мы подвержены вызывает не только специфическую, но и неспецифическую реакцию, которая несет адаптивный характер. С точки зрения стрессовой теории, не имеет значения приятна или неприятна ситуация. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации [4].

С этой точки зрения факторами стресса можно назвать практически все, с чем человек сталкивается. Главное то, как он сможет адаптироваться к ситуации, и именно это будет влиять на формирование человека, как единицы социума.

Для выяснения значений термина была проделана словарно – справочная работа, в результате которой было установлено, что термин stress произошел из старофранцузского и средневекового английского языков. [4] Stress (с англ.) – давление, нажим, напряжение, ударение, акцент [3]. Можно предположить, что термин произошел от латинского корня «tres», характеризующего три вида душевного равновесия [1].

Доказательством вышеизложенной гипотезы может стать кинематограф и то, как он влияет на психику человека. Нами был проведен опрос среди студентов нашего вуза. Предлагалось выбрать наиболее интересный жанр из нижеперечисленных: 1) боевик; 2) комедия; 3) мелодрама; 4) ужасы; 5) фантастика, 6) мистика

Среди этих жанров были выбраны самые громкоговорящие названия фильмов:

1. Боевики: «Убить Билла», «Месть убийцы», «Грязная ложь», «Гнев», «Самый жестокий год»;
2. Комедии: «Чего хотят мужчины», «Секс на две ночи», «Только секс», «Заткнись и пристрели меня», «Наркотик»
3. Мелодрамы: «Нина навсегда», «50 оттенков серого», «Развод по - французски», «Люблю твою жену», «Горбатая гора»;
4. Ужасы: «Пила», «Человеческая многоножка», «Утопленник», «Город мертвых», «Техасская резня бензопилой», «Смертельный оргазм», «Я плюю на ваши могилы»;
5. Фантастика: «Я - зомби», «Вымирание», «Озеро страха: анаконда», «Темное дитя», «Планета обезьян: Революция»
6. Мистика: «Адвокат дьявола», «Дьявольский особняк», «Свидание со смертью», «Грехопадение», «Из ада».

В результате опроса было выяснено, что 34 % студентов выбрали комедию, 26 % - боевики, 20% - мелодраму, 10% - фантастика, 6% - ужасы, 4% - мистика (график 1).



График 1 – результаты опроса студентов: выбор наиболее интересного жанра.

Из вышесказанного делаем вывод:

- названия боевиков связаны с убийством, кровью, мстью;
- комедии – пошлость, побуждение к насилию, обесценивание семейных взаимоотношений, дебилизация национальностей, профессий;
- мелодрамы – пустословие, пошлость, культивация однополых отношений;
- ужасы – смерть, резня, грязный секс, осквернение человеческого достоинства, насилие;
- фантастика – культ смерти, страх, агрессия, равнодушие;
- мистика – сатанизм, культ проклятых.

Формируется культ мертвых, культы насилия, страха, агрессии, сексуальной распущенности, равнодушие к собственной жизни и к жизни других людей, обесценивание самой жизни и норм морали. Вместо этого – амнезия, невежество, деградация, и в конце концов, дегенерация.

Если считать все с чем человек сталкивается стрессом, то и просмотр подобных фильмов – это тоже стресс, причем вредоносный.

В клинической терминологии стресс, наносящий вред организму Ганс Селье назвал дистрессом. От англ. *distress* – горе, страдание; несчастье, беда, бедствие; недомогание, утомление, истощение [3].

В результате проделанной работы были сделаны следующие выводы:

- МКБ-10 представляет собой систематизированную по группам клиническую энциклопедию болезней. Каждой группе присваивается шифр, первая буква которого соответствует термину, отражающему проявление симптомов заболевания;
- рассматривая стресс, как неспецифический ответ организма на любое воздействие установлено, что факторами, вызывающими его могут стать любые внешние раздражители.
- современный кинематограф может вызвать вредоносный для организма дистресс, повлияв на психику человека и определив его дальнейшее существование в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий И. Х. Латинско-русский словарь. /Дворецкий И.Х – М.: Рус. яз., 1996. – С. 1029.
2. Мусохранова М.Б. Терминогенез: летопись медицины в социально-философском контексте: монография./Мусохранова М.Б – Омск, изд-во ОмГМУ, 2012. С. 265-276.
3. Мюллер В.К. Англо – русский словарь. /Мюллер В.К – М.: Рус.яз, 1995. – С. 553, 1788.
4. Селье Г. Стресс без дистресса. /Селье Г. – М.: Прогресс, 1982. С. 11-15.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. : в 3 т. – Женева, 1995.

УДК 159.922 - 057.874

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ УЧАЩИХСЯ ДЕВЯТЫХ КЛАССОВ

Иванова Л.П., Волкова О.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к. псих. н., доцент Волкова О.В.

Ведущие потребности девятиклассников – это интеграция подростковых потребностей в проявлении взрослости и в общении со сверстниками с потребностями, присущими ранней юности: в самопознании и самоопределении.

Учащиеся девятых классов стремятся к «внешней» взрослости, которая проявляется в изменении внешнего облика в соответствии с модой взрослых, в преувеличенном интересе к проблемам пола. Претендующие на роль взрослого человека подростки не терпят отношения к себе как к детям, они хотят полного равноправия со взрослыми, подлинного уважения, а иные отношения их унижают и оскорбляют.

Девятиклассники все чаще обращают взгляд на собственный внутренний мир и соотносят его с миром внешним: «Кто я? Какой я? Каково мое место среди других». Именно «Я» – сам по себе и как субъект взаимодействия с «Другими» – становится доминантой мироощущения старшего подростка.

Стремление подростка углубленно понять себя, разобраться в своих чувствах, настроениях, мнениях, отношениях побуждает интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным. Это порождает у подростка стремление к самоутверждению, самовыражению (проявлению себя в тех качествах, которые он считает наиболее ценными) и самовоспитанию.

Подростки критично относятся к отрицательным чертам своего характера, переживают из-за тех черт, которые мешают им в дружбе и взаимоотношениях с другими людьми. На этом фоне у них чаще всего развивается тревожность.

Стоит начать с определения тревожности, которых довольно много, но у всех замечается некая схожесть. Определение тревожности по психологическому словарю В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова звучит как склонность человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения.

Таким образом, целью данной работы является выявление степени и характера тревожности подростков.

Объект исследования: Тревожность подростков девятых классов.

Предмет исследования: степень и характер тревожности подростков.

Задачи:

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Подобрать диагностический инструментарий, провести исследование.
3. Осуществить качественную и количественную обработку результатов.
4. Сформулировать выводы по проведенному исследованию.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

1. Теоретические (анализ теоретических источников, методов абстрагирования и конкретизации, обобщения и интерпретации научных данных).
2. Эмпирические (наблюдение, беседа, опрос, тестирование, анализ продуктов деятельности, методы количественного и качественного анализов, статистические методы).

Для выявления влияния и степени тревожности у девятиклассников использовались такие психологические тесты как: "Уровень тревожности по Тейлору", Опросник "Уровень субъективного контроля", "Торонтская шкала алекситимии". Все диагностические методики отвечают логике и целям исследования, подобраны с учетом возраста, образования и позволяют выявить влияние и степень тревожности у подростков.

1) Для выявления уровня тревожности у подростков-девятиклассников использовался "Тест уровня тревожности Тейлора" в адаптации В.Г. Норакидзе.

2) Для измерения и оценки алекситимии была использована "Торонтская алекситимическая шкала" которая была создана G. J. Taylor в адаптации TAS-20 R.

3) Для оценки уровня субъективного контроля использовался "Опросник уровня субъективного контроля", авторами которой являются Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, Л. М. Эткинд.

Анализ проведенного эмпирического исследования уровня тревожности по Тейлору было выявлено преобладающее количество подростков с высоким и средним с тенденцией высокому уровню тревожности (86 %).

По результатам исследования Опросника Уровня Субъективного контроля были выявлены высокие показатели по шкалам интернальности в области межличностного отношения (21%) и в отношениях здоровья и болезни (21%).

По результатам исследования Торонтской шкалы алекситимии был выявлен преобладающий средний показатель по шкалам идентификации чувств (15 испытуемых из 21), по описанию чувств (10 испытуемых), экстернальное мышление (12 испытуемых) и торонтской алекситимической шкале (14 испытуемых).

По данным результатам можно сделать вывод о том, что высокая тревожность у девятиклассников чаще связана с межличностным общением и отношением к болезни и здоровью. А также подросткам сложно понимать и описывать свои чувства и эмоции.

В современном информационном обществе подростки стремятся к статусу взрослого. Исходя из этого в отрочестве подросток обретает не чувство взрослости, а чувство возрастной неполноценности. Они психологически попадают в зависимость от предметного мира как ценности человеческого бытия. Во время стремления к статусу взрослого подростки часто вступают в конфликты со сверстниками, взрослыми и родными, при этом переживая конфликты внутри себя, в силу несформированности межличностных отношений. Благодаря тому, что он входит в подростковые сообщества, которые представляют себя через присущие времени и возрасту знаковые системы, в состав которых подпадают и определенные вещи, подросток превращается в потребителя: потребление вещей становится содержанием его жизни. Приобретая вещи в личное владение, он обретает ценность в собственных глазах и в глазах сверстников. Именно через присущие подростковой культуре вещи происходит регулирование отношений внутри возрастных групп. Для подростка становится значимым обладание определенным набором вещей, чтобы поддерживать свое чувство личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Психодиагностика. Коллекция лучших тестов./ Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. – СПб: Феникс, 2009. – 376 с.
2. Кочубей Б.И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника./ Кочубей Б.И., Новикова Е. В. – Москва: Знание, 1996. – 80 с.
3. Немов Р.С. Общие основы психологии. – 4-е изд./ Немов Р.С – Москва: Владос, 2003. – 688 с
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика./ Прихожан А.М. –Москва,2000. – с 179
5. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии / Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. – СПб: Феникс – 2003– 480 с.

6. Тревога. Тревожность. Явления тревожного ряда. /Психологический словарь//Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова – М.: 2003. – 672 с.
7. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека /Вестник НСТГУ// – 2011. –№4 – 84-101 с.

УДК 378.147:004.42

ЭЛЕКТРОННОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОБУЧЕНИЯ

Ильина А.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

Научный руководитель: к.б.н., доц. Васильева М.Р.

В настоящее время электронные учебные пособия (ЭУП) занимают значительное место в нашей жизни. Такая форма преподнесения материала нацелена на специальные устройства – обычные компьютеры, электронные книги («читалки»), планшеты, смартфоны и отличается от бумажной копии тем, что в ней есть динамическая навигация, возможности поиска и многие другие функции. Появлению и распространению электронных учебных пособий способствует быстрое развитие электронной промышленности, микроэлектроники, компьютерных технологий и Интернет технологий. На сегодняшний день идет активный процесс по созданию электронных учебных пособий и их внедрения в учебный процесс [4].

Электронное учебное пособие — это издание, частично или полностью заменяющее или дополняющее учебник и официально утвержденное в качестве данного вида издания. Оно представляет собой совокупность графической, текстовой, речевой, музыкальной, видео-, фото- и другой информации пользователя. Такое издание, хранится на электронных носителях (диски, флэш-карты и др.) [2]. Они появились сравнительно недавно и существовали, как в обычных (htm, pdf, djvu), так и в специфических (например, .fb2) форматах. В дальнейшем были разработаны специальные программы, которые предназначены для чтения электронных книг.

Цель работы - на основе проанализированных знаний разработать электронный учебник «Ангиология» по дисциплине «Анатомия».

Задачи:

1. Выявить особенности электронных учебников.
2. Изучить программу SunRavBookEditor (редактор по созданию электронных учебных пособий).
3. В среде SunRavBookEditor выполнить информационное наполнение электронного учебного пособия.

Особенности электронных учебников выявлялись по данным литературного обзора. Характерными чертами электронного учебного пособия являются интерактивность, мультимедийность, навигация, встроенные средства контроля. При переходе от печатных изданий к электронным есть свои плюсы и минусы. Очевидный плюс перехода состоит в том, что электронный учебник может заменить большое количество книг и учебного материала, которое раньше было необходимо носить с собой. На занятиях с использованием электронных учебников обучающийся может одновременно работать сразу с несколькими изданиями, сравнивать их, дополнять одну информацию другой, выбирать задания для своего уровня знаний [3].

Электронный учебник должен содержать следующие структурные элементы:

- титульный экран;
- оглавление;
- аннотацию;
- полное изложение учебного материала (включая схемы, таблицы, иллюстрации, графики);
- краткое изложение учебного материала (возможно в виде схемокурса);
- систему самопроверки знаний;
- систему рубежного контроля;
- функцию поиска текстовых фрагментов;
- список авторов;
- словарь терминов (глоссарий);
- справочную систему по работе с управляющими элементами учебника;
- систему управления работой с учебником [1].

В качестве средства разработки электронного учебного пособия «Ангиология» использовалась программа SunRavBookEditor. С помощью данной программы был создан электронный учебник на базе кафедры «Анатомии и гистологии человека» и кафедры «Медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО» (рис. 1).

Работа по созданию электронного учебника заключалась в выполнении ряда действий и мероприятий. В специальном окне «содержание» создавались главы к будущему электронному изданию. Далее производилась

работа с отдельной главой - вставка текста и его редактирование по всем правилам. По необходимости добавлялись фотографии и видео, гиперссылки на интернет ресурсы. Таким образом, были созданы все главы учебного пособия «Ангиология». Была добавлена система контроля знаний – интерактивные тесты. Далее, чтобы завершить работу с ЭУП и сделать его доступным для окружающих людей выполнялась такая процедура, как компиляция - процесс преобразования редактируемого учебника в исполняемый файл.

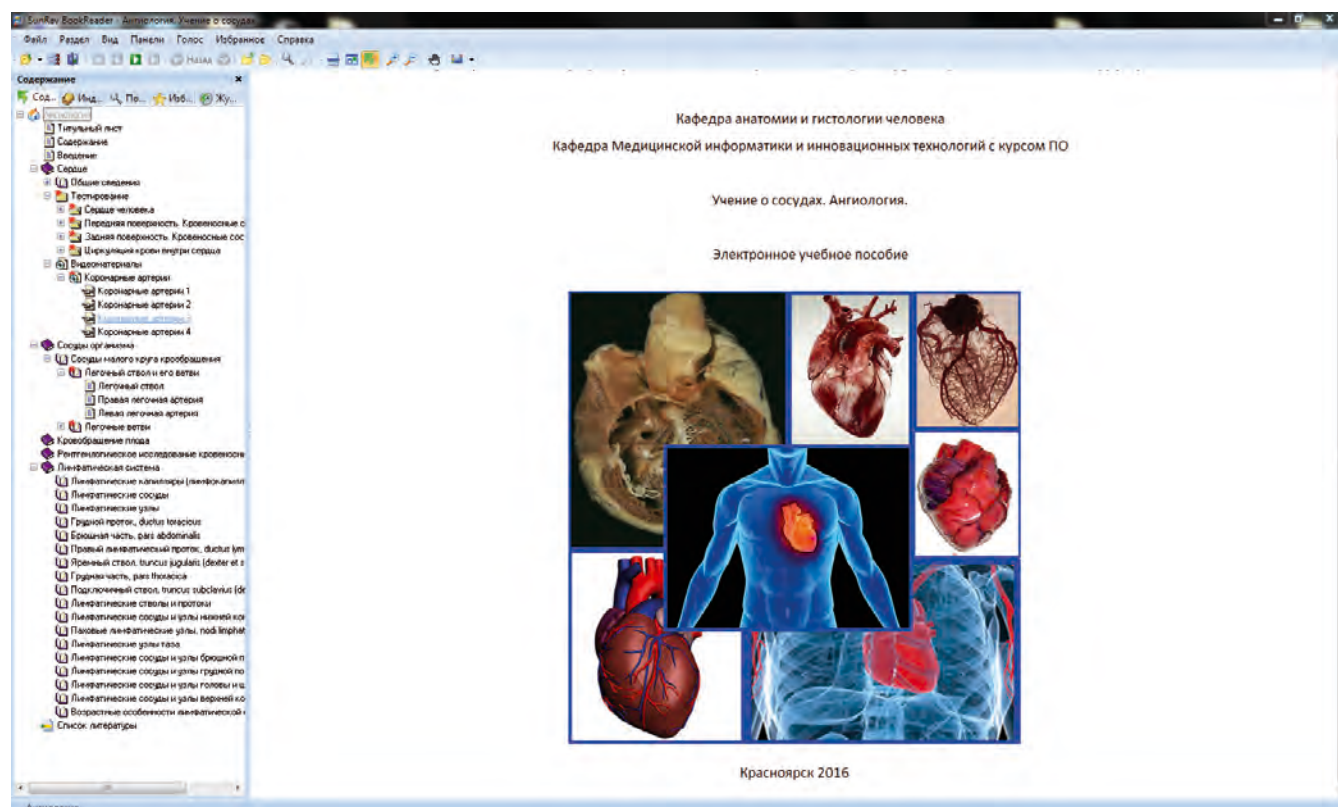


Рисунок – 1. Электронный учебник «Ангиология»

Вывод

Были выявлены особенности электронных учебников, изучена программа SunRayBookEditor. На базе полученных знаний разработано электронное учебное пособие «Ангиология» по дисциплине «Анатомия», характеризующееся такими чертами, как интерактивность, мультимедийность, навигация, и имеющее встроенные средства контроля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов В.Л. Структура электронного учебника / В. Л. Иванов // Информатика и образование . – 2016. – №6 – С. 2-4
2. Родин В.П. Создание электронного учебника: учебное пособие / В.П. Родин. – Ульяновск: УлГТУ, 2003. – С. 130.
3. Слизова С. В. Электронные учебники. Плюсы и минусы / С.В. Слизова // Молодой ученый. – 2013. – №11. – С. 46-48.
4. Ялукова И. В. Электронный учебник как средство индивидуального подхода на уроках информатики / И. В. Ялукова // Проблемы и перспективы развития образования: материалы V междунар. науч. конф. – Пермь: Меркурий, 2014. – С. 249-251.

УДК 618.13-009.7-036

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Исхакова А.Ш, Сафиуллина Г.И.

*Казанская государственная медицинская академия
Кафедра неврологии, рефлексотерапии и остеопатии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г.И.Сафиуллина*

Хроническая тазовая боль (ХТБ), являясь распространенным физическим страданием, наносит значительный материальный и моральный ущерб и несет в себе общемедицинскую и социальную проблемы.

Как сложный мультифакторный феномен, ХТБ представляет собой многомерный комплексный ответ организма на повреждение, возникающее при активации структур ноцицептивной системы. Выраженность боли не всегда прямо связана с интенсивностью ноцицептивного афферентного потока, а в большей степени может

зависеть от состояния повышенной возбудимости вышележащих центров, таких как ядра таламуса, соматосенсорная кора больших полушарий. Дисфункция стволовых структур головного мозга во многом предопределяет реакцию мозга на повреждение, способствует существованию долго длящейся гипервозбудимости ноцицептивной системы и персистированию болевой симптоматики. [5]

Восприятие боли зависит не только от локализации и характера повреждения, но и от условий и обстоятельств, при которых произошло повреждение, от индивидуального жизненного опыта человека, его культуры, национальных традиций. На индивидуальное восприятие боли влияют пол, возраст, социальные факторы, этнические особенности, религия. Существенное влияние на переживание боли оказывает и психологическое состояние человека, обусловленное производственными, семейными или социальными проблемами [7].

В значительной части случаев ХТБ имеет органическую природу, т.е. вызывается повреждением органов или тканей. Здесь важно учитывать, что при постоянной, даже подпороговой стимуляции отдельных зон головного мозга, возникает стойкое изменение их функционального состояния - киндлинг. Киндлинг рассматривается как основной патофизиологический механизм формирования «генераторов патологического усиленного возбуждения» (ГПУВ), играющих важную роль в патогенезе хронических болей [5]. ГПУВ, в свою очередь, индуцируют возникновение патологических систем (ПС), центральной сенситизации, что имеет дезадаптивное значение для организма.

Феномен центральной сенситизации наряду с повышением возбудимости и реактивности подразумевает и дефицит тормозных механизмов, в результате чего облегчаются синаптические межнейронные взаимодействия, и происходит активация «молчащих» неактивных синапсов и объединение близлежащих сенситизированных нейронов в единый агрегат [6].

Вегетативные нарушения так же рассматриваются как варианты патологии нервной регуляции, когда ПС формируются в вегетативной нервной системе, что проявляется дисфункцией внутренних органов.

Таким образом, высокая частота, многофакторная природа ХТБ затрудняет выявление патогенетических вариантов ее формирования только на основе клинического обследования. В связи с этим актуальным является использование методов клинической нейрофизиологии, позволяющих оценить функциональное состояние центральной нервной системы, как на сегментарном, так и на супрасегментарном уровнях. Мигательный рефлекс (МР) широко применяется для оценки функционального состояния супрасегментарных структур, участвующих в обработке ноцицептивной афферентации в ЦНС. А для адекватной оценки рефлекторной возбудимости мотонейронов спинного мозга можно использовать результаты исследования Н-рефлекса. Для уточнения особенностей функционального состояния вегетативной нервной системы у женщин с СХТБ информативным является метод вызванных кожно-симпатических потенциалов (ВКСП).

Кроме того, отмечаются случаи обращений за медицинской помощью пациентов, не имеющих органических причин для боли. Пациенты обследуются у гинекологов, неврологов, гастроэнтерологов, урологов и проктологов [1]. Подвергаются многочисленным дорогостоящим инвазивным манипуляциям, таким как диагностическая лапароскопия и гистерэктомия. Эта менее изученная немногочисленная группа больных с так называемыми идеопатическими болями, у которых ХТБ отличается отсутствием органической патологии, независимостью от внешних влияний, стойкостью проявлений и резистентностью к терапии (термин G.Ladee, 1966). С позиции современной классификации такую группу рассматривают как пациенток с соматоформным болевым расстройством [8].

В результате клинических исследований выяснилось, что синдромом ХТБ страдают до 72,8% женщин. В литературе подобный феномен объясняется гормональными и другими особенностями женского организма, а также более низкой толерантностью к боли в результате изменения болевой перцепции под влиянием преимущественно психологических факторов [4]. Наибольшее число больных приходится на возраст от 30 до 50 лет. Именно в этот период наиболее часто одной из причин нетрудоспособности является патология гениталий у женщин.

Состояние хронического стресса, спровоцированного болью, приводит к дисфункции системы гипоталамус-гипофиз-яичники и гормональным нарушениям. Постоянная стимуляция активности коркового слоя надпочечников на фоне хронической боли довольно часто становится причиной последующего истощения коры надпочечников с развитием преждевременной менопаузы и, как результат, — усугубления как психопатологических, так и нейроэндокринных нарушений [3].

Целью нашей работы является изучение психоэмоционального статуса и клинко-электрофизиологических особенностей СХТБ у женщин репродуктивного возраста с разработкой подходов к диагностике и лечению с преимущественным использованием гирудотерапии

Под нашим наблюдением находятся женщины с различной патологией репродуктивной функции. В то же время, практически у всех отмечаются имеющиеся или перенесенные в анамнезе эндогенные депрессии и высокий процент наследственной отягощенности по аффективным расстройствам.

Как известно, депрессия вне зависимости от ее происхождения первичности или вторичности по отношению к хроническому болевому синдрому всегда значительно ухудшает и видоизменяет клиническую картину, усугубляет боль и страдания больного, снижает качество жизни пациента [2].

На сегодняшний день неудовлетворительные результаты традиционной терапии женщин с ХТБ во многом связаны с игнорированием имеющихся у значительной части пациенток психоэмоциональных расстройств, а так же вероятной центральной сенситизации хронических болевых проявлений. Современная лечебная стратегия должна быть основана на междисциплинарном подходе к коррекции хронического болевого синдрома, с обязательным учетом всех социальных, психоэмоциональных факторов, влияющих на пациентку, а также с учетом результатов нейрофизиологического исследования.

Кроме того, тактика ведения пациенток с ХТБ должна предусматривать использование методов лечения, свободных от высокой фармакологической нагрузки, неминуемо приводящей к возникновению побочных явлений, что является небезопасным для женщины и ее будущего ребенка.

В основную группу исследования вошли 65 женщин с различной степенью выраженности тазовой боли в возрасте от 16 до 42 лет. Группа контроля включала 20 здоровых женщин. Исследуемым было проведено комплексное обследование с применением общего клинико-неврологического, электронейрофизиологического (изучение уровня полисинаптической рефлекторной возбудимости (ПРВ) по данным поздних компонентов мигательного рефлекса; исследование моносинаптической рефлекторной возбудимости по результатам исследования Н-рефлекса; исследование состояния симпатических судомоторных периферических волокон по результатам исследования ВКСП), специальных гинекологических методов, а так же психологического тестирования (тесты ММРІ, Спилберга). Все пациентки получали комплексное лечение с преимущественным использованием гирудотерапии.

Терапия была направлена на ликвидацию триггерных зон, вертебрального и экстравертебральных очагов ирритации.

В основной группе обследованных длительность заболевания составила от 6 месяцев до 2 лет. Соматический статус былотягощен у 65 женщин (100%). В неврологическом статусе обнаруживались болезненность мышцы, поднимающей анус (при перректальном исследовании), положительные тесты натяжения крестцово-остистой и крестцово-бугорной связок на стороне повышения тонуса мышц тазового дна. Вместе с тем, также обнаруживался дефанс и болезненность грушевидных мышц и аддукторов бедра. В структуре гинекологической заболеваемости преобладали невынашивание беременности, миома матки, нарушение менструального цикла. Кроме того, большинство женщин предъявляли жалобы на боли в области таза, общую слабость, снижение работоспособности, неустойчивое, чаще подавленное настроение.

При изучении позднего компонента мигательного рефлекса были выявлены в основном гипервозбудимые варианты рефлекторных ответов, характеризующиеся уменьшением латентности и увеличением длительности R2 компонента в основной группе по сравнению с группой контроля.

При изучении результатов исследования Н-рефлекса выявлено, что на стороне большей выраженности болевого синдрома отмечалось увеличение максимальной амплитуды Н- рефлекса, его максимальной площади, показателей соотношения максимальной амплитуды Н-рефлекса и М- ответа (Н/М) и прирост Н- рефлекса по сравнению с противоположной стороной. Исследование состояния вегетативной нервной системы у женщин с синдромом ХТБ показало тенденцию к увеличению латентного периода (ЛП) ВКСП относительно группы контроля во всех группах с СХТБ независимо от нозологического варианта.

В структуре неврозоподобных расстройств преобладали астеноневротический и астеноипохондрический синдромы. Уровень личностной тревожности при обследовании по методу Спилбергера-Ханина у здоровых женщин составил в среднем 33,5 балла, этот показатель у больных оказался достоверно выше и составил в среднем 54 балла. Уровень реактивной тревожности, отражающий тревожность как состояние в определенный момент времени на определенную ситуацию, у здоровых женщин составил 26,3 баллов, у больных- 40,6 баллов. По тесту ММРІ у большей части больных отмечалось повышение профиля второй шкалы, рассматриваемой как проявление тревоги, так и депрессии. При этом выявлялось умеренное повышение значений по этой шкале у большего числа пациенток, что свидетельствует преимущественно о состоянии тревоги, чем о депрессии.

Данные, полученные при изучении позднего компонента мигательного рефлекса, свидетельствуют о повышении полисинаптической рефлекторной возбудимости у женщин с СХТБ, что свидетельствует о состоянии гипервозбудимости оральных отделов ствола мозга, где происходит замыкание данного рефлекса, а также о снижении нисходящего тормозного контроля на нижележащие структуры нейромоторного контура репродуктивной функции.

Повышение амплитуды Н-рефлекса и увеличение Н/М свидетельствуют об уменьшении супраспинальных влияний, так как в этом случае увеличивается возбудимость пула мотонейронов и возрастает их синхронизация.

Наиболее вероятной причиной удлинения ЛП ВКСП при СХТБ является увеличение времени центральной задержки.

В ходе проведения исследования отмечены достоверные корреляции психоэмоционального состояния с данными клинико-неврологического и электронейрофизиологического исследований. Результаты, полученные при анализе психологического статуса, определяют исходную и устойчивую индивидуальную склонность данной группы больных воспринимать как угрожающий более широкий круг ситуаций в отличие от здоровых женщин.

При изучении уровней личностной и реактивной тревожности больных по окончании курса гирудотерапии в составе комплексного лечения выявлено снижение обоих показателей. Но, в то же время значимого снижения

уровня личностной тревожности не произошло, что, вероятно, отражает врожденную устойчивость этой психологической характеристики.

Исследование клинико-неврологического, гинекологического профиля у пациенток после проведенного лечения показало значимое улучшение по всем изученным показателям и готовность их к здоровой беременности.

На наш взгляд, учет характера моторной, сенсорной и вегетативной дисрегуляции в сочетании с психологическим вариантом реагирования при разных механизмах развития СХТБ, позволяет более точно проводить диагностику и эффективно осуществлять профилактические и лечебные мероприятия у больных с данной патологией. А гирудотерапия женщин репродуктивного возраста с СХТБ должна рассматриваться как один из основных методов лечения и шире внедряться не только в деятельность частных медицинских структур, но и в лечебно-профилактическую работу государственных медицинских учреждений. Это повысит доступность метода для всех слоёв населения, а, главное, повысит уровень здоровья женщины – будущей матери, что, несомненно, имеет значение для здоровья нации в целом.

УДК 613.2:575.113

ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НАЦИЙ

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра гигиены

Научный руководитель: асс. Бондарцева Г. Н.

Актуальность темы. В формировании традиций питания переплетены культурные и биологические аспекты. В настоящее время существует множество народов, которые употребляют определенные продукты питания в зависимости от своих традиций, пищевых ресурсов, которые в первую очередь зависят от условий обитания и религии. Данная предрасположенность эволюционно закреплена на генетическом уровне в процессе длительной адаптации многих поколений нации [6]. Изучение определенных генов, детерминирующих синтез специфических ферментов у человека, позволит точно определить, какие вещества в процессе метаболизма будут усваиваться в организме, а какие будут выведены частично или полностью, в ряде случаев вызывая расстройства различных систем и органов [1].

Данная тема представляет особый научный интерес для врачей-клиницистов, поскольку обусловленность питания каждой нации влияет на различные виды обмена веществ. Отсутствие в организме необходимых ему питательных веществ ведет к адаптации к новым условиям питания, вследствие чего изменяется регуляция обмена веществ, что может привести к генетически детерминированной привязанности к тем продуктам питания, которые употребляет этническая группа [7]. Потребление тех продуктов питания, усвояемость которых эволюционно не закреплена, может привести к расстройствам метаболизма, вызывая нарушения функции тех органов, которые включены в процесс переваривания пищи, что представляет собой диагностическую ценность в терапии заболеваний ЖКТ неясной этиологии [8].

Цель исследования. Изучить зависимость религии, наследственной предрасположенности, культурных традиций от генетически детерминированной способности усваивать определенный продукт питания.

Объекты и методы исследования. Проведено обследование 150 студентов II, III и V курсов СФУ в возрасте от 18 до 21 года, из них 80 юношей (53,3%) и 70 девушек (46,7%). Из всех обследованных 69 лиц (46 %) были отнесены к жителям Средней Азии, религия - мусульманство (I группа), остальные 81 человек (54%) были отнесены к жителям северных и южных регионов России, религия - христианство (II группа).

Для оценки потребления различных продуктов питания и связанным с ним расстройством метаболизма и нормального функционирования различных систем и органов, была использована методика анонимного анкетирования, где учитывались - индекс массы тела (ИМТ), контроль массы тела, наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, сопутствующие патологии, продукты, которые доставляют дискомфорт в ходе их употребления, продукты, которые запрещены согласно религии или культурным традициям, симптомы и последствия после употребления данных продуктов. Также использовались методы сравнения, синтеза и анализа полученных данных. Исследования проведены с соблюдением этических норм.

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием программ Descriptivestatistics и STATISTICA 10 [1].

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе анализа анкетирования первой группы было установлено, что из 69 представителей, 59 респондентов данной группы (85,5 %), согласно религиозным убеждениям не употребляют свинину, в меньшей степени употребляют алкоголь. Из их числа у 49 представителей и их родственников (83,0 %) наблюдались диспепсические расстройства (метеоризм, тошнота, рвота, или жидкий стул) при употреблении продуктов, содержащих свиной белок или жир, у 32 представителей (54,2 %) наблюдались следующие симптомы при употреблении спиртосодержащих напитков - гиперемия кожных покровов, повы-

шение АД, тошнота. Из 59 человек 52 представителей (88,13%) данной группы дали положительный ответ на генетическую предрасположенность вышеописанных явлений. У 10 представителей (14,5 %) данной группы, употребляющие свинину и умеренно или редко употребляющие алкогольсодержащие напитки, диспепсические расстройства и токсическое воздействие алкоголя наблюдались редко, либо не наблюдались.

Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 3-х представителей I группы (артериальная гипертония). Диспепсические расстройства при употреблении молока наблюдались у 2-ух представителей (диарея). Предожирение наблюдалось у 2-ух представителей (ИМТ - 27,0; 28,2 соответственно), а ожирение - у одного представителя (ИМТ составил 33,3). Наследственная предрасположенность к ожирению наблюдалась у 7 представителей группы, их которых только два участника этнической группы контролировали массу тела.

Малоподвижный образ жизни был отмечен у 32 человек (46,4 %), активный образ жизни у 25 человек (36,2 %) и активный образ жизни + занятие спортом отметили 12 человек (17,4 %). Предрасположенность к атерогенным заболеваниям достаточна низкая - у 4 представителей I группы (10,3 %).

Есть основание полагать, что отсутствие или маловыраженное влияние аллельных генов ADH2, ALDH2, кодирующих синтез ферментов - алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы соответственно, обуславливает частичное расщепление этанола и этанала, в результате чего их концентрация возрастает в крови. В ответ на повышение концентрации токсических химических веществ у человека возникают следующие симптомы - гиперемия кожных покровов, повышения АД и др. [4]. Отсутствие или маловыраженное влияние генов, кодирующих синтез ферментов, расщепляющих свиной белок (протеазы) или жир (липазы), ведет к появлению диспепсических расстройств - метеоризм, тошнота, рвота или жидкий стул ($p < 0,05$).

Данные были статистически обработаны точным критерием Фишера ($p < 0,05$).

В ходе анализа анкетирования второй группы было установлено, что 45 представителей данной группы (55,5 %), из них народов севера - 42 человека (51,8 %), контролируют свою массу тела, исходя из генетической предрасположенности к ожирению. Из 45 человек у 19 человек (42,2 %) наблюдалось предожирение (ИМТ - от 30,0 до 35,0), у 10 человек (22,2 %) - ожирение первой степени (ИМТ - от 25,0 до 30,0). У 16 представителей (35,5 %), куда входили 3 человека, проживающих в южных регионах страны, предожирения и ожирения не наблюдалось, но предрасположенность имела у всех 45 представителей.

Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 7 представителей группы северных народов страны (артериальная гипертония, пороки клапанного аппарата). Диспепсические расстройства при употреблении молока не наблюдались. Предрасположенность к атерогенным (проявляющиеся в поражении стенок сосудов) заболеваниям достаточна высокая - у 29 представителей (64,4 %) из 45 человек.

Малоподвижный образ жизни был отмечен у 18 человек, активный образ жизни у 14 человек и активный образ жизни + занятие спортом отметили 12 человек.

У остальных 36 человек представителей II группы, из них представителей южных регионов страны - 25 человек (69,4 %) имеют нормальный ИМТ, массу тела не контролируют, хотя предрасположенность была 6 представителей (16,6 %) данной группы. Ожирение первой степени наблюдалось у 1 представителя (3,6 %), предожирение у двух представителей (2,7 %).

Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 7 представителей группы северных народов страны (артериальная гипертония, пороки клапанного аппарата). Диспепсические расстройства при употреблении молока наблюдались у 18 представителей южных регионов страны (50,0 %).

Представители второй группы употребляли часто свинину в повседневной жизни и редко, либо умеренно - алкогольсодержащие напитки. При этом диспепсических расстройств не наблюдалось. Алкогольная интоксикация выражено проявлялась у 9 человек (25,0 %), двое из которых были отнесены к жителям северных регионов страны. Предрасположенность к атерогенным заболеваниям достаточна низкая - у 7 представителей данной группы (19,4 %), исходя из наследственных факторов.

Малоподвижный образ жизни был отмечен у 12 человек, активный образ жизни у 18 человек и активный образ жизни + занятие спортом отметили 6 человек.

Предрасположенность к ожирению представителей северных районов нашей страны связана с гиподинамией. Ген, участвующий в регуляции уровня холестерина в крови - APOE, который имеет несколько аллелей (e1-e4), проявляет свой эффект в том случае, когда на фоне потребления значительного количества животных жиров сравнительно малая или вовсе отсутствует физическая активность индивида. При этом, наибольшую активность в данном случае проявляет четвертый аллель гена APOE (APOE*e4). Остальные аллели гена APOE (e1-e3) проявляют активность при патологических состояниях (ИБС, инсульт и т.д.) [5].

Высокая частота встречаемости аллелей гена APOE у северных народов объясняется тем, что в суровых условиях севера для интенсификации энергетических процессов, идет усиление липидного обмена, происходит более интенсивный синтез липопротеинов, в частности ЛПОНП, которые являются атерогенными. Данный факт подтверждает гипотезу об «экономичном» генотипе [2].

Можно предполагать, что отрицательный эффект аллеля e4 не возникает в том случае, когда индивид ведет традиционный образа жизни с «фоновыми» физическими нагрузками.

Предрасположенность к ожирению представителей южных районов РФ менее выражена, поскольку влияние гена АРОЕ и его аллелей (e1-e4) значительно слабее. Но стоит заметить, что у данной этнической категории имеется плохая усвояемость молочного сахара. Это связано с тем, что народы южных областей, где наблюдается высокий уровень инсоляции употребляют цельное молоко, но в меньших количествах. У таких народов преобладают сыры и другие кисломолочные продукты, в которых содержание молочного сахара в несколько раз ниже, чем в молоке, поскольку он расщепляется кисломолочными бактериями при закваске. Возможно, развитие сыроварения можно рассматривать и как приспособление к климату (в тепле молоко не хранится долго), и как приспособление хозяйственно-культурных традиций к генетическим особенностям народа.

Поэтому в ходе эволюции в процессе адаптации значимость гена LCT, отвечающего за синтез фермента лактазы, расщепляющего лактозу постепенно падала, что привело к развитию гиполактазии [3]. В настоящее время, у некоторых представителей южных народов, у которых данный ген «спит», характерно значительное снижение или отсутствие выработки лактазы в кишечнике. При недостатке фермента крупная молекула дисахарида лактозы не может быть расщеплена и усвоена, что приводит к диарее и другим нарушениям пищеварения, что было отмечено у 50,0% представителей южных регионов страны ($p < 0,05$).

Данные были статистически обработаны точным критерием Фишера ($p < 0,05$).

На основании вышеизложенного материала можно предполагать, что генетические факторы и религиозно-, культурно-пищевые традиции народа и взаимодействуют друг с другом в процессе эволюционного развития.

Генетические особенности обмена веществ определяют непереносимость определенных компонентов пищи, либо способность усваивать те или иные продукты питания. В свою очередь, тип питания, ставший традиционным, мог действовать как фактор отбора и способствовать распространению в популяциях наиболее адаптивных при таком питании вариантов генов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко, Е.Р. Физиолого-биохимические основы жизнедеятельности человека на Севере / Е.Р. Бойко // Екатеринбург, УрО РАН. - 2005. - С. 190.
2. Боринская, С.А., Ребриков Д. В., Нефёдова В. В., Кофиади И. А., Соколова М. В., Колчина Е. В., Куликова Е. А., Чернышов В. Н., Куцев С. И., Полоников А. В., Иванов В. П., Козлов А. И., Янковский Н. К. Гены и традиции питания / С.А. Боринская и др. 2014. // Молекулярная биология. - 2014.
3. Боринская, С.А., Ребриков Д. В., Нефёдова В. В., Кофиади И. А., Соколова М. В., Колчина Е. В., Куликова Е. А., Чернышов В. Н., Куцев С. И., Полоников А. В., Иванов В. П., Козлов А. И., Янковский Н. К. Молекулярная диагностика и распространенность первичной гиполактазии в популяциях России и сопредельных стран / С.А. Боринская и др. 2006. // Молекулярная биология. - 2006. - № 6. С. 1031-1036.
4. Боринская, С.А., Гасемианродсари Ф., Кальина Н.Р., Соколова М.В., Янковский Н.К. Полиморфизм гена алкогольдегидрогеназы ADH1B в восточнославянских и ираноязычных популяциях / С.А. Боринская и др. 2005 // Генетика. - 2005. - № 11. С. 1563-1566.
5. Боринская, С.А., Кальина Н.Р., Санина Е.Д., Кожекбаева Ж.М., Веселовский Е.М., Гупало Е.Ю., Гармаш И.В., Огурцов П.П., Паршукова О.Н., Бойко С.Г., Вершубская Г.Г., Козлов А.И., Рогаев Е.И., Янковский Н.К. Полиморфизм гена аполипопротеина Е АРОЕ в популяциях России и сопредельных стран / С.А. Боринская и др. 2007 // Генетика. - 2007. - № 10. С. 1434-1440.
6. Козлов, А.И. Экология питания / А.И. Козлов // М., Изд-во МНЭПУ. - 2013. 183 с.
7. Королев, А.А. Гигиена питания / А.А. Королев. // М.: Издательский центр "Академия", 2014.
8. Foote, D.C. An Eskimo sea-mammal and caribou-hunting economy: human ecology in terms of energy / D.C. Foote // Proceedings of the VIII Congress of Anthropological and Ethnological Sciences. - 1970. - Vol. III. P. 262-266.

УДК 613.26/.288(571.51)“2009-2012”

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СРЕДНЕДУШЕВОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В ПЕРИОД С 2009 – 2012 ГГ.

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Куркатов С.В.

Актуальность темы. Питание является основной биологической потребностью живого организма. От правильного питания зависит жизнеспособность и работоспособность человека, а также устойчивость его воздействия к внешней среде [3].

Основными элементами рационального питания являются сбалансированность и правильный режим приема пищи. Сбалансированное питание обеспечивает оптимальное количественное соотношение пищевых веществ в рационе. Оно предусматривает правильное соотношение белков, жиров, углеводов, но не всегда потребление человеком продуктов соответствует рациональным нормам питания.

Очень важно разнообразие и достаточность рациона, которые, в свою очередь, позволят организму человека использовать пищевые компоненты в наиболее лучшем для себя варианте. Недостаток в питании определенных продуктов лишает физическое тело важных для него компонентов питания [4].

Цель исследования: провести гигиеническую оценку среднедушевого потребления основных продуктов питания за 2009 – 2012 гг.

Задачи исследования:

Оценить соответствие среднедушевого потребления населением Красноярского края основных продуктов питания установленным нормам потребления.

Оценить динамику полученных данных о среднедушевом потреблении основных продуктов питания.

Объекты и методы исследования:

Объектом исследования послужили данные о среднедушевом потреблении населения Красноярского края основных продуктов питания: хлеба и хлебобулочных изделий, мяса и мясных продуктов, рыбы и рыбных продуктов, молока и молочных продуктов, масла растительного и других жиров, сахара, яиц, картофеля, овощей и бахчевых, фруктов свежих в 2009 – 2010 гг.

Для гигиенической оценки использовались методы прикладного научного исследования с использованием статистических данных о среднедушевом потреблении основных продуктов питания Красноярского края в 2009 – 2010 гг., а также методы сравнения, синтеза и анализа полученных данных.

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием программ Descriptivestatistics и STATISTICA 10 [1].

Полученные результаты и их обсуждение.

Продукты питания	Среднедушевое потребление, кг/год/чел				Норма потребления кг/год/чел [5]
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	
Хлеб и хлебобулочные изделия	92,3 97,2	97,7 100	93,6 98,5	93,6 98,5	95–105
Мясо и мясные продукты	71,5 100	73,5 100	79,2 105,6	78,4 104,5	70–75
Рыба и рыбные продукты	17,7 98,3	18,3 100	19,2 100	19,2 100	18–22
Молоко и молочные продукты	244,6 74,3	247,6 77,4	242,4 75,75	249,6 78	320–340
Масло растительное и другие жиры	11,2 100	11,9 100	10,8 100	9,6 96	10–12
Сахар	33,4 119,3	33,2 118,6	31,2 114,4	30 107,1	24–28
Яйца, штук	202 77,7	206 79,2	207, 79,8	204 78,5	260
Картофель	66,5 70	67,9 71,5	62,4 65,7	57,6 60,6	95–100
Овощи и бахчевые	85,1 70,9	89,2 74,3	92,4 77	84 70	120–140
Фрукты свежие	67,4 74,9	70,7 78,6	74,4 82,7	75,6 84	90–100

Среднедушевое потребление основных пищевых продуктов питания населения Красноярского края в 2009 – 2012 гг. и доля от нормы представлены в таблице ($p < 0,05$).

Примечание: в числителе – среднедушевое потребление, кг/год; в знаменателе – доля от нормы потребления.

Из данных, приведенных в таблице следует, что потребление *мяса и мясных продуктов*, содержащих железо, необходимые витамины А и В, незаменимые аминокислоты, и *рыбы и рыбных продуктов*, в которых содержатся биологические ценные омега–3 жирные кислоты и минералы [6] соответствует физиологическим нормам и составляет 100 – 105,6 % и 98,3 – 100 % соответственно ($p < 0,05$).

Потребление *масла растительного и других жиров*, которые содержат значимые витамины (токоферол, А, В), ценные с регуляторной точки зрения жирные кислоты [6], соответствует физиологическим нормам и составляет 96 – 100 % ($p < 0,05$).

Вместе с тем, такие ценные, с биологической точки зрения, пищевые продукты, как *яйца*, являющиеся одним из основных источников белка, *молоко и молочные продукты*, содержащие легкоусвояемые белки и кальций [6], потребляются не выше 79,8 % от рекомендованных нормативов ($p < 0,05$).

Выделяется низкий уровень потребления населением пищевых продуктов, содержащих необходимое количество клетчатки, таких как *картофеля, овощей и бахчевых, фруктов свежих* [6], которое составляет 60,6 – 71,5 %, 70 – 77 %, 74,9 – 84 % соответственно ($p < 0,05$).

Недостаток потребления углеводов [6] в таких пищевых продуктах, как *картофель, овощи и бахчевые, фрукты свежие* восполняется избыточным потреблением сахара, что превышает физиологические нормы и составляет 107,1 – 119,3 % ($p < 0,05$).

Таким образом, в 2012 г. относительно 2009 г. среднедушевое потребление почти всех основных продуктов питания в Красноярском крае выросло, за исключением *масла растительного и других жиров, сахара, картофеля, овощей и бахчевых*.

В течение 4-х летнего периода, начиная с 2009 г. тенденция изменялась, как в сторону уменьшения, так и увеличения по потреблению некоторых основных продуктов питания. Незначительные увеличения в потреблении основных продуктов питания можно связать с тем, что увеличивается уровень самообеспечения основной сельскохозяйственной продукцией [1].

Можно сделать вывод о том, что рацион красноярцев не сбалансирован по основным пищевым продуктам, в результате чего, недостаток некоторых из них может привести к нарушению деятельности различных систем и органов [3]. Так, недостаток аминокислот может приводить к диспепсическим расстройствам, отрицательному азотному балансу, недостаток кальция сопровождается расстройствами со стороны нервной системы, непроизвольными спазмами гладкой мускулатуры, тремором, а недостаток клетчатки приводит к нарушению функции пищеварения, пристеночному дисбактериозу толстого кишечника [3].

Несбалансированность рациона питания, может вызвать распространение патологий со стороны эндокринной системы [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Н.В. Проблемы производства, переработки, реализации и контроля качества продовольствия / Н.В. Алексеева // Новый университет. - 2013. – No 1. – С. 9–11.
2. Боровиков, В.П. Statistica искусство анализа данных на компьютере / В.П. Боровиков // СПб.: Питер. - 2003. – 686 с.
3. Королев, А.А. Гигиена питания / А.А. Королев // М.: Издательский центр "Академия". - 2008. – 528 с.
4. Кочетков, А.М. Наука о питании. Принципы рационального и сбалансированного питания / А.М. Кочетков // – Диагностика и профилактика алиментарнозависимых заболеваний, клиники лечебного питания НИИ питания РАМН, аудиолекция. – 2010.
5. Куркатов, С.В. Гигиеническая оценка производств продуктов питания в Красноярском крае / С.В. Куркатов // - Вопросы питания. – 2012. – С.52–56.

УДК 616.71-001.5-089.227.84-06:616.379-008.64

КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П., Давыдова А.Р., Кукшинова М.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Научные руководители: к.м.н., проф. Кочетова Л.В., к.м.н. Куликова А.Б.

Актуальность темы. В настоящее время сахарный диабет (СД) является масштабной всемирной неинфекционной эпидемией. По данным ВОЗ, на 2014 г. в мире насчитывалось 387 млн больных СД, а к 2035 г. число пациентов, страдающих СД, достигнет 592 млн. В то же время эксперты Международной федерации диабета (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION) считают, что на планете огромное количество «недиагностированных» пациентов (каждый 2-ой человек с СД 2 типа не знает о своем заболевании) [4].

У большинства пациентов отмечается развитие синдрома диабетической стопы (СДС), являющимся опасным осложнением СД, которое характеризуется патологическими изменениями со стороны периферической сосудистой и нервной системы, проявляющиеся остеоартропатиями, вызывающими язвенно-некротические процессы и гангрену стопы.

В результате чего усиливаются процессы ремоделирования и резорбции костной ткани, которые происходят за счет функционирования базисных многоклеточных единиц (БМЕ) - остеокластов, остеобластов, остецитов и покровных клеток. В организме взрослого человека одновременно функционируют 10^4 - 10^6 БМЕ, синтез которых возрастает при патологических изменениях костной ткани [5]. В процессе работы БМЕ определяются маркеры - специфические ферменты (тартрат-резистентная кислая фосфатаза, костный изофермент щелочной фосфатазы), которые участвуют в процессах синтеза костной ткани и вызывают конкретные изменения структуры костной ткани. Данные ферменты, как и другие биохимические показатели (инсулин, глюкоза, гликозилированный гемоглобин) можно использовать для оценки процессов остеосинтеза.

Ключом к решению проблемы высоких рисков инвалидизации вследствие СДС является адекватно и своевременно проведенные мероприятия по профилактике и лечению данной патологии, которые, как известно, могут предотвратить ампутацию у больных СД почти в 90% случаев.

Цель исследования. Выявить встречаемость симптомов нейропатической формы СДС и исследовать активность основных маркеров костного метаболизма у больных сахарным диабетом второго типа.

Задачи исследования:

1. Оценить степень диабетической нейропатии у больных СДС.
2. Исследовать активность маркеров костного метаболизма в зависимости от формы СДС.
3. Исследовать фосфорно-кальциевый обмен в зависимости от формы СДС.

Объекты и методы исследования. Были обследованы 121 пациент, которые были разделены на 3 группы, в зависимости от формы синдрома диабетической стопы.

1 группа включала пациентов без синдрома диабетической стопы, 2 группа включала пациентов с нейропатической формой диабетической стопы, 3 группа – с диабетической остеоартропатией.

Степень компенсации углеводного обмена оценивались по уровню HbA1C. Чтобы оценить состояние фосфорно-кальциевого обмена определяли уровень кальция и фосфора в сыворотке крови. В целях изучения маркеров костного метаболизма использовали определялись следующие показатели. В качестве биохимических маркеров образования костной ткани исследовали: уровень активности костного изофермента щелочной фосфатазы (BAP). В качестве биохимических маркеров резорбции костной ткани исследовали: уровень активности тартрат-резистентной кислой фосфатазы (ТРКФ).

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием программ Descriptivestatistics и STATISTICA 10 [2]. Статистическая обработка представляла собой группировку материала, вычисление средней ошибки (m), средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ). Достоверность различия для параметрических показателей определялась с помощью критерия Стьюдента, для непараметрических – с помощью критерия Манна-Уитни с учетом нормального варьирования. Коэффициент корреляции (r) проверялся для параметрических признаков по критерию Пирсона, для непараметрических – по критерию Спирмена. Различия показателей считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение.

Таблица № 1

Показатели инсулина, HbA1C и глюкозы у больных сахарным диабетом

Показатели	Глюкоза (3,5-5,5 ммоль/л)	Инсулин (3-20 мкЕД/мл)	HbA1C (4-6%)
1 группа	5,4±1,6	14,0±7,6	5,1±1,6
2 группа	6,1±1,5	15,6±4,8	13,3±5,5
3 группа	6,2±1,9	20,2±7,1	15,2±3,5

Как видно из таблицы №1 у всех больных третьей группы в сыворотке крови происходит повышение уровня HbA1C, инсулина и глюкозы, причем уровень HbA1C превышает норму у 2 и 3, но у больных 3 группы показатель HbA1C выше, чем у больных СД первой и второй групп.

Таблица № 2

Основные показатели костного метаболизма больных сахарным диабетом

Показатели (физиол. норма)	Общая ЩФ (Ед/л) 87,0	ТРКФ (Ед/л) до 2,75	ВАР (Ед/л) 27,75	Кальций общий ммоль/л	Фосфор общий ммоль/л
1 группа	91,28±8,05	2,4±0,85	22,29±4,15	2,44±0,15	1,12±0,01
2 группа	156,5±6,15	7,26±1,005	29,9±3,015	2,13±0,04	0,9±0,01
3 группа	118,7±4,15	3,1±0,815	44,7±9,15	2,0±0,08	0,78±0,001

Распределение показателей фосфорно-кальциевого обмена у пациентов СД во всех группах статистически значимо не отличались друг от друга и находились в пределах физиологической нормы.

Для более четкого представления о начале процесса нарушения ремоделирования биохимические маркеры исследованы в зависимости от тяжести клинических проявлений СД. Как видно из таблицы, биохимические показатели костного ремоделирования в первой группе соответствуют физиологической норме. У

больных СД второй группы активность биохимических показателей резорбции костной ткани выше в четыре раза, чем в первой группе, а активность биохимических показателей костеобразования остаются на том же уровне. У больных третьей группы активность ТРКФ снижается по сравнению со второй группой, но остается выше нормы, а активность показателей ВАР значительно выше аналогичных показателей больных первой и второй групп ($p < 0,005$).

Таким образом изменение активности ферментов костного ремоделирования и их соотношение свидетельствует о том что, у больных СД, осложненным нейроишемической формой СДС, со сроком манифестации заболевания более 5 лет изменяется процесс костного метаболизма в сторону активации остеокластов и резорбции костной ткани. При этом скорость резорбции значительно выше, чем ремоделирования. При появлении клинических и рентгенологических признаков нейроостеоартропатии у больных сахарным диабетом с манифестацией заболевания более 10 лет активность ферментов костного ремоделирования остается высокой, но преобладает активность ВАР, что по всей видимости приводит к патологическому уплотнению костной ткани, и в последующем формированию стопы Шарко.

Для исследования проявления СДС [6] использовали шкалу диабетической нейропатии [по И.Ф. Строкову и соавт., 1999; 2000].

Проявление болезни	Группы пациентов/количество баллов (от 1 до 2)								
	1 группа (34 чел.)			2 группа (48 чел.)			3 группа (39 чел.)		
	0 баллов	1 балл	2 балла	0 баллов	1 балл	2 балла	0 баллов	1 балл	2 балла
Боль	61,76 %	35,29 %	2,94 %	3,36 %	58,33 %	27,08 %	0 %	38,46 %	61,54 %
Жжение	73,53 %	20,59 %	5,88 %	2,4 %	66,67 %	22,92 %	0 %	41,03 %	58,97 %
Онемение	64,71 %	32,35 %	2,94 %	2,88 %	64,58 %	22,92 %	3 %	30,77 %	69,23 %
Парестезии	70,59 %	26,47 %	2,94 %	3,84 %	60,42 %	22,92 %	5 %	38,46 %	61,54 %
Вибрационная чувствительность	64,71 %	29,41 %	5,88 %	2,4 %	64,58 %	25,00 %	3 %	41,03 %	58,97 %
Тактильная чувствительность	61,76 %	32,35 %	5,88 %	1,92 %	66,67 %	25,00 %	0 %	28,21 %	71,79 %
Болевая чувствительность	88,24 %	11,76 %	0 %	2,4 %	62,50 %	27,08 %	0 %	30,77 %	69,23 %
Температурная чувствительность	91,18 %	8,82 %	0 %	1,44 %	58,33 %	35,42 %	0 %	23,08 %	76,92 %
Рефлексы	85,29 %	14,71 %	0 %	7,2 %	62,50 %	6,25 %	13 %	35,90 %	64,10 %

Рис. 1. Шкала диабетической нейропатии [по И.Ф. Строкову и соавт., 1999; 2000]

Из таблицы видно, что наибольший процент пациентов с данными нарушениями был в группе с диабетической остеоартропатией - у большего числа пациентов показатели были оценены в 2 балла, что означает выраженное проявление болезни. Наименьший процент пациентов с данными нарушениями был в группе пациентов без клинических проявлений СДС, а именно, у большего числа пациентов проявления болезни не наблюдались и были оценены в 0 баллов, либо крайне редко оценивались, как умеренные. У пациентов с нейропатической формой СДС проявления болезни были оценены, как умеренные, что соответствовало 1 баллу.

Таким образом, для больных СД без проявлений диабетической остеоартропатии характерным является высокая скорость костного метаболизма с преобладанием резорбтивных процессов ведущих к развитию остеопении. Активность ТРКФ повышается у больных СД с нейропатической формой СДС. Причем, у этих больных ее активность значительно превышает нормальные показатели и выше, чем у больных СД, осложненным СДС с клиникой нейроостеоартропатии. Это свидетельствует о том что, у больных СД, осложненным нейропатической формой СДС, со сроком манифестации заболевания более 5 лет изменяется процесс костного метаболизма в сторону активации остеокластов и резорбции костной ткани. При этом скорость резорбции значительно выше, чем ремоделирования. При появлении клинических и рентгенологических признаков нейроостеоартропатии у больных СД с манифестацией заболевания более 10 лет активность ферментов костного ремоделирования оста-

ется высокой, но при этом преобладает активность ВАР и статистически значимо уменьшается соотношение ТРКФ/ВАР, что свидетельствует об ускорении процессов костеобразования.

Выраженные проявления нарушений СДС наблюдались у пациентов с диабетической остеоартропатией. Проявления нарушений не наблюдались у пациентов без СДС. А у пациентов с нейроишемической формой СДС проявление болезни было умеренное (по И.Ф. Строкову).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винник Ю.С., Кочетова Л.В., Куликова А.Б., Маркелова Н.М., Василеня Е.С., Пахомова Р.А., Карапетян Г.Э., Назарьянц Ю.А., Петрушко С.И., Дябкин Е.В., Марцева А.П. Состояние костного метаболизма у больных сахарным диабетом II типа в зависимости от формы синдрома диабетической стопы // Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, А.Б. Куликова, Н.М. Маркелова, Е.С. Василеня, Р.А. Пахомова, Г.Э. Карапетян, Ю.А. Назарьянц, С.И. Петрушко, Е.В. Дябкин, А.П. Марцева. – Хирургическая практика.-2015.-№4.- С.105-109.
2. Боровиков, В.П. Statistica искусство анализа данных на компьютере // В.П. Боровиков. – СПб.: Питер, 2012. – 686 с.
3. Дедов, И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы // И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова. – М.: Издательство «Универсум Паблишинг», 2011.
4. Международное соглашение по диабетической стопе: – М.: Издательство “Берег”, 2000.
5. Некачалов, В.В. Патология костей и суставов. Руководство. // В.В. Некачалов. – СПб.: Сотис, 2013.
6. Boulton A.J.M., Connor H., Cavanagh P.R. TheFootinDiabetes // A.J.M. Boulton, H. Connor, P.R. Cavanagh. – JohnWiley&Sons, 2014.

УДК 616.314.17-06:616.1

ЦИТОМОРФОЛОГИЯ ПАРОДОНТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО

Научный руководитель: асс. Чупина М.В.

Актуальность темы. В настоящее время заболевания сердечно – сосудистой системы являются ведущей причиной смерти не только в России, но и во всем мире. Примерно у 50% пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями традиционные факторы риска, такие как гиперхолестеринемия, сахарный диабет, мужской пол, гипокинезия, ожирение, курение,отягощенная наследственность и пожилой возраст, отсутствуют [1,6]. В настоящее время появляется все больше сведений о том, что воспалительные заболевания пародонта играют существенную роль в развитии и прогрессировании атеросклероза [4]. Патогенетический механизм сосудистых изменений у пациентов с заболеванием пародонта заключается в системном воспалительном ответе на инвазию токсинов и антигенов, вырабатываемых пародонтопатогенной микрофлорой (*Porphyromonasgingivalis*, *Prevotellaintermedia*, *Tanereellaforssythesis*) непосредственно в сосудистый эндотелий, что способствует повышенному тромбообразованию и возникновению аутоиммунных реакций [2]. Генетический материал этих микроорганизмов нередко обнаруживается в содержимом атеросклеротических бляшек [3,5].

Цель исследования. Изучить состояние пародонта у больных с патологией сердечно – сосудистой системы.

Объекты и методы исследования. Обследовано 125 пациентов из различных отделений Дорожной клинической больницы, из которых 25 – пациенты неврологического отделения с острым ишемическим инсультом различной локализации и степени выраженности, 25 – пациенты кардиологического отделения с гипертонической болезнью, 25 человек – смешанная группа из пациентов пульмонологического отделения с пневмонией и гастроотделения с различными заболеваниями ЖКТ. Контрольную группу из 25 человек составили относительно здоровые пациенты геронтологического центра и обычные добровольцы, не имеющие в анамнезе инсульта или инфаркта. Отдельная группа была представлена студентами 3 курса лечебного факультета, не предъявляющими жалоб на состояние пародонта. У всех испытуемых фиксировалась глубина пародонтальных карманов с параллельным забором мазков для цитоморфологического исследования. Статистическая обработка материала производилась с использованием метода χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,01$.

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием программ Descriptivestatistics и STATISTICA 10.

Полученные результаты и их обсуждение. Следует отметить, что никто из испытуемых на момент обследования не предъявлял жалоб на состояние пародонта, хотя часть больных первых трех групп отмечали, что лечились от него ранее.

В группе больных с острым ишемическим инсультом воспалительные изменения в пародонте обнаруживались в полтора раза чаще, чем в группах пациентов с другими соматическими заболеваниями и почти в четыре раза чаще, чем у относительно здоровых людей сопоставимой возрастной категории. Необходимо подчеркнуть, что только в

этой группе воспалительно – деструктивные изменения 3 – 4 степени встречались у больных моложе 40 лет.

У пациентов кардиологического профиля, где преобладали больные с гипертонией, в анамнезе которых не было инсульта или инфаркта, пародонтит различной степени тяжести регистрировался в полтора раза чаще по сравнению с контрольной группой и только у больных старше 40 лет.

В смешанной группе пациентов с болезнями ЖКТ и пневмонией пародонтит наблюдался в 1,6 раза чаще относительно контрольной группы, также у пациентов старше 40 лет, часть из которых перенесли инсульт. В этой группе у пациентов с пародонтитом преобладали воспалительно – деструктивные изменения 3 – 4 степени. Все пациенты с пневмонией получали антибиотикотерапию.

В контрольной группе пародонтит обнаруживался менее чем у четверти людей в виде воспалительных изменений 1-2 степени.

Среди студентов 18 – 20 лет почти в 40% отмечались воспалительные изменения 1 степени (гингивит), по большей части связанные с ношением брекетов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василевская Е.В., Блашкова С. Л. Патогенетические аспекты формирования заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца / Е.В. Василевская и др. // Практическая медицина. - 2013. С. 155.
2. Васильева, Н.А. Цитологический метод оценки пародонта / Н.А. Васильева // УФА. -2011.
3. Гудиева, М.Г., Кесаев Ч.Г. Состояние микроциркуляции в пародонте у пациентов с ишемической болезнью сердца/ М.Г. Гудиева и др. // Электронный научно-образовательный вестник "Здоровье и образование в XXI веке". - 2008. С. 313-314.
4. Иващенко, Ю.Ю., Шварц Ю.Г., Пархонюк Е.В., Еремин О.В. Взаимосвязь хронической патологии зубочелюстной системы с ишемической болезнью сердца и ее осложнениями / Ю.Ю. Иващенко и др. // Стоматология. - 2013. С. 408-412.
5. Островская Л.Ю., Бейбулатов Г.Д., Ханина А.И. Современные иммуноморфологические аспекты диагностики заболеваний пародонта / Л.Ю. Островская и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. С. 453-456.
6. Петер, Б. Взаимосвязь заболеваний пародонта и сердечно-сосудистой системы / Б. Петер // Лекции, литературные обзоры. - 2014.

УДК 616.5-006.81:575.21

АНАЛИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической физиологии им. проф. В.В. Иванова

Научный руководитель: асп. Моторина А. В.

Актуальность темы. Меланома является злокачественным новообразованием кожи с непредсказуемым течением, агрессивным метастазированием как лимфогенным, так и гематогенным путем [6], а так же обладает высокой устойчивостью к терапии [3]. В Восточной Сибири в основном встречаются люди европеоидного типа, что указывает на высокую подверженность развитию меланоцитарных новообразований кожи.

В настоящее время отмечается поздняя обращаемость пациентов с меланомой кожи за медицинской помощью и высокий уровень летального исхода. Известно, что основными провоцирующими факторами в развитии меланомы кожи являются ультрафиолетовое облучение, травматизация меланоцитарных новообразований кожи, а так же генетический фактор [5]. Вследствие чего в последнее время наблюдается рост интереса исследователей к изучению данного заболевания, молекулярных механизмов меланомогенеза, оценка фенотипических особенностей популяций и поиск ранних способов диагностики меланомы кожи.

Ежегодно заболеваемость меланомой кожи во всем мире подвергается тщательному мониторингу, результаты которого отмечают интенсивный рост показателей заболеваемости, такая же ситуация наблюдается и в Российской Федерации [1]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Российской Федерации патология кожи находится на 2-м месте (11,4 %), с меланомой (12,9 %), уступая лишь патологии трахеи, бронхов и легкого (12,3 %). При этом у лиц мужского пола злокачественные новообразования кожи (9,3 %), с меланомой (10,6 %) находятся на 3-м месте после опухолей трахеи, бронхов, легкого (21,9 %) и желудка (11,3 %). В структуре заболеваемости лиц женского пола злокачественные новообразования кожи стоят на 2-м месте (13,3 %), с меланомой (15,1 %), уступая лишь патологии молочной железы (19,8 %). Отмечается рост заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований [5]. Таким образом, меланома является наиболее редким, однако наиболее летальным видом рака кожи [7].

Цель исследования. Оценить риск развития меланомы кожи в зависимости от фенотипа в Красноярском крае.

Задачи исследования.

Оценить частоту встречаемости фототипов в Красноярском крае.

Произвести анализ этиологических факторов, предрасполагающих к развитию меланомы кожи.

Статистическая обработка полученных результатов.

Объекты и методы исследования. Работа проводилась на кафедре Патологической физиологии имени профессора В.В.Иванова Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого. Утверждено локальным этическим комитетом 28.10.2015г. В исследование были включены две группы людей: опытная группа, состоящая из 50 человек с установленным диагнозом меланомы кожи и контрольная группа, состоящая из 100 человек без онкологического диагноза. В опытную группу входили люди, находящиеся на лечении в Красноярском краевом онкологическом диспансере имени А.И. Крыжановского с установленным диагнозом меланомы кожи, вне зависимости от стадии заболевания. В контрольную группу входили условно здоровые люди старше 18 лет, независимо от пола и фенотипических особенностей.

В исследуемых группах производилась оценка факторов риска для развития меланомы: отягощенный онкологический наследственный анамнез у родственников и самих обследуемых, наличие веснушек и их локализация, цвет волос и глаз, определение фототипа кожи по Фитцпатрику, подверженность инсоляции в неделях за последние 5 лет и характер реакции кожи на УФО методом опроса (выбор предложенного варианта: кожа краснеет, сторает, появляются волдыри, либо кожа равномерно загорает с появлением коричневого оттенка), количество меланоцитарных невусов. Поскольку количество веснушек может изменяться в течение жизни, для сравнения с группой пациентов с меланомой была использована лишь часть группы здоровых людей, попадающая в тот же возрастной диапазон, что и опытная группа (36 – 84 лет). Сбор информации по каждому пункту производился с помощью опроса и визуального осмотра. По цвету волос пациентов подразделяли на следующие группы: блондины (белокурые, русые), шатены (темно-русые, светло-каштановые), брюнеты (темно-каштановые, черные) и рыжие.

Материалы исследований подвергались статистической обработке данных с использованием пакетов программного обеспечения Excel (Microsoft) и Statistica 10.0 (Statsoft, Россия). Все выборки проверяли на нормальность распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорта. При статистической обработке нами были использованы методы непараметрической статистики: U-тест Манна-Уитни, непараметрический дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса, критерий Хи-квадрат. Различия между сравниваемыми показателями при всех методах считали статистически значимыми при $p < 0.05$. [2].

Полученные результаты и их обсуждение. В результате у пациентов с меланомой кожи чаще встречался I ($p=0,001$), а реже III ($p=0,001$) фототип по сравнению с контрольной группой.

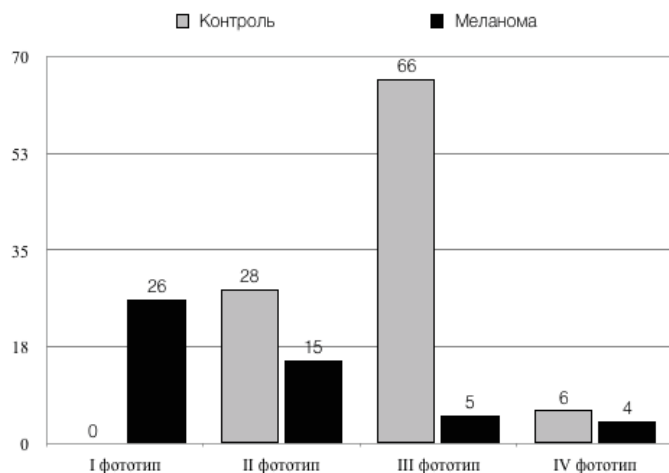


График – распределение исследуемых по фототипам (согласно Фитцпатрику)

При исследовании цвета глаз отмечалось, что распределение по цвету глаз больных меланомой было одинаково с контрольной группой. Во внимание был взят цвет волос исследуемых, где не было выявлено различий между группами. Число невусов у пациентов с меланомой кожи и контрольной группы было одинаковым. В процессе изучения фенотипических особенностей населения Красноярского края определялась локализация веснушек (эфелиды) у здоровых людей и пациентов с меланомой. Определилось увеличенное число веснушек в области туловища ($p=0,003$) и нижних конечностей ($p=0,001$) у больных меланомой и группы контроля.

Сравнивая полученные результаты, средний возраст пациентов данного исследования соотносится с этим показателем в популяциях южно-западной Европы (Канарские острова, Испания) и Латинской Америки отмечается обнаружение меланомы у лиц старше 50 лет, так же не было выявлено и гендерных отличий у всех участников исследования, что может свидетельствовать о идентичности развития меланомы кожи по возрастному показателю и вне зависимости от половой принадлежности [4]. В отношении фенотипа имеются значимые отличия в частоте встречаемости I фенотипа как у жителей Восточной Сибири, так и жителей Испании, Аргентины, Бразилии, Чили, Мексики, Уругвая, Латинской Америки ($p < 0,001$) среди больных меланомой кожи. Таким образом,

людей, имеющих I фототип кожи по Фитцпатрику можно отнести к категории людей с наиболее высоким риском развития меланомы кожи вне зависимости от принадлежности к популяции. По цвету глаз, цвету волос и количеству невусов как в вышеуказанных популяциях, так и у жителей Восточной Сибири принципиальных отличий по данному признаку не найдено [5]. В Мадриде у пациентов Hospital General Universitario Gregorio Marañon с установленным диагнозом меланома кожи средний возраст которых варьировал от 40 до 65 лет, чаще встречался II фототип кожи, но такие факторы как пол, возраст, толщина опухоли значимых отличий не показали [6].

Таким образом пациенты с меланомой кожи характеризуются наличием светлой кожи с тенденцией к пигментации, что может говорить о большей зависимости от основного этиологического фактора развития меланомы - УФО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн и др. // Филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России-М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. - 2016. - 250 с.
2. Боровиков, В.П. Statistica искусство анализа данных на компьютере / В.П. Боровиков // СПб.: Питер, 2003. – 686 с.
3. Beaumont K.A., Liu Y.Y., Sturm R.A. The melanocortin-1 receptor gene polymorphism and association with human skin cancer / K.A. Beaumont et. al. // Prog. Mol. Biol. Transl. Sci. - 2009; Vol. 88, pp. 85-153
4. Guida S., Bartolomeo N., Zanna P.T. et. al.. Sporadic melanoma in South-Eastern Italy: the impact of melanocortin 1 receptor (MC1R) polymorphism analysis in low-risk people and report of three novel variants / S. Guida et. al. // Arch Dermatol Res. - 2015, Vol. 307(6): 495-503.
5. Ichii-Jones F., Lear J.T., Heagerty A.H. et. al.. Susceptibility to melanoma: influence of skin type and polymorphism in the melanocyte stimulating hormone receptor gene / F. Ichii-Jones et. al. // J.Invest.Dermatol. - 1998. - P. 218-221.
6. D. Scherer, R. Kumar. Genetics of pigmentation in skin cancer - a review / D. Scherer et. al. // Mutat. Res. - 2010, Vol.705(2):141-53.
7. Trayanova E., Trayanov I., Chokoeva A. et. al. Malignant melanoma-the influence of normal factors on the progression and prognosis. Comparative analysis based on two clinical cases. / E. Trayanova et. al. // Akush. Ginekol. (Sofia). - 2015, Vol.54(6):42-8.

57..005.336.2]-047.2

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ГБОУ ВПО СИБГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Карелина О. А.

ТГУ Институт биологии, экологии, почвоведения, сельского и лесного хозяйства

Кафедра ботаники

Научный руководитель: к.б.н, доц. Н.В. Щеголева

Актуальной проблемой в последнее время становится качество подготовки студентов медиков к профессиональной деятельности. Современный темп развития науки и техники в области медицины, внедрения нового высоко технологического оборудования, требует от выпускника профессиональной подготовки современного специалиста. В постоянно изменяющихся социально-экономических и политических условиях, отмечает П. Ю. Кирюшина, особо значимой становится подготовка студентов, способных к организации своей профессиональной деятельности в условиях жесткой конкуренции, а также к инновационному подходу в решении актуальных проблем [2].

В связи с этим целью моего исследования явилось изучение основных форм реализации компетентностного подхода в ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России медико-фармацевтическом колледже. Для достижения цели были выдвинуты следующие задачи:

Рассмотреть понятие компетенция и компетентность.

Изучить основные формы компетентностного подхода реализуемы в учебном процессе.

Присоединение России к Болонскому процессу делают необходимым соответствие требований национальной системы образования международным стандартам, а также обеспечение международного признания ее деятельности: высокое качество специалистов и признание российских дипломов на международном рынке труда.

Решение кадровых вопросов специалистов среднего звена, требует совершенствования учебных программ и внедрения новых образовательных технологий, направленных на совершенствования подготовки и повышение компетентности выпускника. С этой целью разработаны и внедрены в учебный процесс новые профессиональные практико-ориентированные образовательные программы.

В связи с этим в дидактики произошли существенные изменения, вошло понятие компетентности как критерия эффективности педагогической деятельности. В России переход на компетентностно-ориентированное образование было нормативно закреплено в 2001 году в правительственной программе модернизация российского образования до 2010 года и подтвержден в решении Коллегии Минобрнауки РФ «О приоритетных направлениях развития образовательной системы Российской Федерации» в 2005 году. В рамках Болонского процесса

наша страна взяла на себя обязательства присоединения, в том числе, по компетентностному формату представления результатов профессионального образования [1].

Документы содержат представления о понятии «компетенция» - это предметная область, в которой индивид хорошо осведомлен и проявляет готовность к выполнению деятельности, и «компетентность» - это интегрированная характеристика качеств личности, выступающая как результат подготовки выпускника для выполнения деятельности в определенных областях.

Компетентностный подход в профессиональном образовании сводится к формированию общих и профессиональных компетенций, определяющие, подготовку конкурентоспособного специалиста-медика. Обладающего, следующими качествами такими как: инициативность, креативность, нестандартное и логическое мышление, умение отбирать информацию, работать в команде для успешной профессиональной деятельности. Развитие таких компетенций, ориентирует педагогическую цель на формирование у студентов профессиональных умений и практических навыков. Формирование компетенций осуществляется в учебных ситуациях смоделированных преподавателем, позволяющие, осуществлять контроль за деятельностью студентов. Компетенции «закладываются» в образовательный процесс посредством технологий, содержания [3], стиля жизни учебного заведения, типа взаимодействия между преподавателями и обучающимися и между самими [1]. Медико-фармацевтический колледж ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России является современным учебным комплексом по подготовке медицинских кадров среднего звена, подготовка ведется по 4 специальностям:

33.02.01 «Фармация»,

34.02.01 «Сестринское дело»,

31.02.03 «Лабораторная диагностика»,

34.02.02 «Медицинский массаж», для лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению.

При исследовании данной темы, был проведен социологический опрос методом анкетирования, преподавателей медико-фармацевтического колледжа благодаря, которому выяснилось, какие формы и образовательные технологии применяют на уроке для достижения нового качества профессионального образования. В опросе принимали участие 35 человек, год проведения 2015. Респондентам выдавалась анкета с заранее прописанными вопросами, на которые они должны были дать ответы или дописать свой вариант. Такой метод применялся с целью получить более подробную и развернутую информацию.

По результатам опроса оказалось, что 100 % опрошенных в своем учебном процессе применяют следующие формы деятельности:

лекция – передача информации от преподавателя к студентам, с использованием компьютерных средств, ориентирована на приобретение студентами новых теоретических и фактических знаний;

практическое занятие – решение практических задач на основе теоретических и фактических знаний, ориентированное на приобретение новых фактических знаний и теоретических умений;

консультация – индивидуальное общение преподавателя со студентом, руководство его деятельностью с целью передачи опыта, углубления теоретических и фактических знаний, приобретенных студентом на лекциях, в результате самостоятельной работы.

73 % респондентов отметили применение:

семинара – систематизация теоретических и фактических знаний в определенном контексте, ориентированное на приобретение новых фактических знаний и теоретических умений;

лабораторная работа – практическая работа студента под руководством преподавателя, ориентирована на приобретение новых фактических знаний и теоретических умений;

% респондентов отметили самостоятельную работу – изучение студентами теоретического материала, подготовка к практическим, семинарским занятиям и лекции, написание конспектов, докладов, эссе, рефератов, отчетов, для приобретения новых теоретических и фактических знаний, теоретических и фактических умений.

% респондентов указали производственную практику – изучение реального производства, знакомство с должностными обязанностями специалистов, выполнение определенных функций на реальных рабочих местах для приобретения в основном новых фактических знаний и практических умений.

77 % респондентов используют следующие формы:

УИРС – учебно-исследовательская деятельность студента, направленная на приобретение новых теоретических и фактических знаний, теоретических и практических умений;

ВКР – выпускная квалификационная работа, комплексная познавательная деятельность студента, направленная в основном на интеграцию и систематизацию полученных теоретических и фактических знаний, объединение теоретических и фактических умений, приобретение опыта их использования и формирование компетенций в профессиональной деятельности.

Широко применяют в учебном процессе современные образовательные технологии для достижения нового качества профессионального образования:

78 % респондентов указали на междисциплинарное обучение – использование знаний из разных областей, их группировка и концентрация в контексте решаемой задачи;

93 % респондентов выделили игру – ролевая имитация студентами реальной профессиональной деятельности с выполнением функций специалистов на различных рабочих местах;

99 % респондентов применяют информационные технологии – обучение в электронной образовательной среде с целью расширения доступа к образовательным ресурсам (теоретически неограниченному объему и скорости доступа), увеличения контактного взаимодействия с преподавателем студентов;

82 % респондентов отметили case-study – анализ реальных проблемных ситуаций, имевших место в соответствующей области профессиональной деятельности, и поиск вариантов лучших решений;

86 % респондентов используют работу в команде – совместная деятельность студентов в группе под руководством лидера, направленная на решение общей задачи путем творческого сложения результатов индивидуальной работы членов команды с делением полномочий и ответственности.

Подводя итоги нашему исследованию, можно сделать вывод, что внутри компетентностного подхода выделяются два базовых понятия: «компетенция» и «компетентность». В настоящее время отсутствует однозначное понимание понятий «компетенция» и «компетентность», часто используемых в одном контексте. Изучив, основные формы компетентностного подхода реализуемы в учебном процессе, нужно отметить, что у опрошенных респондентов лидирует форма – лекции и практическое занятие, самостоятельная работа, семинар и лабораторная работа, УИРС и ВКР. Производственную практику отметили меньше всего респондентов 47 % потому, что не все респонденты являются руководителями практик. А, применение современных образовательных технологий остается на высоком уровне: 99 % информационные технологии, 93 % игра, 86 % работа в команде, 82 % case-study, 78 % междисциплинарное обучение.

Полагаю, что организация учебного процесса должна основываться на принципах преемственности, перспективности, сочетания индивидуальной и групповой формы работы. Применение разнообразных форм должно быть направлено на развитие предметной компетентности учащихся по изучаемым дисциплинам, профессиональным модулям, междисциплинарным курсам. В заключении хотелось бы отметить зависимость эффективности усвоения предметных знаний учащимися от степени профессионального применения образовательных технологий, которые в свою очередь, являются фундаментом для формирования компетенций. От выбора и применения образовательных технологий зависит учебный успех обучающихся.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байденко В. Компетенции в профессиональном образовании (к освоению компетентностного подхода) // Высшее образование в России. 2004. №11. [Электронный ресурс]. Режим доступа. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kompetentsii-v-professionalnom-obrazovanii-k-osvoeniyu-kompetentnostnogo-podhoda> (дата обращения: 14.02.2016).
2. Кирюшина П.Ю., Тихонова Е.Л. Развитие лидерских качеств у социально-активных студентов как принципиальная задача воспитания в высшей школе // Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Основные проблемы и направления воспитательной работы в современном вузе. – Барнаул: Алтайский государственный технический университет им. И.И. Ползунова, 2010. – С. 154–158.
3. Оскарссон Б. Базовые навыки как интегрирующий фактор учебного плана I Оценка качества профессионального образования. Доклад 5 !Под общ. ред. В.И. Байденко и Дж. ван Зантворта. Проект Тасис ДЕЛФИ. – М., 2001. [Электронный ресурс]. Режим доступа. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kompetentsii-v-professionalnom-obrazovanii-k-osvoeniyu-kompetentnostnogo-podhoda#ixzz40A9sZbFT> (дата обращения: 14.02.2016).

УДК 159.9.072.422

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 3-ГО КУРСА

Карниевич А.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к. псих. н, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Волкова О. В.

В данной статье рассматриваются факторы, такие как: эмоциональный стресс, временная перспектива и прокрастинация, которые влияют на психосоматическое состояние студентов 3-го курса. Также в статье рассмотрены результаты, полученные в ходе проведения диагностической работы со студентами 3-го курса Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Экзистенциальный кризис юности относится к периоду с 18 до 21 года, ярче проявляется перед двадцатилетним рубежом, еще более раннее проявление, – «кризис третьего курса». Это серьезный кризис, так как различия между детской и взрослой жизнью очень велики. В детстве – зависимость от взрослых, необходимость им подчиняться, а во взрослой жизни – свобода и пугающая неизвестность.

Переход к новому, взрослому этапу жизни нельзя осуществить без выработки нового мировоззрения. Именно в этот период у человека формируется система ценностных ориентаций, определяется «смысл жизни», соб-

ственные цели и более или менее амбициозные жизненные планы. Эта, очень интенсивная, а порой и мучительная, внутренняя работа абсолютно необходима для нормального развития, для трансформации подростка во взрослого человека, который уже обрёл свой жизненный смысл и свой жизненный путь.

Именно этот период работы над собой может стать причиной стресса. Авторы выделяют разное количество видов стресса. Некоторые выделяют такой вид стресса, как эмоциональный. Так же авторы утверждают, что эмоциональный стресс может стать причиной психосоматических заболеваний это связано с положением личности в обществе, с его теми или иными сферами социального взаимодействия, а так же с его индивидуальными реакциями на стрессоры.

При этом личностные особенности и индивидуальное отношение к стрессу может сказаться на отношении человека к планированию собственной жизни и восприятию времени в целом.

Целью данной работы является исследование степени и характеристики влияния стресса на психосоматическое состояние студентов 3-го курса.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

Проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования

Подобрать диагностический инструментарий для исследования влияния стресса на психосоматическое состояние студентов

Проведение диагностики с помощью методик

Интерпретация результатов

Подведение итогов исследования

В ходе исследования была выдвинута следующая гипотеза: переживаемый студентами стресс влияет на их психосоматическое состояние.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы (анализ теоретических источников, обобщение и интерпретация научных данных);
- психодиагностические методы: опросник временной перспективы Зимбардо, шкала прокрастинации для студентов (С. Лэй) и Гиссенский опросник.

В исследовании приняли участие 20 студентов 3-го курса Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

В результате проведения диагностики группы исследуемых, мы получили следующие результаты по опроснику временной перспективы Зимбардо. У студентов преобладает позитивное отношение к прошлому (среднее значение 3,7) и наличие целей и планов на будущее (среднее значение 3,6). Результаты по шкалам: гедонистическое отношение к настоящему (среднее значение 3,5), негативное отношение к прошлому (среднее значение 2,7), фаталистическое настоящее (среднее значение 2,5).

По шкале прокрастинации для студентов, мы получили следующие результаты, у 30% (6 человек) опрошенных студентов высокий показатель прокрастинации (более 60 баллов). Еще у 35% студентов (7 человек) средний показатель прокрастинации (от 50 до 60 баллов). У остальных 40% (7 человек) показатель прокрастинации ниже 50 баллов.

По Гиссенскому опроснику психосоматических жалоб, были получены следующие результаты.

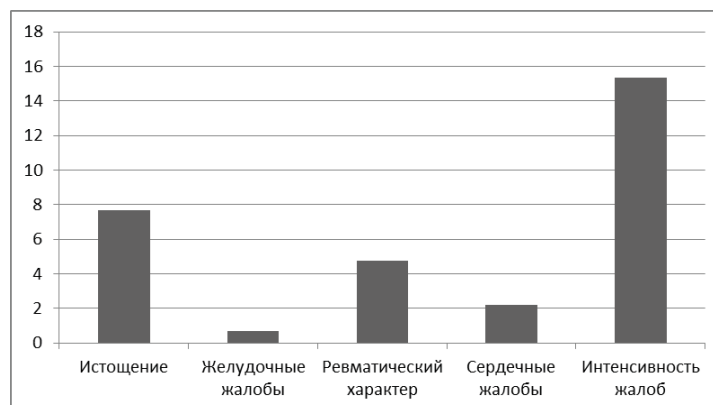


Рисунок 3 - Показатели исследования по Гиссенскому опроснику психосоматических жалоб.

Из данной диаграммы видно, что у большинства студентов выявлены жалобы на истощение (среднее значение 7,7) и жалобы ревматического характера (среднее значение 4,8). В меньшей степени преобладают сердечные жалобы (среднее значение 2,2) и желудочные жалобы (среднее значение 0,7). Среднее значение общей интенсивности жалоб составляет - 15,4.

Таким образом, гипотеза о том, что переживаемый студентами стресс при кризисе юности влияет на их психосоматическое состояние, частично подтвердилась. Так как, не у всех опрошенных студентов была выявлена

связь между стрессом, в виде временной перспективы и прокрастинации, и психосоматическими жалобами. Но у большинства опрошенных студентов не смотря на наличие целей и планов на будущее, отмечается высокий показатель по шкале прокрастинации, что в итоге отразилось на их психосоматическом состоянии в виде истощения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская, К.А. Личностная регуляция времени / Психология личности в социалистическом обществе: Личность и ее жизненный путь. М., 1990. С. 114-129.
2. Белановская, О.В. Временная перспектива жизненных планов в юношестве [Электронный ресурс]: http://psyjournals.ru/sgu_socialpsy/issue/30275_full.shtml
3. Березин, Ф. Б. Мирошников, М. П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии [Электронный ресурс]: http://berezin-fb.ru/psychology_and_psychosomatic/jemocionalnyj-stress-i-psihsomaticheskie-rasstrojstva-podhody-k-terapii
4. Волкова, О. В. Психологические механизмы воздействия языка на юношество посредством масс-медийных технологий: монография / О. В. Волкова, О. Н. Сорокина. – Красноярск: тип. Версо, 2013. – 100 с.
5. Головаха, Е.И., Кроник, А.А. К исследованию мотивации жизненного пути: Техника «каузометрии» / Мотивация личности (феноменология, закономерности и механизмы формирования). М., 1982. С. 99-108.
6. Ковылин, В. С. Теоретические основы изучения феномена прокрастинации / Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, Развитие». 2013 №2 С. 22-41.
7. Некрасова, Е.В. Временной аспект самосознания в юношеском возрасте / Сибирский психологический журнал, 1998. Томск. Вып. 8-9. С. 22-25.

УДК 364-785.14:378.178

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ

Качаева А. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научные руководители: к.м.н. Потупчик Т. В., Новишников Ю. Н.

Трудности в психологической адаптации первокурсников к системе образования существует на протяжении многих лет. От успешности этого процесса во многом зависит дальнейшая профессиональная деятельность и личностное развитие будущего специалиста [1].

Проблема адаптации, будучи междисциплинарной, занимает большое место в исследованиях отечественных и зарубежных психологов. В психологическую науку термин «адаптация» был введен из биологических дисциплин. В частности, в физиологии термин означает реакцию приспособления органов чувств по отношению к воздействию соответствующих раздражителей, а в биологии – приспособление строения функций органов к условиям существования организма. Смысл приспособления остается и в психологии. Особенно это выражено в тех психологических концепциях, которые направлены на анализ взаимоотношения индивида с окружающей средой [6].

При рассмотрении проблемы адаптации человека выделяют физиологическую, психическую и социальную. Психическая адаптация является наиболее значимым уровнем для обеспечения успешной адаптации человека в целом, поскольку механизмы адаптации, прежде всего, имеют психическую природу [2].

В настоящее время изучение психосоматических расстройств среди учащейся молодежи приобретает особую важность. Как показывает анализ литературы, эти вопросы занимают ведущее место в кругу медико-биологических, социальных и психолого-педагогических исследований [3].

С повышением учебных нагрузок риск дезадаптации увеличивается, поэтому раннее выявление адаптационных нарушений и их коррекция способствует предотвращению более глубоких расстройств адаптации в виде соматических и нервно-психических нарушений [4,5].

Целью настоящего исследования является изучение особенностей социально-психологической адаптации и психосоматических особенностей у первокурсников.

В исследовании приняли участие 47 студентов первого курса отделения «Лабораторная диагностика» Фармацевтического колледжа КрасГМУ из них 23 студента, обучающиеся за счет средств Федерального бюджета (основная группа) и 24 студента, обучающиеся за счет личных средств (группа сравнения). В обеих группах преобладали студенты женского пола (87,2%), 12,8% составляли студенты мужского пола. Среди студентов обеих групп преобладали студенты русской национальности (78,4% - бюджетной группы, 66,7% - внебюджетной группы). В первой группе (бюджет) 8,7% - тувинцы, по 4,4% - татары, метисы, марийцы; во второй группе (внебюджет) 8,3% - азербайджанцы, по 4,2% - киргизы, татары, лезгины, ингуши, армяне,

метисы. Методом анкетирования с использованием компьютерной технологии «Диагностика нарушений социально-психологической адаптации и нервно-психического здоровья у детей и подростков» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2015611735 от 04.02.2015г.). Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением ППП «Statistika 5.5 for Windows».

Оценивая полученные данные компьютерной программы, мы получили следующие результаты: дезадаптация в учебной деятельности достоверно чаще отмечалась у студентов второй группы (37,5%) в сравнении со студентами первой группы (4,4%), обучающихся за счет средств Федерального бюджета ($p1-2=0,0055$). Проявления дезадаптивности в поведенческой сфере (неприспособленности психической деятельности к условиям окружающей среды) наблюдалось у 12,5% студентов второй группы и 4,4% студентов первой группы. Дезадаптация в коммуникативной сфере наблюдалась только у 13% студентов внебюджетной группы. Эмоциональное неблагополучие также было выявлено у 30,4% студентов внебюджетной группы. Данные различия статистически значимы ($p1-2=0,0048$).

Все студенты внебюджетной и бюджетной группы были подвержены стрессовому напряжению. Наиболее выражено оно было у студентов бюджетной группы: высокий уровень – 52,2%, значительно повышенный уровень – 8,7%, умеренно повышенный уровень – 39,1%. Во внебюджетной группе уровень стрессового напряжения был менее выражен: высокий уровень – 33,3%, значительно повышенный уровень – 8,33%, умеренно повышенный уровень – 37,5%, обычный уровень – 20,8%.

Нарушения со стороны вегетативной нервной системы наблюдались несколько чаще у студентов внебюджетной группы (70,8%) в сравнении с бюджетной группой (56,5%). Показатель обсессивно-фобических расстройств в обеих группах не имел существенных различий. В группе внебюджета данный показатель встречался у 66,7% студентов, в группе бюджетников – 56,5%. Астенические расстройства наблюдались примерно у равного количества студентов: у 45,8% студентов первой группы и 39,1% студентов второй группы.

Депрессивные расстройства чаще проявлялись у 54,1% студентов внебюджетной группы и у 34,8% студентов бюджетной группы. Церебрастенические расстройства наблюдались практически у большинства студентов в обеих группах (95,8%- 95,7%). Личностные расстройства встречались только у 16,7% студентов внебюджетной группы, что имеет статистически значимую достоверность ($p1-2=0,0406$).

В процессе исследования были выявлены различные проявления дезадаптации в сфере учебной деятельности. Низкая успеваемость, освоение программы с трудом наблюдалось только у студентов внебюджетной группы 37,5% ($p1-2=0,0010$). Низкая успеваемость, несмотря на достаточный уровень способностей, встречалась чаще у студентов внебюджетной группы (20,7%) и у 4,4% студентов бюджетной группы. Выраженное нарушение внимания отмечалось у 12,5% студентов группы внебюджета и у 4,4% студентов бюджетной группы. Очень плохой почерк был выявлен у 29,2% студентов внебюджетной группы и у 4,4% студентов группы бюджета ($p1-2=0,0236$). Допускают много ошибок при письме 33,3% студентов внебюджетной группы, в группе бюджетников таких студентов не наблюдалось ($p1-2=0,0023$). Резкое снижение успеваемости за счет потери интереса к учебе за последнее время было замечено у 4 студентов (16,7%) внебюджетной группы и лишь у 1 студента (4,4%) бюджетной группы.

Среди проявлений дезадаптации в поведенческой сфере было выявлено, что часто были не готовы к занятиям 37,5% студентов внебюджетной группы, в бюджетной группе таких студентов не наблюдалось ($p1-2=0,0010$). Среди специфических подростковых поведенческих реакций отмечались единичные случаи побегов из дома, неоднократное прогуливание занятий и открытое курение. Так же в единичном случае в группе внебюджета было отмечено участие в драках, проявление жестокости.

Оценивая проявления дезадаптации в коммуникативной сфере было отмечено, что проявляют высокомерие по отношению к одноклассникам, в связи с чем, не имеют друзей 20,8% студентов внебюджетной группы, у студентов бюджетной группы данный показатель не проявлялся ($p1-2=0,0205$). Характерна конфликтность, неуживчивость только для 16,7% студентов внебюджетной группы ($p1-2=0,0406$). Проявления эмоционального неблагополучия, проявляющиеся в том, что очень огорчаются, если получают не ту отметку, которую ожидали, могут даже заплакать 20,8% студентов внебюджетной группы, в то время как у студентов бюджетной группы такие проявления не встречались ($p1-2=0,0205$). Испытывают сильное волнение при ответе у доски, теряются, только 16,7% студентов внебюджетной группы ($p1-2=0,0406$). Часто выглядят грустными 37,5% студентов внебюджетной группы. Чувство чрезмерной обиды и ранимости наблюдалось у 29,2% студентов внебюджетной группы ($p1-2=0,0049$).

Выводы:

Имеются особенности социально-психологической адаптации у студентов первого курса бюджетной и внебюджетной групп. В большей степени нарушения социально-психологической адаптации были характерны для студентов внебюджетной группы. В структуре нарушений социально-психологической адаптации у студентов внебюджетной группы преобладали проявления дезадаптации в учебной деятельности, коммуникативной и поведенческой сфере. Однако стрессовое напряжение было наиболее выражено у студентов бюджетной группы.

Нарушения со стороны вегетативной нервной системы, астенические и церебрастенические расстройства, обсессивно-фобические расстройства в обеих группах не имели существенных различий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Потехина, Е. С. Социальная адаптация студентов – первокурсников / Е. С. Потехина // Грамота. – 2014. – № 5. – С. 157–159.
2. Пискун, В.Л. Исследование процесса психологической адаптации студентов вуза средствами интернет-технологий / В. Л. Пискун // Ученые записки. – 2011. – №6. – С. 20-23.
3. Зорина, И. Г. Особенности психоэмоционального состояния школьников в течение учебного года / И. Г. Зорина // Рос. педиатр. журн. – 2013. – № 2. – С. 47-51.
4. Иванова, И. В. Состояние здоровья и социально-психологические особенности учащихся школ разного типа / И. В. Иванова, Н. Л. Черная, Е. И. Сенягина // Рос. педиатр. журн. – 2010. – № 2. – С. 53-55.
5. Комплексный подход к гигиенической оценке качества жизни учащихся / Ю. А. Рахманин, И. Б. Ушаков, Н. В. Соколова и др. // Гигиена и санитария. – 2010. – № 2. – С. 67-70.
6. Пухачева, Л. И. Изучение психологических трудностей первокурсников в условиях адаптации к обучению в вузе/ Л. И. Пухачева // Концепт. – 2013. – Спецвыпуск - № 1. – С. 1-8.

УДК 615.072:615.451.16:582.635.5

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ЭКСТРАКТОВ ТРАВЫ КРАПИВЫ СУХИХ

Кирьякова В.О.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра фармации

Научный руководитель: д.фармац.н., профессор Федосеева Л.М.

Гарантия эффективности, безопасности и качества лекарственных средств по уровню социальной значимости является одной из важных задач государства в области охраны здоровья граждан. Неотъемлемой частью – является стандартизация – деятельность по установлению норм, правил, показателей качества для разработки нормативных документов, а частности, фармакопейной статьи.

В ходе наших исследований по фарматехнологическому изучению травы крапивы двудомной, коноплевой и жгучей получены экстракты сухие.

Цель работы – определение показателей качества экстрактов травы крапивы сухих для разработки проектов фармакопейных статей.

Объекты исследования – экстракт травы крапивы двудомной сухой, экстракт травы крапивы коноплевой сухой и экстракт травы крапивы жгучей сухой.

Экстракты получены методом ремацерации, экстрагент – вода очищенная, соотношение сырья и экстрагента 1:10, время настаивания 30 мин, температура 100°C, число мацераций – 3, для высушивания проводили распылительную сушку.

ГФ XI изд., т. 2 статья «Экстракты» и ОСТ91 500.05.001–00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения» регламентируют контроль качества по следующим показателям: описание, потеря в массе при высушивании, тяжелые металлы, подлинность и количественное определение действующих веществ [2, 3, 4].

Установлено, что экстракт травы крапивы двудомной сухой, экстракт травы крапивы коноплевой сухой и экстракт травы крапивы жгучей сухой представляют собой сыпучие гигроскопичные порошки от светло-коричневого до темно-коричневого цвета, специфического запаха, очень легко растворим в воде, трудно растворим в спирте этиловом 60%, практически нерастворим в спирте этиловом 95% [1].

Важными показателями при установлении качества экстрактов сухих являются «потеря в массе при высушивании» и «тяжелые металлы». Экстракты травы крапивы сухие по показателям: потеря в массе при высушивании (3,2-4,11%), тяжелые металлы (не более 0,01%) соответствуют требованиям нормативной документации (табл.1) [2, 3, 4].

Таблица 1

Показатели качества экстрактов травы крапивы сухих

Экстракт	Потеря в массе при высушивании, %	Тяжелые металлы, %
Экстракт травы крапивы двудомной	3,20±0,12	не более 0,01
Экстракт травы крапивы коноплевой	3,70±0,10	не более 0,01
Экстракт травы крапивы жгучей	4,11±0,42	не более 0,01
Нормируемый показатель	не более 5%	не более 0,01%

Ранее нами установлено, что трава крапивы двудомной, коноплевой и жгучей содержит флавоноиды, которые обуславливают противовоспалительное и диуретическое действие, поэтому целесообразно проводить определение подлинности экстрактов травы крапивы сухих по флавоноидам.

Цианидиновую пробу проводили по стандартной методике [5].

0,1 г исследуемого экстракта растворяли в 10 мл спирта этилового 60%. При испытании экстрактов наблюдались положительные аналитические сигналы (малиновое окрашивание), что соответствует наличию флавоноидов группы флавонов и флавононов.

Далее идентификацию флавоноидов определяли методом ВЭЖХ.

В качестве стандартных образцов индивидуальных веществ использовали стандартные образцы фирмы «SIGMA Aldrich», США.

Высокоэффективную жидкостную хроматографию проводили на хроматографе «МилиХром А-02». Флавоноиды извлекали из экстрактов травы крапивы сухих спиртом этиловым 70%. Разделение флавоноидов проводили на колонке ProntoSIL 120-5C18AQ, 2,0×75мм. Подвижная фаза: элюент А раствор ТФУК водный 0,01%; элюент Б – 100% ацетонитрил. Скорость подачи элюента 100 мкл/мин, объем пробы – 2мкл, температура колонки 35°C; градиент 5 – 55% элюента Б за 30 мин. Детектирование веществ определяли при длинах волн 220, 254, 300, 360 нм. В максимуме пиков снимали спектр веществ. Идентификацию флавоноидов установили по временам удерживания (с учетом спектральных соотношений пиков) и спектрам поглощения в сравнении со стандартными образцами.

Параллельно исследовали растворы стандартных образцов флавоноидов: рутина, гиперозида, кверцитрина, шафтозида, робинина в концентрации 0,05 мг/мл.

В результате хроматографирования экстракта травы крапивы двудомной, экстракта травы крапивы коноплевой, экстракта травы жгучей получили аналогичные хроматограммы и выявлены пики соответствующие флавоноидам и хлорогеновой кислоте (рис.1).

Идентифицированы: вещество со временем удерживания 10,3 мин – хлорогеновая кислота; 12,0 мин – шафтозид; 13,5 мин – рутин; 14,7 мин – робинин; 16,0 мин – кверцитрин; 17,4 мин – флавоноид апигениновой структуры (табл. 2).

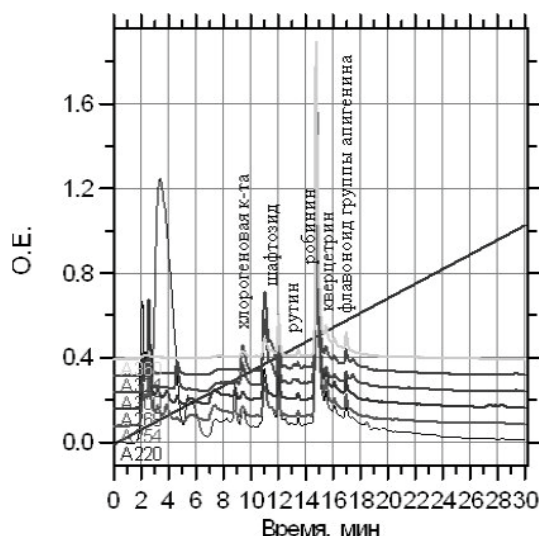


Рисунок 1 -Хроматограмма спиртового извлечения экстракта травы крапивы двудомной, экстракта травы крапивы коноплевой, экстракта травы крапивы жгучей

Таблица 2

Спектральные характеристики флавоноидов и фенолокислот в экстракте травы крапивы двудомной

Время удерживания, мин	Максимумы поглощения, нм	СО	Идентифицированное вещество
10,3	220, 240, 330	хлорогеновая кислота	хлорогеновая кислота
12,0	200, 215, 270, 330	шафтозид	шафтозид
13,5	220, 270, 335	рутин	рутин
14,7	200, 260, 350	робинин	робинин
16,0	200, 260, 350	кверцитрин	кверцитрин
17,4	220, 270, 330	флавоноид группы апигенина	флавоноид группы апигенина

Количественное содержание суммы флавоноидов определяли спектрофотометрическим методом, который основан на измерении оптической плотности окрашенных комплексов флавоноидов с солями алюминия. Определение проводили по методике ГФ XI, ст. 52 модифицированной нами [2]. Результаты проведенных исследований представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты количественного определения суммы флавоноидов в пересчете на кверцитрин в экстрактах травы крапивы сухих

Объект исследования	Содержание флавоноидов, % (n = 5; P = 95%; tp = 2,78)		
	$\bar{X} \pm \Delta \bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	$\epsilon, \%$
Экстракт травы крапивы двудомной	2,41±	0,0257	2,92
Экстракт травы крапивы коноплевой	2,05±	0,0174	2,30
Экстракт травы крапивы жгучей	1,75±	0,0192	2,58

Из представленных результатов следует, что флавоноидов в пересчете на кверцитрин содержится в экстракте травы крапивы двудомной – 2,41%; экстракте травы крапивы коноплевой – 2,05%; экстракте травы крапивы жгучей – 1,75%.

Таким образом, установлены показатели качества экстрактов травы крапивы сухих: описание, потеря в массе при высушивании (не более 5%), тяжелые металлы (не более 0,01%), подлинность (шафтозид, рутин, робинин, кверцитрин, флавоноидапигениновой структуры и хлорогеновая кислота), содержание флавоноидов в пересчете на кверцитрин (1,75 – 2,41%). Полученные результаты исследований были использованы при разработке фармакопейных статей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная фармакопея РФ. 12 изд. Часть 1. М.: Научный центр экспертизы средств медицинского применения. - 2008. - 704 с.
2. Государственная фармакопея СССР. 11 изд. Вып. 2. М.: Медицина. - 1989. - 400 с.
3. ОСТ 915500.05.001-00 / Отраслевой стандарт // Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения. - М., Минздрав России. - 2001.
4. Самылина И.А., Блинова О.А., Кумышева Л.А. и др. /Перспективы создания сухих экстрактов// Фармация. - 2006. - №2. - С. 43-46.
5. Химический анализ лекарственных растений; под ред. Н.И. Гринкевич, Л.Н. Сафронович. М.: «Высшая школа». - 1983. - 176 с.

615.03:[616.72-002-0

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кириянова Ю. О., Каледа А. В., Доняева А.В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО;
кафедра внутренних болезней №1*

Научные руководители: к.м.н., доц. Потупчик Т. В., к.м.н., доц. Капустина Е. В.

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее заболевание, характерным признаком которого является наличие деструктивных изменений суставного хряща и субхондральной кости с развитием краевых остеофитов. Однако при ОА в патологический процесс вовлекается весь сустав – капсула, связки, синовиальная мембрана, околосуставные мышцы. Заболевание представляет собой важную социально-экономическую проблему в связи с широким распространением (ОА занимает 1-е место среди других ревматических заболеваний), значительным ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также высокой инвалидизацией [7].

Проблема остеоартроза чрезвычайно актуальна. ОА можно назвать одной из болезней века. В последние десятилетия заболеваемость ОА резко возросла, что обусловлено, с одной стороны, увеличением продолжительности жизни людей и старением популяции, а с другой - распространенностью такого фактора, как ожирение [2]. ОА относится к заболеваниям с самым высоким уровнем коморбидности. Было отмечено, что при увеличении возраста больных гонартрозом в 1,3 раза - число сопутствующих заболеваний увеличивалось в 1,7 раза, причем СД типа 2, ожирение, артериальная гипертензия встречались в 2 раза чаще, что говорит о прогрессирующих темпах нарастания заболеваемости СД типа 2 и другими нозологиями в группах пожилых [4].

Боль в суставах - ведущий клинический признак ОА. Характер болей разнообразный, но, как правило, механический, т.е. боли усиливаются при физической активности и ослабевают в покое. Иногда интенсивность бо-

лей меняется в зависимости от погодных условий (усиливается в холодное время года и при высокой влажности) и атмосферного давления, оказывающего влияние на давление в полости сустава. Изменения суставного хряща при ОА могут быть обусловлены как генетическими, так и разнообразными средовыми факторами. Сахарный диабет вносит в киническую картину остеоартроза большую выраженность дегенерации хрящевой ткани, отчетливый периартикулярный воспалительный процесс и снижение работоспособности мышц бедра, которые связаны, в основном, с развитием поздних макро- и микрососудистых осложнений. Обсуждается зависимость между частотой и характером суставных изменений и течением и давностью СД [4,9].

В настоящее время в базисную терапию стали все чаще включать препараты, обладающие хондропротективной активностью. Данная группа препаратов включена в рекомендации российских и зарубежных руководств по лечению остеоартроза и иных дегенеративно – дистрофических заболеваний. Наиболее изученными являются хондроитина сульфат и глюкозамин [5]. Особенностью хондроитина является его способность сохранять воду в толще хряща в виде водных полостей, создающих хорошую амортизацию, что в итоге повышает прочность соединительной ткани [1]. Глюкозамин снижает активность катаболических энзимов в хряще, включая матриксные металлопротеиназы, подавляет синтез оксида азота, стимулирует синтез хондроитинсерной кислоты [3].

Согласно мнению экспертов, относительно клинического результата, применение НПВП при ОА в сочетании с СД наиболее эффективными для снижения интенсивности боли считаются препараты: диклофенак, ацеклофенак, ибупрофен, кетопрофен (снижает интенсивность боли на 50% и более). По мнению экспертов, относительно клинического результата применения хондропротекторов при ОА в сочетании с СД, наиболее эффективным является сочетание хондроитина сульфата и глюкозамин сульфата, неомыляемых соединений авокадо и сои, гиалуронатов [4].

Для терапии нейропатического компонента хронической боли при ОА в сочетании с СД эксперты рекомендуют использование прегабалина (противосудорожное средство, вальпроат). При применении прегабалина возможно снижение дозы НПВП на ½ от стартовой. Прегабалин сочетается с сахароснижающими средствами, которые не оказывают клинически значимого влияния на клиренс прегабалина [8].

Цель исследования: провести анализ фармакотерапии остеоартрита у больных сахарным диабетом.

Задачи:

- 1) изучить возрастно-половой состав, социальный статус пациентов
- 2) провести исследование анамнеза больных
- 3) определить используемые фармакологические группы лекарственных препаратов для лечения остеоартрита
- 4) выявить особенности ведения больных с остеоартритом и сахарным диабетом.

При проведении исследования, были изучены 40 амбулаторных карт пациентов Центра профилактики остеоартроза ККБ №1, имеющие диагноз ОА и СД. Методом выкипировки данных из амбулаторных карт были определены возрастно-половые особенности, социальный статус, анамнез и фармакотерапия ОА у больных с СД. Все исследования были разделены на 2 группы в зависимости от рентгенологической стадии по Келлгрену – Лоренсу. В первую группу (основную) включены пациенты с I-Стадией ОА (23 чел.), а во 2 группу (сравнения) – с III-IV стадией ОА (17 человек). Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета прикладных программ «Statistic 5.5 for Windows».

В I группе встречались пациенты в возрасте 40-60 лет – 47,8 % и 60 лет – 30,4%. Во II группе было отмечено равное количество пациентов с возрастом 40-60 лет и старше 60 лет – 47,1%. В обеих группах преобладали пациенты женского пола (82,6% - 70,6%). Более половины всех пациентов в обеих группах - пенсионеры (60,9% - 58,8%). У обследуемых с остеоартрозом I-Ист. СД I типа встречался у 17,4%, у больных с ОА III-IV ст. с СД I типа встречается реже - 5,9%. Среди больных с ОА преобладал СД II типа: ОА I-II ст. - 82,6%, ОА III-IV ст. - 94,1%. Наиболее частой коморбидной патологией являлась артериальная гипертензия, которая наблюдается у 95,6% больных с ОА I-II ст., и у 88,2% - с ОА III-IV ст. ИБС наблюдалась у ОА I-II ст. - 30,4% больных в анамнезе и у 23,5% - с ОА III-IV ст. Перенесли инсульт в анамнезе 21,7% больных с ОА I-II ст. и 11,8% - с ОА III-IV ст. Бронхиальная астма встречается у 5,9% больных с ОА III-IV ст. Заболевания ЖКТ у 4,4% ОА I-Ист., и чаще встречается у больных с ОА III-IV ст. - 17,7%. Одним из неблагоприятных факторов для больных с ОА - является наличие ожирения, которое встречается у 73,9% больных с ОА I-Ист., и больных с ОА с ОА III-IV ст. - 76,5%. Наличие травм в анамнезе у 7,7% - больных с ОА I-II ст., и у 12,5% - с ОА III-IV ст.

Среди пораженных суставов чаще встречаются у больных с ОА I-II ст. - 34,8%, и коленных + тазобедренных суставов – 30,4%. У больных с ОА III-IV ст. чаще наблюдаются поражения в тазобедренном суставе и коленном + кистевидном - 35,3%.

Проведенный анализ фармакотерапии показал, что лечение проверенными препаратами из разных фармакологических групп среди пероральных НПВП пациенты с ОА I-II ст. чаще применяли нимесулид (39,1%) и мелоксикам (34,7%), в единичных случаях использовались: напроксен, кеторолак, кетопрофен и целекоксиб. Пациенты с ОА III-IV ст. принимали разные пероральные НПВП, несколько чаще они использовали кеторолак (23,5%), 17,7% пациентов принимали мелоксикам и нимесулид, 11,8% - кетопрофен и ацеклофенак и 5,9% - диклофенак. Среди местных НПВП, чаще других, больные из обеих групп принимали диклофенак 56,5% с ОА

I-II ст. и 52,9%- с ОА III-IV ст. несколько реже- кетопрофен (39,1%-41,1%). Нимесулид принимали в единичных случаях (4,3%-5,9%). Среди НПВП для парентерального введения все пациенты принимали диклофенак.

Среди хондропротекторов хондроитина сульфат получали 85% больных с ОА I-II ст., и 90,1%- больных с ОА III-IV ст. В редких случаях назначалась гиалуроновая кислота- 1 больному с ОА I-II ст. и препараты соединения авокадо и сои (7,1%-9,1%). Комбинированный хондропротектор терафлекс (глюкозамина гидрохлорид+ хондроитина сульфат) получали 55,6% больных с ОА I-II ст., и 66,7% -с ОА III-IV ст. Несколько реже принимали комбинированные препараты афлутоп (биоактивный концентрат из мягкой морской рыбы + хондроитина сульфат) 44,4% пациентов с ОА I-II ст., а с ОА III-IV ст. -33,3%.

Прегабалин получали 17,7% пациентов с ОА I-Ист. и 26,1% - с ОА III-IV ст.

С целью снижения ulcerогенного действия на слизистую оболочку желудка, всем пациентам назначались ингибиторы протонной помпы: омепразол получали 47,8% больных с ОА I-II ст., и 76,5% больных с ОА III-IV ст.; рабепразол – получали 52,2% больных с ОА I-II ст. и с ОА III-IV ст. -23,5%.

При опросе врачей, задумывались об особенностях применения фармакотерапии ОА при СД только 12,5% врачей.

Наряду с фармакотерапией ОА всем больным проводилось лечение основного заболевания СД: 52,2 % пациентов с ОА I-II ст. – получали инсулин, 43,5% - гипогликемические пероральные средства и 4,3%-получали комбинированную терапию.

Поскольку, в группе пациентов с ОА III-IV ст. преобладает СД II типа, больные преимущественно получали гипогликемические пероральные средства- 64,7%, 11,8% - получали инсулин и 23,5% - получали комбинированную терапию.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. В обеих исследуемых группах чаще встречались пациенты в возрасте более 40 лет, преимущественно женского пола, более половины пациентов - пенсионеры.
2. При изучении анамнеза, была выявлена различная коморбидная патология у пациентов обеих групп: наиболее часто встречались сердечно – сосудистые заболевания (АГ, ИБС, инсульты) и ожирение.
3. При фармакотерапии ОА у лиц с СД были использованы пероральные НПВП: нимесулид и мелоксикам, преимущественно назначались пациентам с ОА I-Ист.; у лиц с III-IV ст. – чаще использовался кеторолак; среди местных НПВП более половины пациентов принимали диклофенак, несколько реже кетопрофен. Для парентерального введения использовался только диклофенак. Среди хондропротекторов имеет преимущество в применении хондроитина сульфат; комбинированные хондропротекторы терафлекс и афлутоп назначались реже.
4. Для терапии хронической боли при ОА у исследуемых больных с СД применялись пероральные НПВП, снижающие интенсивность боли менее, чем на 50%. Преимущественное применение хондропротектора хондроитина сульфата у больных с СД оправдано тем, что он не влияет на уровень глюкозы в крови, в отличие от глюкозамина, также имеющимися клиническими данными о снижении холестерина и триглицеридов в плазме крови у пожилых пациентов с атеросклерозом. Особенностью фармакотерапии больных с ОА и СД является применение прегабалина для терапии нейропатического компонента хронической боли. Согласно опросу, только 12,5 % врачей учитывают особенности применения фармакотерапии ОА у больных СД.

УДК 616.89-008.47

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Климюк Ю.А.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, кафедра педиатрии №2

Научные руководители: д.м.н., проф. Шереметьева И.И., к.м.н., доц. Фуголь Д.С.

Целиакия – хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточная-опосредованная энтеропатия, которая характеризуется стойкой непереносимостью специфических белков эндосперма зерна некоторых злаковых культур с развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции [1].

МКБ 10: К 90 - целиакия (глютенчувствительная энтеропатия, идиопатическая стеаторея, нетропическая спру).

Поражение тонкой кишки при целиакии приводит к нарушению всех видов обмена веществ и формированию сочетанной патологии многих органов и систем. В настоящее время целиакия занимает одну из наиболее устойчивых позиций в структуре гастроэнтерологической патологии и характеризуется формированием спектра реакций с тревожной, тревожно-фобической, неврастенической, аффективной, ипохондрической симптоматикой. В клинической картине доминируют такие расстройства, как задержка психического развития, эпилепсия, синдром хронической усталости, мозжечковая атаксия, периферическая нейропатия [2].

С клинико-патогенетической точки зрения целиакия представляет собой хроническое заболевание с первичным поражением тонкой кишки вследствие аутоиммунного процесса, обусловленного токсического действия проламинов злаковых. Постепенное прогрессирование заболевания приводит к появлению различных симптомов, которые способствуют формированию и фиксации патологических личностных изменений у больных целиакией. В развитии психологических расстройств большую роль играют взаимосвязи личностно опосредованных реактивных образований со значимыми параметрами соматического заболевания [3, 4].

Назначение безглютеновой диеты в большинстве случаев приводит к полному восстановлению структуры слизистой оболочки тонкой кишки и исчезновению симптомов патологии пораженных органов [1, 3, 5].

Ввиду актуальности и наличия большого количества детей с целиакией в Алтайском крае, мы решили исследовать психический статус у данной категории лиц.

Для достижения нашей цели были поставлены следующие задачи: определить связь между появлением психических расстройств и БД, выявить гендерные различия психических расстройств в выбранной группе детей с целиакией.

Объект нашего исследования стали дети, являющиеся членами Алтайского общества целиакии. Нами был проанкетирован 101 ребенок. Из них 40 детей не нарушали БД, остальные 61 человек имели погрешность в безглютеновой диете.

Анкета содержала 4 блока:

I. Оценка речи, языка (11 вопросов).

II. Оценка коммуникативных навыков (18 вопросов).

III. Оценка сенсорных навыков и познавательной способности (18 вопросов).

IV. Оценка здоровья, физического развития, поведения (23 вопроса).

В процессе исследования было выявлено, что более половины пациентов с целиакией (70,1%) нарушают безглютеновую диету. Практически у половины детей, нарушавших данную диету, имеет место быть возникновение различной выраженности психических расстройств. Лидирующее место среди выявленных психических расстройств занимает агрессия (82%) и раздражительность (33%). Была отмечена взаимосвязь между появлением психических расстройств (16,7%) и соблюдением диеты (18,2%). В исследуемой нами группе было выявлено, что строгое соблюдение безглютеновой диеты предотвращает возникновение выявленных психических расстройств. Среди опрошенных были выявлены определенные гендерные различия психических расстройств: у мальчиков лидирующее место занимают такие расстройства как агрессия (65%), раздражительность (55%), беспокойство (50%), среди девочек большой процент занимает слезливость (48%).

Таким образом, на основании выявленной взаимосвязи между появлением психических расстройств и соблюдением безглютеновой диеты, можно рекомендовать пациентам следовать основным правилам этой диеты с целью предотвращения возникновения аутоиммунных процессов и ряда психических расстройств.

Пациенты, страдающие целиакией, требуют углубленного психиатрического (психотерапевтического) обследования и лечения.

В том случае, когда диагноз у пациента не установлен, а в клинике присутствуют такие психические расстройства как агрессия, возбуждение, раздражительность, плаксивость, можно рекомендовать обследование на целиакию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Целиакия у детей. // Под редакцией и М.О. Ревновой - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010г.
2. Старостина Е. Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Рус. мед. журн. 2004. Т. 12. № 22.
3. Целиакия у детей. / Под редакцией С.В. Бельмера и М.О. Ревновой - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – 392 с.
4. Бельмер С.В., Мухина Ю.Г., Гасилина Т.В. и др. Целиакия у детей: Стандарты диагностики и лечения. – СПб., 2010. – 13 с.
5. From Tack GJ Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2010
6. Green P. H.R., MD, Cellier C., MD, PhD. Celiac Disease. N.Engl.J.Med. 357; 17: 1731-1743.
7. Мухина Ю.Г., Бельмер С.В., Боровик Т.Э., Захарова И.Н. Диагностика и лечение целиакии у детей: методические рекомендации. – М., 2010. – 24 с.
8. Koning F. Toxicity of Prolamins in Celiac Disease / International Celiac Disease Meeting. Marobor; 2007. P. 49-54.
9. «Markers of Celiac Disease and Gluten Sensitivity in Children with Autism» Nga M. Lau, Peter H. R. Green, Annette K. Taylor, Dan Hellberg, Mary Ajamian, Caroline Z.Tan, Barry E. Kosofsky, Joseph J. Higgins, Anjali M. Rajadhyaksha, Armin Alaedini June 2013 | Volume 8 | Issue 6 | e66155
10. Dupont FM, Vensel WH, Tanaka CK, Hurkman WJ, Altenbach SB (2011) Deciphering the complexities of the wheat flour proteome using quantitative two-dimensional electrophoresis, three proteases and tandem mass spectrometry. Proteome Sci 9: 10
11. «The neurology of coeliac disease in childhood: what is the evidence? A systematic review and meta-analysis» Neurology of Childhood Coeliac Disease Elena Lionetti et al. 2010, 52: 700–707
12. Jabri B, Kasarda DD, Green PH (2005) Innate and adaptive immunity: the yin and yang of celiac disease. Immunol Rev 206: 219–231.
13. Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, et al. (2013) The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut 62: 43–52.
14. Briani C, Samaroo D, Alaedini A (2008) Celiac disease: from gluten to autoimmunity. Autoimmun Rev 7: 644–650.
15. Qiao SW, Iversen R, Raki M, Sollid LM (2012) The adaptive immune response in celiac disease. Semin Immunopathol 34: 523–540.

ВЫХОД ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТВАРЕ КОРНЕВИЩ БАДАНА ТОЛСТОЛИСТНОГО, ПРИГОТОВЛЕННОГО В АПТЕКЕ И ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Ковайкина Д.Д.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научные руководители: Жукова Н.М., Кириенко З.А.

Часто люди страдают диареей. Наиболее частой причиной диареи является слишком быстрое прохождение содержимого через кишечник. Вяжущие средства попадая в кишечник, препятствуют раздражению окончаний афферентных нервов и вызывают уменьшение перистальтики, т.е. обладают «закрепляющим» эффектом, снижая при этом чувство боли.

Различают острую и хроническую диарею. Острая диарея длится до двух недель, после чего её можно классифицировать как продолжительную, а затем и хроническую. От острой диареи различного генеза страдают порядка 1,7 миллиардов человек в год. Хроническая диарея, по разным оценкам, встречается у 7—14 % взрослого населения Земли.

К развитию острой или хронической диареи приводят несколько групп разных причин. Среди них как патологии отдельных органов пищеварительной системы, так и инфекции, нейрофункциональные и эндокринные расстройства, гормональноактивные опухоли, токсины, побочные действия лекарств.

Острая диарея:

Бактериальные инфекции (дизентерия, сальмонеллёзы, кампилобактериоз и др.)

Вирусные инфекции (ротавирусная инфекция, цитомегаловирус, СПИД, герпес и др.)

Энтеротоксигенные причины (стафилококки)

Паразитарные и грибковые инфекции

Попадание в организм токсикантов и лекарств (уремия, алкогольная интоксикация, побочные эффекты препаратов, длительный прием антибиотиков)

Хроническая диарея

Гастрогенные причины (нарушения в работе желудка: атрофические гастриты, резекция желудка, демпинг-синдром)

Хронический панкреатит

Нарушения в работе печени (обструкция желчных протоков)

Нарушения в работе тонкого кишечника (непереносимость лактозы, болезнь Крона, болезнь Уиппла, лимфофолликулярная гиперплазия, синдром короткой кишки)

Нарушения в работе толстого кишечника (язвенный колит, болезнь Крона, ишемический колит, псевдомембранозный энтероколит, коллагеновый колит, лимфоцитарный колит, эозинофильный колит, полипоз, опухоли)

Нейрофункциональные причины (синдром раздраженного кишечника)

Эндокринные причины (сахарный диабет, тиреотоксикоз, болезнь Аддисона)

Сосудистые причины (ишемия тонкого кишечника, васкулиты)

Гормонально-активные опухоли (ВИПома, гастринома, карциноид, медуллярная карцинома щитовидной железы)

Многие люди при диарее, как острой, так и хронической применяют лекарственное растительное сырьё, обладающее вяжущим действием (содержащие дубильные вещества/танины). Одним из таких видов сырья являются корневища бадана толстолистного.

Галеновые препараты бадана толстолистного оказывают вяжущее, противовоспалительное действие, кровоостанавливающее и бактериостатическое действие.

Водный и водно-спиртовой экстракты обладают высокой Р-витаминной активностью, укрепляют стенки капилляров, оказывают местное сосудосуживающее действие. Они частично понижают АД и несколько увеличивают ЧСС.

Отвар корневищ бадана (10,0:200,0) благодаря удачному сочетанию природного комплекса биологически активных веществ обладает вяжущим, противовоспалительным, кровоостанавливающим, антисептическим и противомикробным действием. Оказывает бактериостатическое действие в отношении возбудителей дизентерии.

Применяют для лечения желудочно-кишечных заболеваний воспалительного происхождения: колитов, энтероколитов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При острой бактериальной дизентерии используют в комплексе с антибиотиками и другими препаратами.

Цель исследования: определить выход дубильных веществ из отвара корневищ бадана толстолистного, приготовленного в домашних условиях и в аптеке.

Задачи:

Определить содержание дубильных веществ в корневище бадана толстолистного методом перманганатометрии в отварах, приготовленных в условиях аптеки.

Определить содержание дубильных веществ в отваре корневищ бадана толстолистного, приготовленного в домашних условиях.

Сделать вывод о разнице содержания дубильных веществ в отварах бадана толстолистного, приготовленных в аптечных и домашних условиях.

Определение суммы дубильных веществ в отваре корневищ бадана толстолистного в аптеке.

Для исследования нам понадобились технологические приборы, такие как: керамическая инфундирка, инфундирный аппарат, ватно-марлевый тампон для процеживания и флакон, в который помещается отвар.

В керамическую инфундирку, предварительно прогретую в течение 10 минут в инфундирном аппарате, помещают измельченное сырье корневищ бадана толстолистного в соотношении 1:10 (1,0 сырья к 100 мл воды) и заливают водой с учетом коэффициента водопоглощения (Государственная фармакопея РФ – XIII изд.). На кипящей водяной бане отвар настаивают 30 минут, т.к. отвар содержит дубильные вещества, которые при охлаждении выпадают в осадок, его не охлаждают, а сразу процеживают.

Определение содержания дубильных веществ проводилось методом перманганатометрии в пересчете на танин. Содержание суммы дубильных веществ в пересчете на танин в процентах (должно быть не менее 20%), вычисляют по формуле:

$$X = \frac{(V - V_1) * 0,004157 * 250 * 100 * 100}{\alpha * 25 * (100 - W)}$$

где:

V – объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование водного извлечения, мл;

V₁ – объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование контрольного опыта, мл;

0,004157 – количество дубильных веществ, соответствующее 1 мл калия перманганата раствора 0,02 М (а пересчете на танин), г;

α – навеска сырья, г;

W – влажность лекарственного растительного сырья, %;

250 – общий объем водного извлечения, мл;

25 – объем водного извлечения, взятого для титрования, мл.

При приготовлении отвара в аптечных условиях выход танина из сырья равен:

$$X = \frac{(66,2 - 17,6) * 0,004157 * 100 * 100}{10 * 25 * (100 - 14\%)} = 23,49\%$$

Определение суммы дубильных веществ в домашних условиях

1 ст.л. сырья поместить в эмалированную посуду, залить 200 мл горячей кипяченой воды, закрыть крышкой и нагревать на кипящей водяной бане в течение 20 минут, процедить. Оставшееся сырье отжать, объем полученного отвара довести до 250 мл.

При приготовлении отвара в домашних условиях выход танина из сырья составил:

$$X = \frac{(65 - 17,6) * 0,004157 * 250 * 100 * 100}{10 * 25 * (100 - 14\%)} \approx 22,91\%$$

Таким образом, разница между выходом танина в отвар, приготовленный в аптеке, и отвар, приготовленный в домашних условиях, равна 0,58%, что говорит о практически одинаковом процентном содержании дубильных веществ в отваре корневищ бадана толстолистного.

Исходя из проведенных исследований, можно сделать следующие выводы:

Разница между выходом танина в отвар из корневищ бадана, приготовленного в разных условиях, менее 1%.

Содержание дубильных веществ в отварах, приготовленных в аптечных и домашних условиях соответствует требованиям ГФ XIII изд.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. И. В. Гравель, А. А. Сорокина. Фармакогнозия. Учебное пособие. Москва 2010-200с.
2. И. В. Гравель. Фармакогнозия. Рабочая тетрадь к практическим занятиям ГЭОТАР – Медиа 2010-200с.
3. Е. В. Жохова, М. Ю. Гончаров. Фармакогнозия: учебник. ГЭОТАР – Медиа 2012-544с.
4. А. Я. Свида. Фармакогнозия 2010-617с.
5. И. А. Самылина, А. А. Сорокина. Фармакогнозия. Учебная практика. Медицинская информационное агентство (МИА) 2011-432с.
6. Государственная фармакопея РФ (I часть) – XIII изд. – М.: «Медицина» 2015г.

РАЗВИТИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ, КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Ковалева К.В.

Красноярский государственный Медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого г. Красноярск

Особенности исторического развития нашей страны и её общественного уклада серьёзно повлияли на менталитет нации, создав благоприятные условия для возникновения беспомощности у людей, главными из которых являются непредсказуемость и неконтролируемость событий.

В старшем дошкольном возрасте закладывается огромная база для дальнейшего развития ребенка, именно в этот возрастной период идет закладывание основ к формированию волевой, мотивационной, эмоциональной и когнитивной сфер, что особо значимо в рамках изучения выученной беспомощности.

Ключевые слова: выученная беспомощность, волевая, эмоциональная, когнитивная сферы.

Выученная беспомощность – это психологическое состояние, которое включает нарушения непосредственно в мотивацию личности. Мотивационный дефицит проявляется в неспособности действовать, активно вмешиваясь в ситуацию. Многие отечественные психологи (В.Г. Асеев, В.Н. Мясищев, Б.Ф. Ломов, А.Н. Леонтьев и др.) считают, что мотивация как движущая сила человеческого поведения занимает ведущее место в структуре личности, пронизывая её основные структурные образования. Поэтому именно изучение мотивационного компонента в структуре выученной беспомощности представляется важным.

Свое официальное начало и дальнейшее развитие теория выученной беспомощности получила в зарубежной психологии (Л. Абрамсон, Л. Аллой, М. Висинтайнер, К. Двек, Э. Динер, С. Майер, Г. Металски, Б. Овермайер, К. Петерсон, А. Стоун, М. Селигман, Дж. Тисдейл, Д. Хирото, Х. Хекхаузен).

В отечественной психологии в 90-е гг. было предложено рассмотрение беспомощности не только как состояния (выученная беспомощность), (Н.А. Батурин, И.В. Девятковская, В.С. Ротенберг, В.Г. Ромек), но и как устойчивого специфического образования личностного уровня, включающее в себя сочетание определенных личностных особенностей, пессимистический атрибутивный стиль и склонность к невротическим нарушениям (депрессивность и тревожность), которое получило название личностной беспомощности (Д.А. Циринг). Д.А. Циринг определена структура личностной беспомощности.

В отечественной психологии проблемой мотивации занимались (А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн, Л.И. Божович). В зарубежной психологии вопросами мотивации занимались А. Маслоу, Х. Хекхаузен, А. Адлер, А.А. Реан, Шварцландер и другие.

Старший дошкольный возраст наиболее глубоко и содержательно представлен в работах Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, В.В. Давыдова, Л.И. Божович Л.А. Венгера, А.В. Запорожца, З.М. Истоминой, А.Н. Леонтьева, В.С. Мухиной, Ж. Пиаже, Н.Н. Поддъякова, СЛ. Рубинштейна, А.П. Усовой и др.

Существует ряд работ, посвящённых мотивационному компоненту выученной беспомощности. Но пока не были подробно исследованы особенности мотивационного аспекта выученной беспомощности у старших дошкольников. Именно этой проблеме и посвящено настоящее исследование.

Выученная беспомощность это нарушение способности преодоления имеющихся трудностей, отказ от каких-либо действий для их разрешения на основе опыта предшествующих неудач в сходных ситуациях;

Возникновение беспомощности в детском возрасте определяется рядом факторов: серией неудач или следующих друг за другом негативных жизненных событий или негативным событием; специфическими личностными особенностями индивида; нарушением детско-родительских отношений в семье.

Методики исследования: методика изучения произвольности поведения и внимания у детей Г.А. Урунтаевой; методики «Домик», «Да и нет», «Сапожки» Н.И. Гуткиной, методика «Изучение волевых проявлений» (Г.А. Урунтаева).

Исследование проводилось на базе МБДОУ «Детский сад № 257». В исследовании приняли участие 30 детей старшего дошкольного возраста.

Были проанализированы результаты исследования, данные анализа представлены далее по каждой методике.

Результаты исследования доминирующего мотива в сфере дошкольников показали, что познавательный мотив был ведущим в данном эксперименте у 18 детей. У 12 детей ведущим был игровой мотив. Для чистоты эксперимента были выбраны равнозначные стороны: новые игрушки; новая книга с красочными картинками и увлекательными сказками. . Таким образом, у детей в группе доминирует познавательный мотив, что соответствует готовности к школе в данной сфере. Лишь у 40 % детей доминирует игровой мотив.

Дети рисуют правой рукой, работают с образцом по-разному.

- 16 детей (53 %) сначала проводят воздушные линии над рисунком образом, повторяя контуры картинки;
- 5 детей (17 %) сверяют сделанное с образцом;
- 9 детей (30 %) рисуют в основном по памяти, мельком бросая взгляд на рисунок.

Темп рисования у детей разный:

- 19 детей (63 %) рисуют быстро;
- остальные 11 детей (37 %) медленно.

Дети так были заняты выполнением задания, что не отвлекались даже на посторонние шумы. 16 детей (53 %) во время рисования задавали вопросы, уточняли выполнение тех или иных деталей. По окончании работы никто из детей не сверился с образцом, а постарались быстро отдать выполненную работу. Ошибки в выполнении задания были в целом типичные:

- прорисовка прописных букв;
- количество линий забора и дыма;
- основные детали выполнены (стены, окно, труба, крыша);

Необходимо сделать вывод о том, что 18 детей имеют внутренние мотивы для обучения в школе, понимают и осознают, что их в дальнейшем ожидает в учебной жизни. Дети могут действовать по правилам и контролировать произвольность психических процессов. Учебные мотивы у детей подготовительной к школе группе уже присутствуют и проявляются в процессе исследования. Развитие мотивационной сферы соответствуют началу школьного обучения. У 12 детей еще не сформированы мотивы для обучения к школе. Развитие мотивационной сферы не соответствует началу школьного обучения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что 18 детей (60%) обучаемы, понимают учебную задачу, закрепляют правила и затем их используют в решении задач. Достаточно многим (12 детей- 40 %) часто нужен зрительный образ - подсказка, но, тем не менее, при решении последних задач подсказка закрыта. Дети обучаемы, но темп обучаемости у медленный.

В целом, подводя итог по результатам, оценивающим особенности волевых проявлений у детей, видно, что отмечаются некоторые трудности в сформированности регуляции своей деятельности, в проявлении излишних эмоций примерно у 35% детей, в организации работы, в доведении дела до конца, в сдерживании своих эмоций и т.д.

Исходя из анализа данных методики исследования особенностей волевых проявлений у детей старшего дошкольного возраста, можно отметить, что у 35% (11 детей) группы присутствует синдром выученной беспомощности. У этих детей наблюдается повышенный уровень тревожности, неуравновешенность, отсутствие инициативы, неуверенность в себе, расстройство эмоциональной сферы.

Именно у этих детей низкий уровень мотивации к обучению в школе, доминирует игровой мотив, а не познавательный. Уровень развития мотивационной сферы не соответствует возрасту. Уровень обучаемости медленный.

Были выявлены особенности мотивационной сферы и эмоционально-волевой сферы дошкольников. У 11 дошкольников имеются нарушения в мотивационной сфере и присутствует синдром выученной беспомощности. Был сделан вывод о том, что процесс специально организованной системы коррекционных мероприятий будет способствовать эффективному развитию мотивационной сферы, как формы профилактики выученной беспомощности старших дошкольников.

Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Целенаправленное формирование интересов и мотивации учения.
2. Развитие у детей познавательных процессов и способностей, необходимых для успешного обучения в школе.
3. Развитие произвольности поведения.
4. Развитие личности ребенка через самовыражение и творчество.
5. Развитие эмоционально-волевого поведения дошкольников.

Выстраивая программу развивающих занятий, прежде всего, ориентировалась на возрастные характеристики детей, на их опыт, умение, на их интерес как энергетическую основу регуляции взрослым познанием, общением и поведением ребенка. При организации занятий с детьми принимали во внимание не только наличие возможности ребенка, но и «зону его ближайшего развития». Основным критерием здесь выступает способность ребенка справиться с игровым заданием при некоторой помощи взрослого [26; 27].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрахам, К. Классические психоаналитические труды: пер. с англ. / К. Абрахам, Э. Гловер, Ш. Ференци М.: Когито-Центр, 2009. – 224 с.
2. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии: пер. с нем. / вступ.ст. А. М. Боковой. / А. Адлер. - М.: Просвещение, 1995. – 291 с.
3. Батурин, Н.А. Ситуативная и личностная беспомощность / Н.А. Батурин // Материалы 52-й науч. конф. преподавателей фак. психологии / под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. - С. 21–22.
4. Барташников, И.А. Учись играя. Тренировка интеллекта. Игры и тесты для детей 5-7 лет / И.А. Барташников, А.А. Барташников. – Харьков: Фолио, 1997.- 412с.
5. Безруких, М.М., Ребенок идет в школу / М.М. Безруких, С.П. Ефимова. – М.: Академия, 2000.-248с.
6. Божович, Л.И. Проблемы развития мотивационной сферы ребёнка / Л.И. Божович //Изучение мотивации поведения детей и подростков. - М.: «Просвещение», 1972. – 352 с.
7. Божович, Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии. - 1978. - №4. - С.28-35.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖНЕ-ИНГАШСКОГО РАЙОНА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Ковбаса С.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. А.В. Гордиев, д.м.н., доц. Галактионова М.Ю.

Актуальность. Формирование установки на ЗОЖ лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение здоровья общества. Приобщение человека к ЗОЖ следует начинать с формирования у него мотивации здоровья. Мотивация здоровья формируется на базе двух важных принципов — **возрастного**, согласно которому воспитание мотивации здоровья необходимо начинать с раннего детства, и **деятельностного**, по которому мотив здоровья следует создавать через оздоровительную деятельность по отношению к себе, т.е. формировать новые качества путем упражнений.

Стиль здоровой жизни определяется разными мотивами. Назовем главные из них:

Мотивация самосохранения: человек не совершает того или иного действия, зная, что оно угрожает его здоровью и жизни.

Мотивация подчинения этнокультурным требованиям: человек подчиняется этнокультурным требованиям потому, что хочет быть равноправным членом общества и жить в гармонии с его членами. В течение длительной социальной эволюции общество отбирало полезные привычки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов. Все это передавалось в определенном этносе от поколения к поколению в виде табу или традиций.

Мотивация получения удовольствия от здоровья: эта простая гедоническая (наслажденческая) мотивация, ибо ощущение здоровья приносит радость.

Мотивация самосовершенствования: выражается в осознании того, что, будучи здоровым, можно подняться на более высокую ступень общественной лестницы. Эта мотивация весьма существенна для выпускников средних и высших учебных заведений, когда необходимо быть конкурентоспособным, чтобы добиться высокого уровня общественного признания. У здорового выпускника больше шансов на успех.

Мотивация маневрирования: она сводится к тому, что здоровый человек сможет по своему усмотрению изменять свою роль и свое местоположение в сообществе. Здоровый человек может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую, он чувствует себя свободным независимо от внешних условий.

Мотивация сексуальной реализации формулируется так: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». Сексуальная потенция мужчины и женщины находится в прямой зависимости от здоровья. А молодому человеку архиважно быть сексуально привлекательным.

Мотивация достижения максимально возможной комфортности, сущность которой сводится к тому, что здорового человека не беспокоит физическое и психологическое неудобство. Люди, у которых все мотивации одинаково значимы, встречаются крайне редко. Более того, непомерная озабоченность такого человека своим здоровьем дает повод задуматься: а не слишком ли он занят проблемами здорового образа жизни и не приобрела ли эта озабоченность болезненный характер?

Исследования показали, что старшеклассники, понимают ЗОЖ, в основном, как следование хорошо известным положениям: «Больше двигаться!», «Беречь нервы!», «Закаляться!», «Не пить!», «Не курить!», «Не употреблять наркотики!» и т.д. Однако перечисленные положения не стали для многих руководством в поведении. Это связано с тем, что, во-первых, рекомендации по ЗОЖ насаждаются в назидательной, категоричной форме и не вызывают у молодых людей положительных эмоций; во-вторых, сами взрослые редко придерживаются указанных правил в повседневной жизни; в-третьих, средства массовой информации в привлекательной форме рекламируют (культивируют) нездоровый образ жизни; курение сигарет и неумеренное употребление пива расцениваются как престижные атрибуты молодежной (и не только молодежной) субкультуры. В связи с этим формирование мотивации ЗОЖ у школьников требует усилий. Поскольку эффект этих усилий проецируется на будущее и не каждый в состоянии решить эту задачу самостоятельно, необходима нацеленность системы воспитания и образования на формирование у учащихся культуры здоровья. Начинать надо с формирования установки на ЗОЖ.

Создать установку (готовность) на ЗОЖ еще недостаточно. Главное — реализовать ее.

Справиться с этими трудностями поможет следование простым рекомендациям:

Ставьте перед собой конкретные, реальные цели. Прежде всего, определите, чего именно в отношении вашего здоровья вы хотели бы добиться. Поставьте перед собой реальную цель. Ее достижение придаст вам уверенность, необходимую в дальнейшем. **Будьте готовы к тому, что достижение цели требует времени.** Будьте оптимистами, помните, что совершенство — в принципе недостижимая цель.

Вознаграждайте себя. Один из важнейших законов психологии гласит, что закрепляется лишь тот вид поведения, за которым следует подкрепление.

Сделайте готовность к здоровому образу жизни устойчивой. Совместными усилиями это делать легче, поскольку в группе вы поддерживаете друг друга.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, пропаганда ЗОЖ является в обязанность каждому медицинскому работнику. При этом используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды. Метод устной пропаганды — самый эффективный, популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины. Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Его средства: статьи, санитарные бюллетени и листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги. Комбинированный метод — средство массовой пропаганды, одновременно воздействующее на слуховые и зрительные анализаторы.

Цель. Изучение научных подходов к стимулированию мотивации к здоровому образу жизни у детей и подростков, санитарно-просветительных методов работы с населением разных возрастов по вопросам мотивации к здоровому образу жизни. Подготовка программы патриотической акции для населения района и апробация ее на практике.

Материалы и методы. Изучены методы устной и печатной санитарно-просветительной работы. Проведено анкетирование школьников по вопросам здорового образа жизни. Проведено консультирование школьников 7-11 классов, родителей по вопросам формирования мотивации к здоровому образу жизни в населенных пунктах Нижне-Ингашского района Красноярского края (села Нижняя Пойма, Нижний и Верхний Ингаш, Кучерово, Павловка, Ивановка, Тины) в период 1-10 февраля 2016 года. Мероприятие организовано студенческим штабом КрасГМУ при поддержке администрации ВУЗа и Н-Ингашского района рамках проведения совместной патриотической акции «Снежный десант».

Результаты и выводы. В рамках акции «Снежный десант» проведено посещение 7 населенных пунктов на территории Н-Ингашского р-на Красноярского края. В каждом населенном пункте проводились встречи с населением, детьми 7-11 классов школ. В одиннадцати школах района студентами было проведено 49 лекций и семинаров по темам здорового образа жизни, профориентации, репродуктивному здоровью девочек и мальчиков, правильному питанию и физической активности, профилактике вредных привычек. Кроме этого были проведены тренинги по лидерству, самообороне и правилам оказания первой медицинской помощи. Также для школьников района проводились различные мастер-классы и флэшмобы. А после обеда бойцы отряда отправлялись в гости к ветеранам, нуждающимся в практической помощи. Убирали снег, кололи дрова, доставали воду, мыли полы. А вечером в доме культуры отряд проводил большую концертную программу для жителей всего села (фото 1, 2, 3).

По итогам работы отряд студентов был награжден благодарственным письмом главы Н-Ингашского района «За развитие и проведение социальной акции «Снежный десант». О работе отряда была опубликована статья в районной газете «Победа» и показан репортаж на телеканале «Енисей». Однако сами бойцы считают главной заслугой даже не это, а горящие глаза детей, улыбки учителей, благодарность ветеранов и незабываемые эмоции. По общему мнению бойцов отряда зимние студенческие каникулы прошли просто прекрасно, а проведенная акция видится теперь началом новой главы в истории студенческих штабов КрасГМУ. Команда патриотической акции благодарит за поддержку штаб студенческих отрядов, администрацию КрасГМУ и Н-Ингашского района, научных руководителей проекта доцентов Гордиец А.В. и Галактионову М.Ю. за оказанную помощь и надеется на продолжение акции в дальнейшем.



Фото 1. Проведение помощи ветеранам (колка дров).



Фото 2. Вечерний концерт в клубе.



Фото 3. Урок здоровья в школе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы формирования здоровья детей : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности 060103.65 – Педиатрия (очная форма обучения) / сост. А.В. Гордиец, М.Ю. Галактионова, Е.И. Прахин [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2015. – 266 с.

УДК: 616-002

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОЦЕССЕ ВОСПАЛЕНИЯ

Козлякова В.Н., Иванец Е.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической физиологии им. проф. В.В. Иванова

Научный руководитель: д.м.н., доц. Е. Ю. Сергеева.

Воспаление как процесс является неотъемлемой частью борьбы макроорганизма с повреждением тканей и органов, в том числе вследствие попадания не содружественных микроорганизмов. Данный процесс можно рассматривать как аварийную защиту организма вследствие невозможности выведения повреждающего агента из организма путем физиологического удаления. Таким образом, воспаление является целесообразным защитно-приспособительным процессом, направленным на уничтожение, инактивацию и ликвидацию повреждающего агента, а также восстановление поврежденных структур организма. Нарушения или изменения какого-либо из этапов данного процесса может привести к неблагоприятным последствиям для макроорганизма. Полное отсутствие воспалительной реакции способно привести к катастрофическим исходам проникновения повреждающего агента. Расшифровка механизмов воспаления является фундаментальной проблемой общепатологического уровня, поскольку большинство заболеваний человека прямо ассоциированы с воспалительным процессом.

В соответствии с этим, для данной работы была сформирована цель осветить процесс воспаления с точки зрения современных представлений, основанных на проведенных исследованиях зарубежных и российских

ученых. Для этого был проведен анализ зарубежной и русскоязычной литературы, выделены общие закономерности и особенности формирования процесса воспаления, которые последующем были объединены в нижеизложенный обобщенный материал, на основе которого был разработан информационный стенд для кафедры патологической физиологии Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Выделяют несколько причин развития воспаления. Во-первых, это инфекционные агенты (бактерии, вирусы, грибы, простейшие) и микробиологические токсины. В зависимости от конкретного возбудителя, воспалительная реакция может варьироваться по своей интенсивности, превалирующему клиническому признаку, продолжительности и масштабности действия. Во-вторых, причиной воспаления может являться некроз тканей. В этом случае не имеет значение, что стало причиной гибели клеток – некоторые молекулы, высвобождающиеся при некрозе клеток, вызывают воспаление. В-третьих, появление инородного тела в организме можно также рассматривать как причину воспалительной реакции. Так, инородные тела могут вызывать воспаление самостоятельно или стать причиной механического повреждения, которое так же вызовет воспаление. В-четвертых, иммунные реакции (в том числе аутоиммунные) характеризуются провокацией воспалительной реакции.

Стоит отметить, что любая клетка способна отвечать на воздействие повреждающего фактора. Со стороны клетки повреждающие факторы можно классифицировать следующим образом. К первой группе относятся различные микродефекты клеточных структур и изменения жизненно важных параметров среды (гипоксия, нарушения кислотно-щелочного равновесия), паразитирование со стороны вирусов и других внутриклеточных организмов. Ко второй группе следует отнести действие на клетку, а точнее на клеточные рецепторы, молекул, несущих информацию о возможности повреждения. Эти молекулы «предупреждают» клетку о наличии микроорганизмов или иных факторов, представляющих потенциальную опасность. Посредством контакта обозначенных молекул с рецепторами клетка распознает принципиальный образ опасных для нее явлений. Молекулярная основа подобного распознавания – взаимодействие паттерн-распознающих рецепторов (PRR) с PAMP (pathogen-associated molecular pattern) и/или DAMP (damage-associated molecular pattern). В качестве PAMP выступают постоянные структуры микроорганизмов, не имеющие строгой видовой специфичности, а DAMP – молекулы эндогенного происхождения, свидетельствующие о наличии тканевого повреждения: продукты деградации коллагена, некоторые ядерные белки, фрагменты РНК и ДНК, мембранные фосфолипиды, тканевой фактор и ряд других продуктов повреждения клеток и межклеточного матрикса. Третья группа представлена действием на клетки антигенспецифичных факторов иммунного ответа, например взаимодействие иммунного комплекса с Fc-рецепторами или взаимодействие Т-клеточного рецептора с комплексом антигенный пептид + HLA I и II классов. [1]

Процесс воспаления включает две генетически детерминированные программы, которые взаимно дополняют друг друга в ходе реализации. Это ответ на локальном уровне и системная воспалительная реакция. [5] На локальном уровне сущность воспаления можно представить как реакцию, направленную, в первую очередь, на изоляцию, затем устранение повреждающего фактора и регенерацию как конечный итог. Основную функциональную роль в очаге воспаления играют клетки-мигранты воспалительного инфильтрата.

Типичная воспалительная реакция развивается последовательно в несколько шагов. В процессе острого воспаления можно выделить три основные составляющие: расширение мелких сосудов, повышение проницаемости сосудов, миграция лейкоцитов к очагу воспаления. [10]

В момент проникновения патогенного агента в ткань, первым он контактирует с фагоцитами, которые пытаются устранить чужеродное тело. В это же время фагоциты и прочие надзорные клетки выделяют медиаторы воспаления. Медиаторами воспаления являются вещества, которые инициируют и регулируют воспалительные реакции. Наиболее важными являются вазоактивные амины, липидные продукты (простагландины и лейкотриены), цитокины, в том числе и хемокины, а также продукты активации комплемента. [9]

Вслед за выделением медиаторов происходит реакция кровеносных сосудов. Происходит расширение сосудов, следствием которого является повышение проницаемости сосудов (так называемая сосудистая утечка). Происходит увеличение межэндотелиального пространства. Также происходит ответ лимфатических сосудов. Лимфоток увеличивается, что способствует оттоку жидкости, которая проникла в ткань вследствие увеличения проницаемости микрососудистого русла.

Следующим шагом является миграция лейкоцитов к участку воспаления. В просвете сосуда отмечается скопление лейкоцитов в локализации воспаления, их роллинг и последующая адгезия к эндотелию сосудов. При воспалении эндотелий активирован и может связываться с лейкоцитами, которые мигрируют по стенкам сосуда в ткань по направлению к хемотаксическому раздражителю.

Окончательным этапом воспалительной реакции является фагоцитоз, разрушение и выведение патогенного агента, а затем регенерация. Во время этого шага действуют также внеклеточные ловушки нейтрофилов (ВЛН). Это внеклеточные фибриллярные сети, которые обеспечивают высокую концентрацию противомикробных веществ и предотвращают распространение агента путем его захвата фибриллами. ВЛН осуществляется в ответ на появление возбудителей (чаще бактерий и грибов) и медиаторы воспаления.

Несмотря на аксиомные положительные компоненты воспаления относительно попавшего провоцирующего агента, у процесса воспаления есть отрицательные стороны.

Если воспалительная реакция происходит рядом с участками накопления адипоцитов, может произойти хронизация процесса. [2] Жир является ловушкой массы жирорастворимых биологически активных веществ, в том числе иммунных комплексов, цитокинов и других веществ, запускающих процесс воспаления, поэтому при определенных условиях избыточное накопление висцерального жира, видимо, сопровождается концентрированием провоспалительных регуляторов и запускает процесс воспаления в самих адипоцитах. В свою очередь это вызывает усиленную миграцию макрофагов, их предшественников и самих тучных клеток в жировую клетчатку. С этого момента процесс воспаления жировой клетчатки приобретает хронический и аутоиммунный характер.

Также в ходе исследования было выявлена роль воспалительной реакции в формировании и развитии колоректального рака. [11] Клетки иммунной системы, располагающиеся в микроокружении зачатка злокачественного новообразования, секретируют провоспалительные цитокины, хемокины, факторы роста и активные формы кислорода, которые приводят к повреждению ДНК. Таким образом, воспалительный процесс играет одну из ключевых ролей в образовании и развитии коллатерального рака.

Воспаление – процесс неоднозначный, контроль над которым может повлечь за собой разнообразные последствия. При стимуляции воспалительного процесса можно усилить реакцию организма на попадание патогенного агента, что ускорит выздоровление. С другой стороны, неконтролируемое воспаление может способствовать развитию других патологий, вред от которых может превышать пользу от локального ответа на повреждение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.П. Парахонский Защитно-приспособительный характер острого и хронического иммунного воспаления / А.П. Парахонский // Естественно-гуманитарные исследования – 2014. – № 4 (6).
2. Т. С. Свеклина Метаболический синдром и воспаление: актуальные вопросы патогенеза / Т. С. Свеклина, М. С. Таланцева, А. В. Барсуков // Лабораторная диагностика – 2013. – № 3. – С. 7-10.
3. В. Ю. Титов Высококочувствительный и высокоспецифичный детектор воспаления / В. Ю. Титов, М. В. Крейнина и др. // Вестник Российского государственного медицинского университета – 2015. – № 4. – С. 51-57.
4. В.А. Черешнев Иммунологические механизмы локального воспаления / В.А. Черешнев, М. В. Черешнева // Медицинская иммунология – 2011. – № 6. – С. 557-568.
5. В. А. Черешнев Иммунологические и патофизиологические механизмы системного воспаления / В. А. Черешнев, Е.Ю. Гусев // Медицинская иммунология 2012 – № 1-2. – С. 9-20.
6. Inka Albrecht Development of autoantibodies against musclespecific / Inka Albrecht, Cecilia Wick и др. // The Journal of Clinical Investigation 2015 – Vol. 125, № 12.
7. Amanda L. Hernandez Sodium chloride inhibits the suppressive function of FOXP3+ regulatory T cells / Amanda L. Hernandez, Alexandra Kitz и др. // The Journal of Clinical Investigation 2015 – Vol. 123, № 10.
8. Weiyun Li STK4 regulates TLR pathways and protects against chronic inflammation-related hepatocellular carcinoma / Weiyun Li, Jun Xiao и др. // The Journal of Clinical Investigation 2015 – Vol. 125, № 12.
9. Diana C. T. Palomino Chemokines and immunity / Diana Carolina Torres Palomino, Luciana Cavaleiro Marti // Reviewing Basic Sciences
10. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease 9e
11. Łukasz Szyłberg Large Bowel Genetic Background and Inflammatory Processes in Carcinogenesis – Systematic Review / Łukasz Szyłberg, Marlena Janiczek и др. // Adv Clin Exp Med 2015 – № 4. – С. 555-561.
12. Jun Tang Inhibiting macrophage proliferation suppresses atherosclerotic plaque inflammation / Jun Tang, Mark E. Lobatto, и др. // Science Advances 2015 – Vol. 1, № 3

УДК 616.8 – 009.18 – 089.2

АВТОРСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ РАВНОВЕСИЯ И ХОДЬБЫ ОСНОВАННЫЙ НА СМЕЩЕНИИ ЦЕНТРА ТЯЖЕСТИ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛО-АТАКТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Колобкова О.В., Паршина К.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Прокопенко С.В., к.м.н., асс. Аброськина М.В., асс. Кайгородцева С.А.

Инсульт в настоящее время является важной медико-социальной проблемой в России и во всем мире. Ежегодно в мире регистрируется около 12 миллионов инсультов, из них на долю Российской Федерации приходится 400 000– 450 000 случаев. Около трети пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи в быту, а 20% не могут самостоятельно передвигаться[2]. После инсульта риск падений увеличивается вследствие

развития парезов, нарушений равновесия, нарушений зрения, нарушений когнитивной деятельности и потери чувствительности [10]. Атактические нарушения при инсульте развиваются в 38-46% случаев[8]. Таким образом, создание и внедрение новых методов лечения и реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является актуальной задачей.

Цель работы - создать и оценить эффективность авторской методики коррекции стато-локомоторных функций, основанной на смещении центра тяжести в вертикальной, сагитальной, фронтальной плоскостях у пациентов с вестибуло-атактическим синдромом в восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ).

Задача предлагаемой авторской методики заключается в повышении эффективности лечения нарушений равновесия и ходьбы и уменьшении риска падений у пациентов с умеренным и выраженным вестибуло-атактическим синдромом в восстановительном периоде ишемического инсульта в ВББ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Центра нейрореабилитации СКЦ ФМБА России. В исследование вошли 47 пациентов с умеренным и выраженным вестибуло-атактическим синдромом в восстановительном периоде инсульта в ВББ. Критериями включения пациентов в исследование являлись: диагноз ишемический инсульт в ВББ, ранний и поздний восстановительный период инсульта, наличие умеренного или выраженного вестибуло-атактического синдрома, отсутствие ортопедической патологии в анамнезе. Критериями исключения из исследования являлись: острый период инсульта, наличие лобно-подкорковой дисбазии, наличие пареза умеренной, выраженной или грубой степени выраженности, наличие сенсорных нарушений грубой, выраженной, умеренной степени выраженности, наличие выраженной спастичности, затрудняющей выполнение пассивных движений, наличие когнитивных нарушений в стадии деменции, нарушение равновесия и ходьбы в анамнезе, тромбоз в анамнезе, декомпенсация соматической патологии.

Все пациенты были рандомизированы в две группы. В основной группе пациенты проходили реабилитацию по авторской методике коррекции нарушения равновесия и ходьбы, в группе сравнения пациенты проходили тренировки на аппарате с биологической обратной связью. Комплексное восстановительное лечение в основной и контрольной группе включало: стандартную медикаментозную терапию, физиолечение, массаж.

Метод реабилитации путем смещения ЦТ в вертикальной плоскости включает в себя выполнение определенного комплекса упражнений на спортивном батуте диаметром 1,2 м и площадью 4м² (HasttingsSquare 6ft x 9ft). Комплекс упражнений включал в себя: стояние на батуте со стопами, сведенными вместе или на ширине плеч; стояние с отведенной в сторону рукой правой и левой поочередно; стояние с вытянутыми вперед руками; перенос центра тяжести с одной ноги на другую; «перекат» с пятки на носок с фиксацией в крайних точках; пружинящие движения в вертикальной плоскости; упражнение на сопротивление; ходьба по батуту в тандемном расположении стоп. Выполнение комплекса упражнений на батуте обеспечивает колебания тела в вертикальной плоскости, что приводит к изменению скорости движения эндолимфы в заднем полукружном канале и отклонению отолитов мембраны в мешочках преддверия внутреннего уха за счет угловых и прямолинейных ускорений (колебания вверх-вниз). Вследствие этого происходит активизация волосковых рецепторных клеток вестибулярного анализатора в ампуле заднего полукружного канала и сферическом мешочке преддверия. Нервный импульс от волосковых клеток в составе VIII пары ЧМН, а затем и в составе вестибулоспинальных и вестибуломожжечковых связей устремляется к скелетным мышцам, вызывая перераспределение мышечного тонуса и поддержание положения тела в пространстве посредством активизации реактивных и предвосхищающих постуральных синергий.[4] Длительность занятия составляла от 10 до 30 мин., курс включал 10-12 занятий ежедневно.

Всем пациентам до и после курса лечения проводилась: оценка неврологического статуса, компьютерная стабилметрия (КС), объективная оценка параметров ходьбы с использованием метода «Лазерный анализатор кинематических параметров ходьбы» (ЛА-1), функциональные шкалы BergBalanceScale (BBS), InternationalCooperativeAtaxiaRatingScale (ICARS), DynamicGaitIndex(DGI), ThehospitalAnxietyandDepressionScale (HADS), субъективная оценка пациентов риска падения проводилась посредством FallsEfficacyScale (FES).

Компьютерная стабилметрия осуществлялась с помощью лечебно-диагностического комплекса «МБН-Биомеханика». Принцип стабилметрии основан на регистрации текущих координат и колебаний проекции общего центра массы человека в вертикальной позе на площадь опоры с учетом массы и роста пациента. [5,6] С целью получения корректных данных проводилось два последовательных стабилметрических исследования с перерывом 40 сек. Основными показателями КС, оцениваемыми в исследовании, были: площадь опоры (S), общая длина стабилограммы (L), скорость смещения ОЦМ (v). Объективная оценка параметров ходьбы проводилась с использованием авторского метода ЛА-1 (Патент РФ № АА 0001037 от 12.05.2011 г) Принцип работы ЛА-1 заключается в измерении расстояния до пациента во время каждого шага при помощи лазерного дальномера. Во время исследования испытуемый должен пройти в привычном темпе расстояние от 20 до 25 метров. Программное обеспечение позволяет автоматически рассчитывать длину, длительность шага, строить графики. [1,3].

Функциональная шкала BergBalanceScale – разработана для клинической оценки функции равновесия. Шкала состоит из 14 заданий, в ходе выполнения которых оценивается способность пациента самостоятельно стоять, сидеть, менять положение тела[7]. Шкала ICARS – используется для определения степени тяжести атаксии, состоит из 19 те-

стов, с помощью которых оцениваются нарушения устойчивости и походки, двигательная функция, нарушения речи и глазодвигательные нарушения[11]. Шкала DGI предназначена для клинической оценки функции равновесия, ходьбы и риска падения. По результатам исследования пациентов можно разделить на группы с высоким и низким риском падений при ходьбе[9]. Шкала HADS применялась для клинической оценки психо-эмоционального состояния пациента. По результатам шкалы психо-эмоциональное состояние пациента оценивается как норма, субклиническая или клиническая депрессия/тревога[13]. Субъективная оценка пациентом риска падения проводилась посредством шкалы FES – шкала содержит 10 пунктов, отражающих 10 повседневных действий, пациенту предлагается оценить в баллах свою уверенность в способности выполнять их без падения[12].

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете прикладных программ Statistica 10.0 (USA). Вид распределения данных оценивался с применением критерия Шапиро – Уилкса. Статистическую значимость различий между зависимыми группами оценивали с применением непараметрического критерия Вилкоксона, значимость различий между независимыми группами данных оценивали с использованием критерия Манна – Уитни. Непараметрические количественные и ранговые переменные были представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [P25; P75]). Уровень статистической значимости был принят: $p = 0,05$.

Результаты. При сравнении КС до и после занятий выявилось статически значимое улучшение. (табл. 1).

Таблица 1

Показатели КС в основной группе до и после курса занятий.

Показатели КС	До лечения, (Me [P25; P75])	После лечения, (Me [P25; P75])	p^*
X (мм)	3,24 [-14,83; 10,7]	-5,38 [-8,53; 6,91]	$=0,7$
Y (мм)	5,50 [-4,77; 26,2]	7,925 [-0,56; 19,42]	$=0,7$
L (мм)	868,94 [610,82; 1326,75]	682,73 [528,21; 1238,27]	$<0,001$
S (мм ²)	707,94 [418,94; 2302,59]	558,95 [255,82; 896,13]	$<0,001$
v (мм/с)	17,04 [11,98; 26,02]	13,39 [10,36; 24,29]	$<0,05$

Примечание: * – критерий статистической значимости различий между подгруппами до и после лечения по критерию Вилкоксона

Нормализация показателей компьютерной стабилотрии подтверждает улучшение статического равновесия и увеличение устойчивости пациентов, что, в целом, указывает на оптимизацию состояния поддерживающих синергий по окончании реабилитационного курса.

По данным объективной оценки параметров ходьбы с использованием ЛА-1 отмечалось статистически значимое уменьшение показателей. (табл. 2).

Таблица 2

Показатели ЛА-1 в основной группе до и после курса занятий.

Показатели ЛА-1	До лечения, (Me [P25; P75])	После лечения, (Me [P25; P75])	p^*
Lш (м)	0,42 [0,33; 0,52]	0,47 [0,40; 0,53]	$=0,6$
Тш (с)	0,72 [0,67; 0,78]	0,67 [0,63; 0,70]	$<0,05$
СО Lш	0,11 [0,065; 0,145]	0,06 [0,04; 0,09]	$<0,05$
СО Тш	0,16 [0,085; 0,22]	0,07 [0,05; 0,08]	$<0,001$
КВШ L	0,99 [0,63; 1,41]	0,42 [0,30; 0,53]	$<0,001$
КВШ Т	0,88 [0,50; 1,07]	0,33 [0,30; 0,45]	$<0,05$
ПА Т	0,036 [0,010; 0,063]	0,02 [0,009; 0,071]	$=0,11$
ПА L	0,013 [0,003; 0,063]	0,023 [0,01; 0,045]	$=0,13$
V х(м/с)	0,53 [0,46; 0,76]	0,64 [0,57; 0,76]	$=0,6$

Примечание: * – критерий статистической значимости различий между подгруппами до и после лечения по критерию Вилкоксона

Вариабельность шага по количественным, пространственным и временным показателям значительно уменьшилась, что указывает на увеличение стабильности и равномерности ходьбы после курса занятий с применением авторской методики.

В основной группе после курса тренировок по данным функциональных шкал также отмечалась статистически значимая положительная динамика (табл.3).

Таблица 3

Показатели клинических шкал в основной группе до и после курса занятий.

Показатели функциональных шкал	До лечения, Ме [P ₂₅ ; P ₇₅]	После лечения, (Ме [P ₂₅ ; P ₇₅])	p*
DGI	16 [15; 18]	19 [17; 21]	<0,001
BBS	40 [30; 43]	45 [41; 49]	<0,001
ICARS	25 [18; 32]	16 [11; 25]	<0,001
HADS (Тревога)	6 [3; 7]	2 [1; 9]	=0,04
HADS (Депрессия)	4 [1; 7]	3 [1; 6]	=0,13
FES	13 [10; 17]	10 [10; 13]	=0,07

Полученные данные говорят об уменьшении степени выраженности атактического синдрома, снижение риска падений после проведения курса лечения с применением предлагаемой методики.

В группе сравнения, где коррекция равновесия и ходьбы проводилась, с использованием платформ с БОС, по данным КС, ЛА - 1, BBS и DGI также были выявлены статистически значимые изменения основных показателей (табл. 4).

Таблица 4

Показатели КС, ЛА-1 и функциональных шкал в группе сравнения до и после курса занятий.

Показатели	До лечения, Ме [P ₂₅ ; P ₇₅]	После лечения, Ме [P ₂₅ ; P ₇₅]	p*
X (мм)	0,6 [-13,0; 4,51]	0,5 [-7,43; 7,55]	=0,38
Y (мм)	7,98 [-8,75; 33,46]	2,97 [- 12,08; 16,61]	=0,51
S (мм2)	845,375 [441,08; 2051,51]	420,16 [275,18; 824,77]	<0,05
L (мм)	973,14 [617,11; 1356,32]	572,52 [469,09; 810,79]	<0,001
v (мм/с)	19,08 [12,10; 26,60]	11,42 [9,79; 15,90]	<0,001
BBS	38,00 [37,00; 40,00]	47,00 [45,00; 53,00]	<0,001
DGI	15,00 [14,00; 16,00]	22,00 [21,00; 22,00]	<0,001
ICARS	19,50 [14,00; 25,00]	9,0 [8,00; 10,00]	=0,17
T ш (с)	0,70 [0,65; 0,73]	0,66 [0,60; 0,69]	=0,096
Lш (м)	0,45 [0,41; 0,52]	0,50 [0,46; 0,54]	<0,05
KBШ Lш	0,71 [0,53; 0,97]	0,42 [0,36; 0,54]	<0,05
KBШ T ш	0,64 [0,49; 0,90]	0,31 [0,21; 0,60]	<0,05
COLш	0,07 [0,05; 0,09]	0,05 [0,05; 0,07]	=0,19
CO T ш	0,11 [0,07; 0,15]	0,05 [0,03; 0,10]	<0,05
V (м/с)	0,65 [0,59; 0,77]	0,75 [0,72; 0,84]	<0,05
ПА Tш	0,072 [0,049; 0,10]	0,036 [0,029; 0,056]	=0,22
ПА Lш	0,072 [0,060; 0,101]	0,032 [0,028; 0,058]	=0,25

Примечание: * – критерий статистической значимости различий между показателями до и после курса лечения по критерию Вилкоксона

Представленные в таблице 4 результаты подтверждают значимое увеличение устойчивости пациентов, уменьшение вариабельности длины и времени шага, снижение риска падений у больных, получавших тренинги на аппаратах с БОС.

Выводы. Авторская методика коррекции стато-локомоторных функций, основанная на смещении центра тяжести пациента в вертикальной, сагиттальной и фронтальной плоскостях, позволяет эффективно улучшить устойчивость при стоянии и во время ходьбы, уменьшить риск падений при ходьбе у больных с вестибуло-атактическим синдромом в восстановительном периоде инсульта. Данная методика по эффективности сопоставима с тренингами с БОС и может быть рекомендована в комплексном восстановительном лечении больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аброськина М.В. Исследование кинематических особенностей ходьбы у здоровых испытуемых и пациентов с постинсультной атаксией. / М.В. Аброськина, С.В. Прокопенко, В.П. Живаев и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015 - № 9. – С. 42-45.
2. Гусев Е.И. Ишемический инсульт. Современное состояние проблемы / Е. И. Гусев, М. Ю. Мартынов, П. Р. Камчатнов // Доктор.Ру. – 2013 - № 83 (5). – С. 1.
3. Ляпин А.В. Возможности применения метода объективной оценки параметров ходьбы с использованием лазерного дальномера у неврологических больных. / А.В. Ляпин, В.С. Ондар, М.В. Аброськина и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2011 - № 3 (69). – С. 46-50.
4. Пальчун В.Т. Оториноларингология: Руководство для врачей. / В.Т. Пальчун, А.И. Крюков // Медицина. – 2001 – С. 104-105, 120.
5. Скворцов Д. В. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки, стабилметрия. / Скворцов Д. В. Андреева Т.М. // Антидор. – 2007 – С. 640.
6. Третьякова, Н.А. Компьютерная стабилметрия в диагностике постуральных нарушений при болезни Паркинсона: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед наук / Н.А. Третьякова – Саратов, 2012. – 7 с.
7. Berg, K. The Balance Scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. / K. Berg, S. Wood-Dauphinee. // Scand J Rehabil Med – 1995. - № 27(1). – С. 27-36.
8. Meheroz, H. R. Review of the randomized clinical stroke rehabilitation trials in 2009. / H. R. Meheroz // Med Sci Monit. – 2011. - № 17(2). – С. 25–43.
9. Herman T. Dynamic Gait Index in healthy older adults: the role of stair climbing, fear of falling and gender. / T. Herman, N. Inbar-Borovsky, M. Brozgot // Gait & Posture. – 2009. - № 2. – С. 237–241
10. Roos, M. A. The structure of walking activity in people after stroke compared with older adults without disability: a cross-sectional study / M. A. Roos, K. S. Rudolph, D. S. Reism // Phys. Ther. – 2012. – V. 92, № 9. – P. 1141–1147.
11. Saute, J. A. M. Ataxia Rating Scales—Psychometric Profiles, Natural History and Their Application in Clinical Trials. / J. A. Saute, M. K. C. Donis. // The Cerebellum. – 2012. - № 11(2). - С. 488-504.
12. Tinetti, M. Falls efficacy as a measure of fear of falling / M. Tinetti, D. Richman // Journal of gerontology. – 1990. - № 45(6). – С. 239.
13. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale. / A. S. Zigmond // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. - № 67 (6). – С. 361–370.

УДК 616.061

IMPACT OF ALTERNATIVE MEDICINE TO MODERN MEDICINE IN DIFFERENT COUNTRIES

L.V. Kolohmatova

Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voyno-Yasenetsky

The department of Latin and foreign languages

Scientific Supervisor: Senior assistant L.Y. Mendeleva

Using alternative methods of medicine in different countries depends on many factors such as historical, ethnic, cultural, economic etc. For example, in developing African countries 80% of population use alternative medicine.[3] Annually 43 million americans spend about 22 billion dollars on alternative methods. In the majority of the countries, health insurance doesn't cover service of experts of traditional medicine. However, 45% americans ready to pay more for health insurance in order to get access to services of experts of the alternative medicine (AM). Thanks to popularity of alternative medicine in medical schools of USA it began to be taught. Nowadays, more than half of 125 american medical schools started to teach lectures and practitioners on the alternate medicine.[5] So, should we talk so negative about alternative medicine and separate it from modern medicine? The aim of this work is the study of the impact of alternative medicine to modern medicine in different countries. The task is to study the scientific and methodical literature on this problem and to draw a conclusion on the impact of alternative medicine to modern one in different countries. Literary and Internet sources are Materials and studies of my research.

Today there exists a classification of these methods. It is divided into 5 groups. The first group includes methods which have become traditional and actively used by modern medicine. They are: acupuncture, Ayurveda, homeopathy, naturopathic medicine etc. The second group includes dietary and herbal remedies: nutritional supplements, starvation, phytotherapy, macrobiotics, vegetarianism.

The third one consist of hypnosis, visualization and imaging technology, placebo effect, Kirlian Photo.

The fourth one includes biological methods: apitherapy, cell therapy, enzymatic, metabolic, chelation therapy, detoxification.

The last group includes manual therapy.[1]

It should be noted that our research has demonstrated the following results: 70% of Canada population, 48% of Australia population and 38% of France population use methods and techniques of alternative medicine. In USA approximately every second American annually use the services of alternative experts.

Researches show that 84% europeans have positive attitude to these methods. Many people in Germany are interested in such ways of treatment, which exclude chemical treatment or surgery. In the Netherlands 40% of patients are turning to alternative medicine because of unsuccessful treatment with modern methods.[5]

What is more, 2,5 thousands certified doctors use these techniques in UK. In addition, Chinese medicine is synthesis of modern medicine and ancient one. Chinese doctors do not separate these two concepts and successfully use such treatment.[2]

Unfortunately, there are no statistics about AM in CIS. Perhaps, this analysis hasn't been done yet. [4]

Nowadays, there are many alternative medical methods in Russian Federation. But these alternative methods are not opposed to official medicine and they are used as a part of complex therapy.

In conclusion, it should be said that many international clinics include methods of AM in their work. The alternative medicine is very developed in Europe, East and the USA.

A lot of foreign specialists think that it is wrong to deny AM only because of conservatism. There is no place for prejudices in medicine. Doctors should try all the methods which can help patients. However, AM isn't a panacea, so patients shouldn't try self-treatment. They should discuss with their doctor the way of treatment.

THE LEAST OF LITERATURE

1. Глазырина И.П. Эта разная медицина // М. «Знание», 1992г.
2. Ибрагимов В.С. Китайская медицина. Методы диагностики и лечения// Москва, 1994г.
3. Молодцова Е.Н. Традиционные знания и современная наука о человеке // ТОО «Янус», 1996г. 3)
4. Международный научно-практический журнал «Традиционная медицина восток-запад»
5. Ms Daniela Bagozzi, Traditional medicine, World Health organization

УДК 378.016:004.7

МОДУЛЬ «УЧЕБНЫЕ РЕСУРСЫ КРАСГМУ»

Комиссарова В. А., Исиченко Д. А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

Научный руководитель: Заведующий лабораторией разработки и внедрения информационных технологий в медицинское образование и здравоохранение Плита Е. В.

Проникновение Интернет-технологий в образовательную среду вынуждает все университеты мира бороться за потребителя, делая свои учебные программы и материалы более доступными для населения всего мира. Уже сейчас многие ведущие университеты мира бесплатно открыли доступ к онлайн-обучению по своим программам для любого жителя нашей планеты, имеющего выход в Интернет. В КрасГМУ существует проблема публикации на сайте лекционного курса, материалов к практическим занятиям, которые уже сделаны преподавателями и показываются ими на занятиях и лекциях, но в ресурсах сайта их по-прежнему не найти. Если ресурсы не будут в полной доступности на сайте, то студенты будут вынуждены искать материалы к занятиям в Интернете, что приводит к конкуренции с другими университетами, которые, в свою очередь, уже будут иметь материалы в свободном доступе. Если КрасГМУ приобщится раньше к мировой тенденции онлайн-обучения, то выиграет в борьбе за потребителя и станет более узнаваемым.

Уже имеющиеся учебные ресурсы КрасГМУ размещены разными подразделениями в разных модулях, таких как: электронный УМКД, Colibris, НИРС, документы кафедр, личные документы преподавателей. Это затрудняет поиск необходимых материалов к занятиям и требует большего времени при подготовке. Актуальность данной работы обусловлена необходимостью совершенствования поисковой модели с учетом потребностей студентов. Быстрый поиск и классификация ресурсов во многом влияют на успешную подготовку к занятиям. А ее качество существенно повышается, если учебно-методические ресурсы собраны в одном месте.

Целью научной работы является повышение доступности электронных ресурсов к занятиям для обучающихся КрасГМУ.

Для выполнения поставленной цели решались следующие задачи:

Проанализировать наличие учебных ресурсов в различных модулях сайта.

Разработать поисковую модель, позволяющую отображать ресурсы из разных модулей и разделов сайта на одной странице.

Разработать программное обеспечение, осуществляющее поиск и подбор учебных ресурсов сайта.

Внедрить модуль в работу вуза, провести экспертную оценку.

В работе использовались литературные источники, находящиеся в открытом доступе, а также хронометрическая карта и карта экспертной оценки. Методическую основу исследования составили методы анализа, сравнения, синтеза, статистический метод, хронометрический метод и метод экспертной оценки.

Результаты

Для исследования были выбраны кафедры, предметы которых изучаются на втором курсе факультета медицинской кибернетики и управления в здравоохранении.

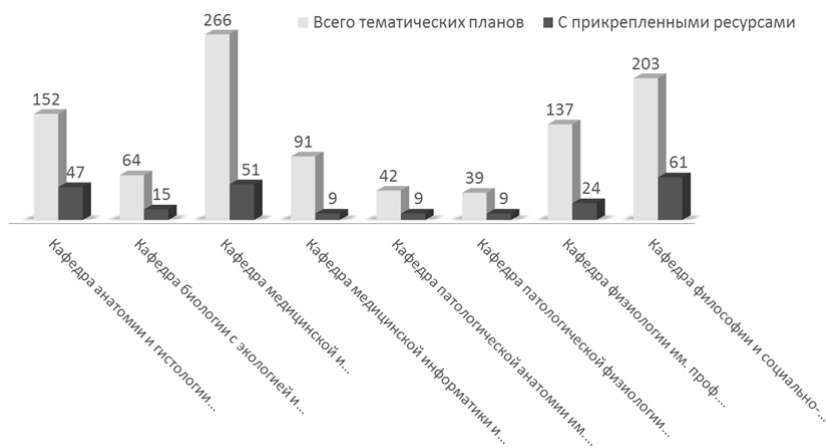


Диаграмма 1

На диаграмме 1 представлено количество имеющихся ресурсов в сравнении с количеством ресурсов, которые должны быть прикреплены к тематическим планам. По результатам видна недостаточность наполнения контента электронными учебными ресурсами.

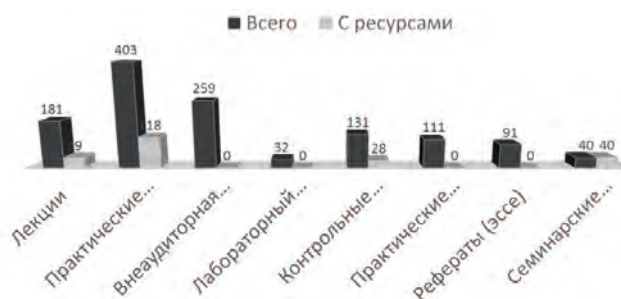


Диаграмма 2

На диаграмме 2 представлены разные формы обучения и количество прикрепленных к ним ресурсов в сравнении с количеством ресурсов, которые должны быть прикреплены к тематическим планам. Основные формы занятий, такие как лекции и практические занятия, нуждаются в наполнении.

Основываясь на одной из наших задач, мы разработали поисковую модель электронных учебных ресурсов, которая учитывает учебный план студента и автоматически отображает ресурсы на одной странице.

С учетом всех критериев поиска и подбора было разработано программное обеспечение модуля, который впоследствии был внедрен в работу сайта.

После внедрения нами был проведен опрос студентов 2 курса факультета медицинской кибернетики и управления в здравоохранении. Им была выдана экспертная карта, которая содержала 8 параметров. Респондентам было предложено проранжировать эти параметры в соответствии с их значимостью. По итогам опроса мы рассчитали коэффициент конкордации, который равен 0.77, что говорит о высокой степени согласованности мнений экспертов. Респонденты выделили наиболее значимыми параметры: «доступность электронных ресурсов к занятиям» и «удобство поиска».

Также студентам была выдана хронометрическая карта, в которой требовалось указать время, затраченное на поиск ресурса без использования модуля и при помощи него.

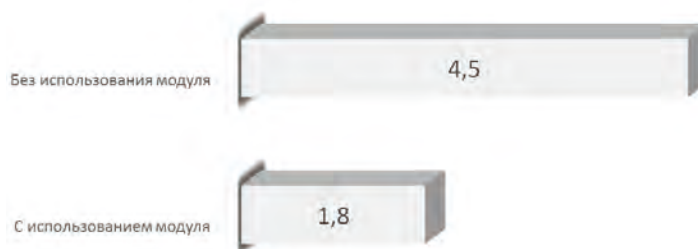


Диаграмма 3

По результатам видно, что время поиска учебного электронного ресурса с использованием модуля сократилось в 2.5 раза.

В связи с разработкой мобильного приложения КрасГМУ ведется создание мобильной версии данного модуля, которая будет в дальнейшем внедрена в приложение.

Для дальнейшего совершенствования модуля «Учебные ресурсы КрасГМУ» необходимо переходить от написания методичек в формате Word к разработке интерактивных учебно-методических пособий, содержащих большое количество видео/ аудиоконтента, анимации, с минимальным количеством текста и публиковать эти материалы на сайте. Это повысит уровень качества образования студентов. А доступность учебных электронных ресурсов способствует выходу КрасГМУ на уровень ведущих университетов с онлайн-обучением.

УДК 61.615.015.6

«ВЛИЯНИЕ «СПАЙСА» НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА »

Копленко Д.В., Лой С.В., Зайцева А.Е.

Сибирская пожарно-спасательная академия

Кафедра тактики и аварийно-спасательных работ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Т.В.Зинченко

В последние 20 лет, у обучающихся в вузах отмечалось снижение здоровья: возрастание патологии системы кровообращения на 20%, органов зрения - на 25%, эндокринной системы - на 30%, психических расстройств – на 50%. Молодежь, находясь под воздействием хронических, непрерывно возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готова к их преодолению и страдают от их последствий.

Более 30% юношей по состоянию здоровья не могут быть признаны годными к военной службе. За последние десять лет в 2,4 раза увеличилось количество граждан, освобожденных от призыва на военную службу в связи с диагностированием у них алкоголизма и наркомании.

Особую важность данная проблема имеет для вузов ГПС МЧС России, деятельность выпускников которых связана с высоким уровнем профессионального риска, экстремальными условиями труда, влиянием опасных и вредных факторов на пожарах и авариях.

С учётом указанных обстоятельств, необходимо обоснование и реализация в системе профессионального образования ГПС МЧС России таких целей, содержания и технологий, которые наряду с получением подготовки по профессии способствовали бы формированию у обучающихся в вузах ГПС МЧС России мотивации к сохранению и укреплению здоровья, пониманию основ здорового образа жизни, практическому освоению и применению навыков и умений сохранения и укрепления психического и физического состояния.

Наркозависимость. Наркозависимость – это стойкое отклонение от нормы, которое не может просто взять и исчезнуть, но при этом ее можно остановить в развитии. Эта характеристика не означает, что человек обречен. Наркозависимость может быть как физическая, так и психическая. Физическая характеризуется как отрицательное влияние наркотика на все системы организма и приводит к быстрому угасанию жизненных функций. Психическая – это эмоциональное состояние, для которого характерна тяга, сильное желание принять наркотик для получения связанных с ним ощущений удовольствия и уход от реальной жизни.

Вещества в составе курительной смеси “Спайс”. По своему губительному эффекту на организм спайсы превосходят практически все известные наркотики, а уничтожающие последствия для человека наступают всего от 0,1 грамма. В основе всех курительных смесей находится психоактивное вещество из группы синтетических каннабиноидов. Данное вещество воздействует на специфические рецепторы головного мозга и по силе и длительности воздействия превосходит коноплю, марихуану и гашиш.

Курительная смесь “Спайс” содержит травы, которые сами по себе безвредны, но для того чтобы они давали наркотический эффект их обрабатывают веществами JWH-018 и CP-47,497, действие которых на организм человека подобно эффекту, вызываемому употреблением конопли (марихуаны). Искусственные заменители этих соединений оказывают сильное психотропное действие. Состав продаваемых курительных смесей постоянно обновляется – в своем стремлении использовать дешевые препараты для усиления наркотического эффекта производители не останавливаются ни перед чем, добавляя в состав вещества с ядовитым действием.

Влияние на организм человека курительной смеси “Спайс”. При хроническом потреблении курительные смеси вызывают поражение коры головного мозга, проявляющееся в расстройствах памяти, моторных и речевых навыков

Последствия даже однократного употребления «спайса» непредсказуемы: дело в том, что психоактивное вещество угнетает подачу кислорода к клеткам головного мозга, начинается их отмирание, у некоторых пациентов фиксируется отек мозга.

При потреблении больших доз возможно развитие судорог, поражение печени и почек токсического характера, инсульты. Возможными осложнениями интоксикации этими препаратами являются развитие тяжелых депрессий, случаи самоубийств и самоповреждений. В течение длительного времени после прекращения приема могут наблюдаться нарушения внимания, умственная недостаточность, неустойчивость настроения.

Здоровый образ жизни. В психолого-педагогическом направлении здоровый образ жизни рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного физического долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия во многих формах жизнедеятельности. Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением социальной и трудовой жизни, увеличением профессионального риска, негативно сказывающиеся на физическом и психическом здоровье человека.

Формирование здорового образа жизни в СПСА как основа профилактики употребления наркотических средств. Воспитание здоровой, жизненно активной, целеустремленной личности – задача любого образовательного учреждения. Формирование установки на здоровый образ жизни всех участников образовательного процесса ФГБОУ ВО Сибирская пожарно-спасательная академия ГПС МЧС России осуществляется путем развития научно-исследовательской, интеллектуальной, спортивной, творческой деятельности и физических качеств.

Педагогическим коллективом Сибирской пожарно-спасательной академии ГПС МЧС России разработана программа, направленная на формирование мотивации к сохранению и укреплению здоровья, пониманию основ здорового образа жизни, практическому освоению и применению навыков и умений сохранения и укрепления психического, физического здоровья будущего специалиста вуза ГПС МЧС России и всех участников образовательного процесса. Цель программы: поиск оптимальных средств сохранения и укрепления здоровья обучающихся СПСА, создание здоровьесберегающей среды, организация системы профилактических работ по предупреждению девиантного поведения курсантов, формирование у обучающихся отношения к здоровому образу жизни как главному фактору успеха.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зинченко Т.В., Парышев Ю.В. Здоровьесберегающее профессиональное образование в вузах ГПС МЧС России // Вестник Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России. - № 4. 2011. СПб., 2011. - С. 177-184. (0,4/0,2 п.л.).
2. Софронов Г.А., Головкин А.И., Баринков В.А., Башарин В.А., Бонитенко Е.Ю., Иванов М.Б. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Наркология. – 2012. - №10. – С. 97-110.
3. Источник: <http://menportal.info/story/vred-kuritelnyh-smesey> 2014 © menportal.info
4. «Спайсительная» война. [Электронный ресурс]. URL: <http://news.vtomske.ru/details/71267.html>
5. «Спайс» убивает почки. Синтетическая марихуана вызывает острую почечную недостаточность. [Электронный ресурс]. URL: http://www.gazeta.ru/science/2013/02/15_a_4966557.shtml
6. Спайсы под прицелом ФСНК. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.politcom.ru/10028.html>

УДК 616.132.2-089-06:616.89-008.45/.47-08:004.42

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ СТИМУЛИРУЮЩИХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

К. А. Кочеткова, М. А. Генза

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Научные руководители: к. м. н., доц. Д. С. Каскаева, к. м. н. О. В. Еремина, С. С. Еремина

Операция коронарного шунтирования (КШ) – является одним из наиболее радикальных способов лечения ишемической болезни сердца. По данным литературы, использование искусственного кровообращения при кардиохирургических вмешательствах является причиной нейропсихологических осложнений довольно часто (от 5,6 до 90%).

На базе Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии обследовано 74 пациента с диагнозом ИБС мужского и женского пола. Критериями включения в исследование были: возраст до 70 лет, планируемое коронарное шунтирование, согласие пациента на проведение исследования. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе (n=37) в дополнение к проводимой терапии использовался курс реабилитации с использованием компьютерных стимулирующих программ когнитивных функций в течение 10 дней 1 раз в день, на 2 сутки после операции КШ, продолжительность занятия составляла 20 минут. В группе сравнения (n=37) пациенты в послеоперационном периоде получали стандартную терапию.

Средний возраст больных в I группе составил $60,0 \pm 6,42$ лет; во II группе – $60,5 \pm 6,42$ лет ($p > 0,05$). Дооперационное и послеоперационное обследование включало: общесоматическое обследование, методы функциональной диагностики (эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий), нейропсихологическое тестирование. Всем пациентам выполняли операцию КШ в условиях ИК. Анестезию и перфузию проводили по стандартной схеме. Длительность ИК в основной группе составила $82,9 \pm 34,3$ мин., время пережатия аорты $49,9 \pm 30,6$ мин. ($p > 0,05$). В группе сравнения время ИК $83,2 \pm 32,6$ мин. ($p > 0,05$), время пережатия аорты $50,1 \pm 28,3$ ($p > 0,05$) Статистически значимых различий по возрасту, времени ИК, функциональному классу стенокардии, EuroSCORE не выявлено.

При первичном неврологическом осмотре были выявлены изменения практически у всех включенных в исследование пациентов. В I группе жалобы на снижение памяти выявлено в 51,3% (19/37), снижение работоспособности выявлено у 48,6% (18/37), жалобы на головную боль, головокружение отмечались у 41% (13/32), в группе сравнения жалобы на снижение памяти выявлено в 45,9% (17/37), снижение работоспособности выявлено у 54% (20/37), головная боль, головокружение – 24,3% (9/37).

Снижение по результатам нейропсихологического тестирования показателей на 20% от нормы в 2 и более тестах расценивалось как когнитивный дефицит. Показатели когнитивных функций в предоперационном периоде были сопоставимы в основной и контрольной группах (тест Манна-Уитни), $p < 0,05$: В целом, в основной группе когнитивные нарушения выявлены у 14 (38%), в группе сравнения – у 15 (40,5%) пациентов. В соответствии с критериями включения в исследование, уровень когнитивных нарушений у пациентов I и II группы до операции был сопоставимым, соответствовал умеренным когнитивным нарушениям.

Повторное тестирование после операции выявило следующие изменения когнитивного статуса пациентов. В послеоперационном периоде на 12 сутки когнитивные нарушения в основной группе выявлены у 13 (35,1%), в группе сравнения когнитивный дефицит составил 26 (70,2%) пациентов.

В основной группе пациентов, получающих дополнительно к основному лечению тренировку когнитивных нарушений с использованием компьютерных программ в послеоперационном периоде на 12 сутки отмечалась статистически значимая положительная динамика по уровню шкал: FAV ($p = 0,001$, тест Вилкоксона), при исследовании внимания по таблицам Шульце ($p = 0,01$, тест Вилкоксона), при исследовании зрительной памяти (заучивание пяти слов) непосредственного воспроизведения ($p = 0,04$, тест Вилкоксона). По показателям MMSE, отсроченном воспроизведении при запоминании 10 слов, при зрительном запоминании 5 слов, серийный счет из шкалы Маттиса, беглости речи (латеральные и категориальные ассоциации) статистически значимого улучшения отмечено не было, но показатели остались в пределах дооперационного уровня.

В группе контроля из 8 используемых нейропсихологических тестов на 12 сутки отмечается статистически значимое ухудшение практически по всем тестам (тест Вилкоксона, $p < 0,5$).

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что использование у пациентов с ИБС после операции коронарного шунтирования когнитивной тренировки с применением компьютерных стимулирующих программ является безопасным и уменьшают выраженность ПОКД.

В настоящее время в теории и практике когнитивной реабилитации остается немало нерешенных вопросов. Однако, несмотря на множество проблем, все большее число специалистов указывают на важность когнитивной реабилитации у пациентов с ИБС, нуждающихся в реваскуляризирующих операциях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце: сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов и послеоперационных осложнений (нарушения ритма сердца, когнитивные и неврологические особенности и состояния системы гемостаза) / К. В. Шумков, Н. П. Лефтерова, Н. Л. Пак, Т. Т. Какучая, Ю. Ю. Смирнова, А. Г. Полунина, В. М. Воеводина, В. Ю. Мерзляков, Е. З. Голухова, Л. А. Бокерия // Креативная кардиология. – 2009. – 1. – С. 28-50.
2. Еремина О. В. Характеристика когнитивных нарушений у больных артериальной гипертонией / О. В. Еремина, М. М. Петрова, Н. А. Шнайдер // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – 7(2). – С. 36-39.
3. Качество жизни и психокогнитивный статус больных, перенесших аортокоронарное шунтирование / М. В. Горулева, О. С. Ганенко, Р. С. Ковальцова, А. Э. Кутузова, Н. Н. Петрова, Е. А. Демченко, А. О. Недошивин // Российский кардиологический журнал. – 2014. – 9 (113). – С. 68-72.
4. Неврологические осложнения аортокоронарного шунтирования / Н. И. Шрадер, В. Л. Шайбакова, В. В. Лихванцева, Д. И. Левиков, О. С. Левин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – 3. – С. 76-81.
5. Проблема повреждения головного мозга при кардиохирургических вмешательствах в условиях искусственного кровообращения / В. В. Мороз, А. Н. Корниенко, А. С. Мозалев, А. В. Парфенюк // Общая реаниматология. – 2008. – IV(4). – С. 16-20.
6. The effectiveness of the correction of cognitive impairment using computer-based stimulation programs for patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery / О. V. Eremina, M. M. Petrova, S. V. Prokopenko, E. Yu. Mozhejko, D. S. Kaskaeva, O. A. Gavriluk // Full bibliographic details: Journal of the Neurological Sciences. – 2015. – 358. – pp. 188-192.

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТА

Кочетова Л. В., Пахомова Р. А., Воронова Е. А., Гумбатов Д. А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий,
механики и оптики*

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Кафедра нанотехнологий и материаловедения

Научные руководители: проф., к.м.н. Кочетова Л. В., к.м.н. Пахомова Р. А., асп. Воронова Е.А.

Патология панкреатодуоденальной зоны, осложненная механической желтухой, среди всех хирургических заболеваний брюшной полости по частоте уступает лишь острому аппендициту и в последние годы не имеет тенденции к снижению. Послеоперационная летальность в хирургии желчевыводящих путей достигает 18-20%, а послеоперационная летальность от печеночной недостаточности, возникающей после декомпрессии желчевыводящих путей, достигает 15-47%.

Целью исследования было изучить морфофункциональные особенности цитоскелета эритроцита в зависимости от степени тяжести МЖ.

Нами были поставлены следующие задачи: смоделировать регулируемую МЖ разной степени тяжести на экспериментальных животных и изучить морфофункциональные особенности эритроцита в зависимости от тяжести МЖ.

С целью изучения адаптационных реакций организма на декомпрессию желчных путей и морфофункциональных изменений цитоскелета эритроцита в зависимости от степени тяжести механической желтухи, нами был проведен эксперимент на 28 минипигах, весом $7,05 \pm 0,3$ кг. Все животные содержались в виварии на стандартном питании со свободным доступом к пище и воде. Исследования проводили в одно и то же время суток с соблюдением принципов, изложенных в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей. Животных выводили из опыта декапитацией под внутривенным наркозом.

Мы моделировали регулируемую механическую желтуху по авторской методике под общим обезболиванием. Животных фиксировали к экспериментальному столу в положении на спине, после обработки и подготовки операционного поля выполнялась верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости и печени, выделяли общий желчный проток, в супрадуоденальном отделе пересекали его. В проксимальный отдел холедоха вводили Т-образный дренаж, свободный конец которого выводили на холку животного. Для создания механической желтухи конец последнего закрывали. В комплексной оценке степени тяжести механической желтухи кроме состояния животного исследовали уровень билирубина и активность гаммаглутамилтрансферазы.

Для того чтобы скоррелировать класс механической желтухи человека и животного, мы взяли значения билирубина и гаммаглутамилтрансферазы человека и животного в норме и определили соотношения между ними, нами были получены следующие данные: соотношение билирубина человек-экспериментальное животное 4:1, гаммаглутамилтрансфераза 2:1. Соответственно этому корреляционному индексу мы определяли показатели билирубина и ГГТ при разных классах механической желтухи у экспериментальных животных.

Экспериментальные животные в соответствии с упрощенной классификацией Эдуарда Израилевича Гальперина (2012г) и модифицированной нами для применения на животных были разделены на 4 группы (табл. 1).

В 1-ю группу вошли животные без оперативного вмешательства, служившие контрольной группой; во 2-ю группу вошли животные со степенью тяжести МЖ класса А; в 3-ю – животные со степенью тяжести класса В; в 4-ю – класса С. Степень тяжести МЖ определяли по содержанию билирубина в сыворотке крови и активности гаммаглутамилтрансферазы.

Таблица 1

Значения билирубина и активности гаммаглутамилтрансферазы при разных классах механической желтухи у экспериментальных животных.

	Норма	Животные, класс А	Животные, класс В	Животные, класс С
Tbill	3-5 мкмоль/л	6-15 мкмоль/л	16- 50	Свыше 51
GGT	До 32 ед/л	33- 99	100- 330	Свыше 331

Кроме того, у всех экспериментальных животных при различных степенях тяжести МЖ была выполнена АСМ эритроцита (атомно-силовую микроскопию выполняли на кафедре нанотехнологий и материаловедения Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий, механики и оптики).

У животных с МЖ класса А достоверно увеличивалось содержание билирубина до 6-15 мкмол/л, GGT до 33-99 ЕД. В 80-90% форма цитоскелета эритроцита у здоровых животных имела форму двояковогнутого дискоцита. С нарастанием механической желтухи форма цитоскелета эритроцита менялась, причем при классе А изменений морфологии клетки не выявлено (рис.1).

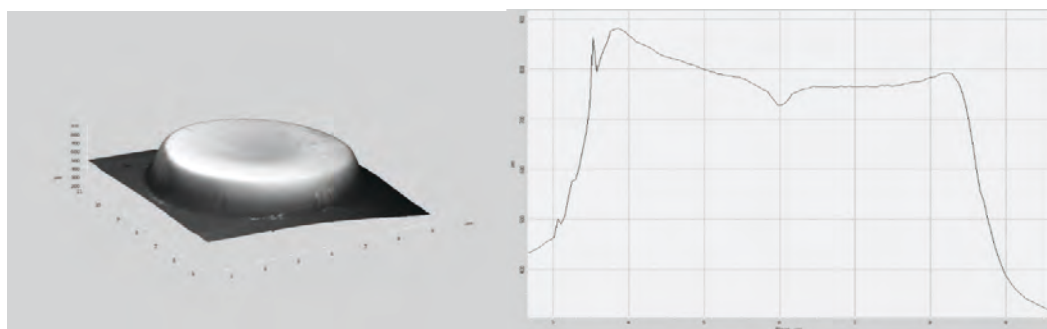


Рисунок 1 – Эритроцит при МЖ класса А.

При классе В значение билирубина увеличилось до 16-50 мкмол/л, активность GGT до 100-330 ЕД, при этом эритроцит приобретал горизонтальную ориентацию, появлялись шиповидные выросты из билипидного слоя мембраны (рис.2).

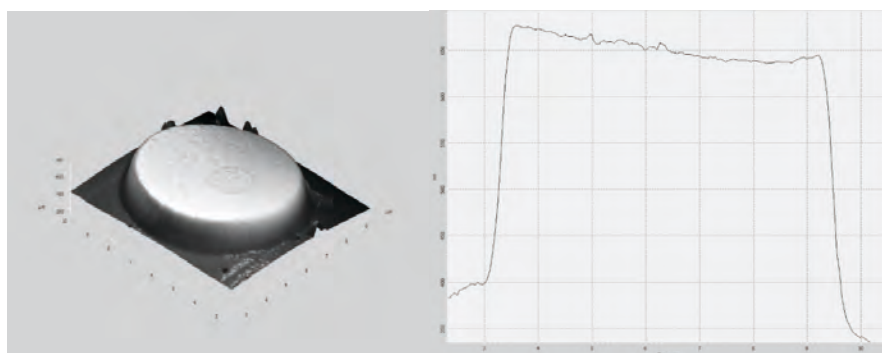


Рисунок 2 – Эритроцит при МЖ класса В.

У животных с МЖ класса С билирубин был выше 51 мкмол/л, GGT выше 331 ЕД. Эритроцит из двояковогнутого дискоцита превращался в куполообразный дискоцит, так называемый стоматоцит, шиповидных выростов на билипидном слое становилось значительно больше (рис.3).

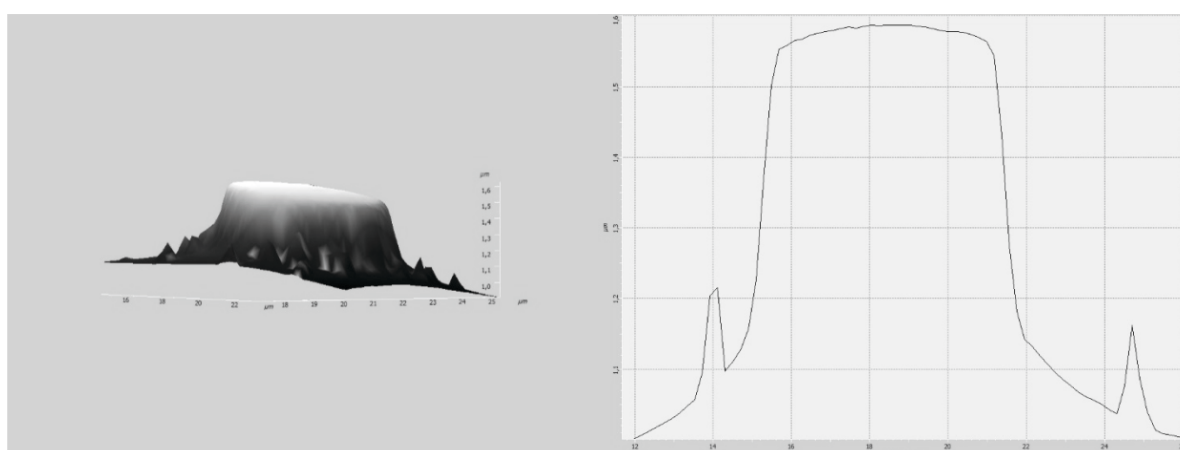


Рисунок 3 – Эритроцит при МЖ класса С.

Помимо этого, программное обеспечение «NOVA» позволяет определить геометрические параметры эритроцита. При МЖ средняя площадь эритроцита практически не изменялась, в то же время объем эритроцитов существенно нарастал с нарастанием желтухи. Статистически значимо увеличивалось внутриклеточное давление в эритроците. Причем увеличение давления происходит на фоне увеличения объема эритроцита (табл.2).

Геометрические размеры и давление в эритроците при разной степени механической желтухи.

Степень механической желтухи	Площадь эритроцитов, мкм ²	Объем эритроцитов, мкм ³	Отношение объема к объему в норме	Внутриклеточное давление, кПа
Норма	25,2±2,2	7,5±2,0	1,00±0,07	0
Класс А	24,7±2,1	8,8±1,3	1,07±0,09	0,8
Класс В	25,4±2,7	10,2±1,9	1,15±0,11	1,6
Класс С	26,7±2,9	12,3±2,6	1,22±0,16	2,2

С нарастанием МЖ количество эритроцитов с увеличенным объемом значительно возрастает. При этом у животных класса С происходит существенное увеличение полуширины распределения что вероятно, обусловлено разрушением мембраны эритроцитов. На рис.2 представлены гистограммы распределения эритроцитов по объему. Значения объемов эритроцитов в норме лежат в диапазоне 5-10 мкм³.

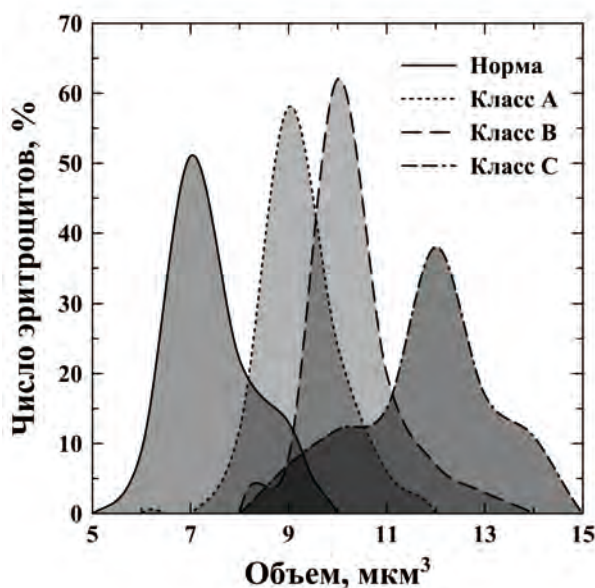


Рисунок 5 – Гистограмма распределения эритроцитов по объему при разных классах МЖ.

Таким образом, при механической желтухе изменяется цитоскелет эритроцита, достоверно увеличивается объем эритроцита и внутриклеточное давление. Структурные и физиологические особенности эритроцитов, а также доступность для исследования делают эритроцит чрезвычайно удобной моделью для изучения действия экзо-, эндогенных факторов и позволяет использовать эритроцит в качестве своеобразного информативного тест-объекта для оценки состояния организма при различных патологических процессах. Изменение морфофункциональных свойств эритроцита являются наиболее общими интегральными показателями функционального состояния организма в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скоркина М. Ю. Методика оценки морфометрических параметров нативных клеток крови с использованием атомно-силовой микроскопии / М. Ю. Скоркина, С. Д. Чернявских, М. З. Федорова, Е. А. Сладкова, Н. А. Забияков // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2010. – Т.150, №2. – С. 273-275.
2. Скоркина М. Ю. Сравнительная оценка морфофункциональных характеристик нативных и фиксированных эритроцитов / М. Ю. Скоркина, С. Д. Чернявских, М. З. Федорова, Е. А. Сладкова, Н. А. Забияков // Цитология. – 2011. – Т.53, №1. – С. 17-21.
3. Новодержкина Ю. К. Конфигурация и поверхность клеток крови в норме и патологии / Ю. К. Новодержкина, З. Г. Шишканова, Г. И. Козинец. – М.: Триада-Фарм, 2004. – 152 с.
4. Винник Ю.С., Пахомова Р.А., Серова Е.В. и др. Хирургическая коррекция синдрома механической желтухи. Сибирский медицинский журнал. - 2012. - Т. 27. - № 3.- С.116-119.
5. Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. № 1. С. 5-9.
6. Ившин В. Г., Якунин А. Ю., Макаров Ю. И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой //Анналы хир. гепатологии. 1996. Т. 1. С. 121-131.

7. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery //Springer-Verlag. 1993. V. 2. P. 273.
8. Murai R., Hashig Ch., Kusuajama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis //Surgical endoscopy. 1991. V. 5. P. 140.

УДК 340:347.426.42-052

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ПАЦИЕНТУ

Кошелев Н.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Научный руководитель: к.ю.н., доцент кафедры медицинской кибернетики Гецманова Ирина Васильевна

В качестве одного из видов вреда, который может быть причинен личности, в законодательстве выделяется моральный вред, т.е. страдания, вызванные различными неправомерными действиями (бездействием). Российское законодательство предусматривает возможность взыскания денежной компенсации за причиненный моральный вред, однако определение размеров компенсации в конкретных ситуациях в соответствии с критериями, указанными в законе, неоднозначно и вызывает множество вопросов. В отличие от России многие европейские государства имеют, как правило, весьма продолжительный опыт применения этого правового института.

Целью нашего исследования является дальнейшее исследование проблемы определения компенсации морального вреда и адаптация теории Эрделевского к ситуациям, связанным с причинением вреда здоровью пациентов в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи и услуг. Задачами исследования выступили:

Исследование правовых основ компенсации морального вреда и понятийного аппарата, с ним связанного.

Изучение существующих научных подходов к данной проблеме.

Определение размера компенсации морального вреда в конкретных ситуациях, связанных с причинением вреда здоровью пациентов в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи и услуг.

Из статьи 151 ГК РФ следует, что моральный вред – это физические или нравственные страдания, вызванные действиями, нарушающими личные неимущественные права гражданина, либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом. В пункте п. 2 Постановления Пленума ВС РФ от 20 декабря 1994 г. №10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» указано: «Под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т.п.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законом об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности) либо нарушающими имущественные права гражданина».

Однако, ни законодатель, ни судебная практика не раскрывают крайне важного вопроса: Как перейти от указанных страданий к размеру компенсации морального вреда? Иными словами, законодатель, закрепляя право на компенсацию морального вреда, не устанавливает единого метода оценки физических и нравственных страданий, не определяет ни минимальный, ни максимальный размер компенсации, предоставляет определение размера компенсации суду. Учитывая, что принципы, которыми при этом должен руководствоваться суд, носят общий и расплывчатый характер, можно констатировать, что определение размера компенсации морального вреда основывается фактически на свободном судебском усмотрении.

Необходимо прежде всего определить: А что такое «нравственное страдание», какова его сущность и влияние на человека? Данный вопрос вызывает споры среди юристов-правоведов, А.М. Эрделевский по аналогии с зарубежным законодательством предлагает называть моральный вред «психическим» вредом.

Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий, и др.

Размер компенсации — один из наиболее важных и, пожалуй, наименее урегулированных вопросов. В практике наблюдаются случаи, когда суд уменьшает размер заявленной компенсации во много раз, и это означает, что и потерпевшие, и суды не имеют достаточно ясных критериев для определения размера компенсации.

Так, в ч.2 ст.151 ГК РФ установлены некоторые критерии для определения размера компенсации морального вреда:

«При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред».

Но в ч. 2 ст. 1101 ГК РФ названы уже несколько иные критерии:

«Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего».

Указанные критерии вызывают ещё больше вопросов:

— Степень вины в чём? В возникших страданиях? Но страдания являются явно индивидуальными, связаны с индивидуальными особенностями лица, можно ли в этом винить в полной мере причинителя?

— Степень и характер страданий – это разные сущности или одно и то же? По идее термин «степень» предполагает наличие некоей градации, как-то высокая степень, низкая степень, но такая градация должна иметь некую точку отсчёта, а эта точка отсчёта неизвестна. Характер предполагает некие индивидуальные различия внутри степени. Может ли это влиять на размер компенсации морального вреда, если степень одна и та же? И каковы вообще все характеристики морального вреда, каков их спектр из которого нужно выбирать определённый конкретный характер?

— Как следует определять связь степени страданий с индивидуальными особенностями пострадавшего? Следует ли говорить о том, что эти особенности предопределяют степень, либо следует руководствоваться обратным, тем что индивидуальные особенности для данной степени предопределяют неадекватные и потому не подлежащие компенсации страдания? Например, если человек, получив укол иголкой, начинает страдать очень глубоко, то следует ли сказать, что это является ненормальным и потому отказать ему в компенсации? А если, получив такой же укол, человек просто рассмеялся, то следует ли отказать ему в компенсации? И что делать, если этот человек болен гемофелией и укол иголкой для него может быть смертельным?

— Аналогично, как следует связать характер страданий с индивидуальными особенностями потерпевшего? Только тут вопросов ещё больше, поскольку понятие «характер», несомненно, больше по объёму, чем понятие «степень».

— Какие вообще индивидуальные особенности имеются в виду, и как их следует доказывать? Следует ли описывать все индивидуальные характеристики личности, либо только некоторые, которые имеют значение? А какие характеристики имеют значение?

— Каковы средства доказывания таких критериев как «степень страдания», «характер страдания», «индивидуальные особенности (в связи со степенью и характером)»?

— Каковы пределы судебного усмотрения при применении требований «разумности и справедливости»? Будет ли разумным и справедливым, к примеру, полностью освободить от выплат причинителя вреда в связи с тем, что он подарил потерпевшему, потерявшему в результате его деяния ноги, автомобиль с ручным управлением? А если не освобождать, то какова должна быть справедливая выплата в этом случае? И, наконец, как все указанные критерии, переводить в денежный эквивалент?

Наиболее активное участие в разработке проблем компенсации морального вреда принял А.М.Эрделевский, его заключается в следующем: за основу определения денежной компенсации морального вреда предлагается принимать некоторый базовый (или максимальный) размер такой компенсации, который затем умножать на несколько коэффициентов, отражающих конкретные обстоятельства рассматриваемого дела. К числу таких коэффициентов относятся:

- степень вины причинителя вреда;
- степень вины потерпевшего;
- коэффициент индивидуальных особенностей потерпевшего;
- коэффициент учета заслуживающих внимания обстоятельств.

Для учёта степени вины причинителя вреда и индивидуальных особенностей потерпевшего А.М. Эрделевский предлагает ввести коэффициенты: для вины причинителя – от 0 до 1, для особенностей потерпевшего – от 0 до 2. Так же коэффициент от 0 до 2 вводится для учёта особенностей ситуации. Для учёта степени вины самого потерпевшего вводится коэффициент от 0 до 1, данный коэффициент используется в виде (1-k) поскольку должен снижать размер компенсации.

Теоретически можно определить два возможных пути для унификации размера компенсации. Первый предполагает наличие предварительного установления размера компенсации в виде тарифов или четко определенных рамок. При этом возможно применение некой общей формулы, в основу которой заложены презюмируемые моральные страдания, которые должен испытывать средний, нормально реагирующий на совершаемые в отношении него неправомерные действия человек, а размер компенсации может меняться в большую или меньшую сторону в зависимости от конкретных обстоятельств.

Для расчетов размера причиненного вреда он ввел новую категорию «базисный уровень». Она представляет собой единицу вычисления, определенную исходя из уровня страданий, испытываемых потерпевшим при причинении ему тяжкого вреда.

$$D = d \times f_v \times i \times c \times (1 - f_s)$$

D - размер компенсации действительного морального вреда;

d - размер компенсации требуемого морального вреда;

f_v - степень вины причинителя вреда, при этом $0 < f_v < 1$;

i - коэффициент индивидуальных особенностей потерпевшего, $0 < i < 2$;

c - коэффициент учета заслуживающих внимания фактических обстоятельств причинения вреда, $0 < c < 2$;

f_s - степень вины потерпевшего, $0 < f_s < 1$.

D, d - damage (ущерб);

f - fault (вина);

v - violator (нарушитель, причинитель вреда);

s - survivor (потерпевший);

i - individual (индивидуальный);

c - circumstances (обстоятельства).

Как видно из приведенной формулы, максимальный размер компенсации действительного морального вреда равен четырехкратному размеру презюмируемого морального вреда.

При использовании формулы можно сделать следующие допущения относительно степени вины причинителя вреда:

f_v = 0,25 - при наличии простой неосторожности;

f_v = 0,5 - при наличии грубой неосторожности;

f_v = 0,75 - при наличии косвенного умысла;

f_v = 1,0 - при наличии прямого умысла.

Если ответственность причинителя вреда наступает независимо от его вины, то формула приобретает вид:

$$D = d \times i \times c \times (1 - f_s)$$

С учетом имущественного положения причинителя вреда формула приобретает следующий вид:

$$D = d \times f_v \times i \times c \times (1 - f_s) \times p$$

Здесь символом p (property - имущество) обозначен коэффициент учета имущественного положения причинителя вреда, который, по нашему мнению, должен быть помещен в пределы от 0,5 до 1

Методика А.М. Эрделевского многим ученым представляется достаточно обоснованной и отражающей основные критерии, основываясь на которых, можно с достаточной точностью определить размер компенсации морального вреда. Во-первых, установление как минимальных, так и максимальных пределов компенсации морального вреда по каждому конкретному правонарушению, в зависимости от его общественной опасности и ценности нарушенного нематериального блага. Во-вторых, считает необходимым предоставить суду возможность в указанных рамках варьировать размер компенсации морального вреда, учитывая обстоятельства рассматриваемого дела.

В доктрине отечественного гражданского права предлагаются и иные концепции методики определения размера причиненного вреда. Так, В.Я. Понаринов, предложил внедрить два самостоятельных метода оценки морального вреда: «поденный» и «посанкционный». Посанкционный метод основывается на соотношении размера компенсации морального вреда со степенью меры наказания преступника, что соответствует методу А.М. Эрделевского. Суть же поденного метода сводится к принятию судом во внимание количества дней в году и учету доли ежемесячного заработка (дохода) виновного, приходящегося на один день. Если суд придет к выводу о необходимости взыскания с ответчика суммы денег в размере семнадцатидневного дохода, то, зная его доход, приходящийся на один день, легко определить и общую сумму, подлежащую взысканию с виновного в качестве компенсации морального вреда. Второй подход по сути реализован в действующем законодательстве и решение вопроса об определении размера компенсации морального вреда законодатель относит к компетенции суда, определяя лишь общие принципы, которыми он должен руководствоваться. Фактически такой подход означает свободное судебское усмотрение при решении данного вопроса. По мнению А.И. Карномазова поскольку компенсация морального вреда является мерой юридической ответственности, то размер компенсации должен носить определенный и предсказуемый характер для сходных случаев. Фактически легализованное в настоящее время свободное судебское усмотрение при определении размера компенсации морального вреда ведет к отсутствию единообразия в правоприменительной практике и, следовательно, нарушает принцип правового равенства.

Мы попытались применить данную методику к гражданским обязательственным правоотношениям в сфере медицинских услуг, повлекших вред здоровью или смерть пациента, поскольку условия любой юридической ответственности единые – нарушение норм, вред, причинная связь и вина. Под руководством И.В. Гецмановой проведено исследование размещенных в сети «Интернет» 78 судебных решений, вынесенных разными инстанциями в 25 регионах России по делам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Выделены судебные решения из различных регионов России (Санкт-Петербург, Новосибирская область, Краснодар, Воронежская об-

ласть) за последнее десятилетие. При этом во всех исследуемых случаях имела место одна разновидность вины нарушителя вреда - грубая неосторожность ($f_v = 0,5$). Некоторые результаты приведены в следующей таблице.

Таблица № 1

Определение размера компенсации морального вреда пациенту по методике А.М. Эрделевского

NNN	Обстоятельства дела	Размер компенсации морального вреда (заявленный)	Размер компенсации, назначенный судом	Размер компенсации морального вреда по формуле Эрделевского
11	М. заключила договор на оказание шести хирургических пластических услуг, часть которых была оказана дефектно, что повлекло причинение вреда здоровью	1 500 000	100 000	650 000
22	Гибель плода в результате дефектов родовспоможения	1 400 000	100 000	1 700 000
33	Ягодичное предлежание крупного плода, поперечно-суженый таз. Неверный выбор способа родовспоможения. Смерть ребенка на следующие сутки после рождения	1 000 000	500 000	1 500 000
44	При показанной операции «кесарево сечение» выбран консервативный способ родоразрешения. При УЗИ-исследовании ошиблись на 1 кг веса плода. В родах ребенку проломили голову щипцами. ДЦП	2 000 000	2 000 000	2 700 000
55	Косметическая процедура 28-летней пациентке - ультразвуковая липосакция на бедрах – ухудшение, врач не рекомендовал вызов скорой помощи. Сепсис. Смерть	3 000 000	750 000	810 000
66	Необоснованная паравертебральная блокада, с техническими погрешностями – химическое поражение корешков спинного мозга бензиловым спиртом. Инвалид 2 гр., тяжкий вред	3 000 000	900 000	810 000
77	ДТП, удалена почка. Оставлена марлевая повязка 42x8 см в брюшной полости. Новая полостная операция, девять месяцев лечения	1 000 000	150 000	1 700 000
88	Смерть матери истцов. 8 февраля 2010 г. платно госпитализирована по поводу астмы, 13 февраля выписана, однако по дороге домой стало плохо. Вызвали бригаду СМП, повторно госпитализирована с тем же диагнозом в тот же стационар платно. 14 февраля рвота, боли в левом боку, помещена в палату интенсивной терапии, внимания со стороны персонала не было. Результат УЗИ: «ущемление грыжи» или «приступ радикулита», выдана таблетка обезболивающего. 15 февраля выполнена операция по поводу перитонита. Прободная язва желудка. Искусственная вентиляция легких. Акты об оказании платных услуг: Трахеостомия. Острая кишечная непроходимость. Гастростомия. Скончалась 7 марта	1 000 000	500 000	270 000
99	После экстренного «кесарева сечения» перенесла 6 операций, лишена возможности повторного материнства	В обнародованном решении суда информация зашифрована	250 000	1 300 000
110	Грыжесечение платное. Оставлена салфетка в полости и стенке мочевого пузыря. Лигатура не того типа использовалась. Длительное воспаление внутренних органов. Мочепузырный свищ, цистит, распространенный остеохондроз, хронический простатит. Инвалидность 3 группы.	1 000 000	100 000	270 000

Дополнительным результатом исследования было выявление не поддающейся логическому объяснению особенности практики размещения судебных решений в информационной сети - это изъятие информации о размерах морального вреда, требуемых истцами, а также размеров удовлетворенных судами требований, что обнаружено в 52,7 % подвергнутых анализу судебных решений. Федеральный закон от 22 декабря 2008 г. N 262-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности судов в Российской Федерации» такой обязанности на суды не возлагает.

Таким образом, закон подробно определил критерии, которыми следует руководствоваться при рассмотрении дел о компенсации морального вреда. Однако в законе не содержится указаний, каким образом следует исчислять размер подлежащего возмещению морального вреда и как измерить степень и глубину страданий.

Мы считаем, что можно предложить следующее решение рассматриваемой проблемы. Поскольку законодатель отказался от нормативного установления базисного уровня и методики определения размера компенсации, и таким образом предоставил этот вопрос на усмотрение суда, то таким судом следует считать Верховный Суд РФ. Он должен, в порядке обеспечения единообразного применения закона при осуществлении правосудия, предложить судам общий базис и подход к определению размера компенсации морального вреда, оставляя при этом достаточный простор усмотрению суда при решении конкретных дел. Очевидно, что выплата имущественной компенсации за моральный вред всегда будет нести в себе элемент условности ввиду отсутствия единиц измерения данной нематериальной субстанции, однако необходимо стремиться к ее (условности) снижению.

УДК 614.86

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДТП С УЧАСТИЕМ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА

Кравец Павел Андреевич Делева Кристина Андреевна Деревянкин Владимир Игорьевич

ФГБОУ ВО Сибирская пожарно-спасательная академия ГПС МЧС России

Кафедра тактики и аварийно-спасательных работ

Доцент кафедры тактики и аварийно-спасательных работ, К.Н.П. Зинченко Татьяна Васильевна

Психофизиологические особенности подростков.

Подростки способны к проявлению самостоятельности и организованности, выполнению действий в определенной последовательности. Мотивированная на спасение и ответственность за свою и чужую жизнь, молодежь способна действовать в экстремальных условиях.

Воспитательная работа с подростками должна заключаться в теоретическом познании материала, а так же в практическом закреплении, именно на практике подросток сможет проверить правильность своих решений, что обеспечит глубину, всесторонность и прочность в усвоении материала.

Профилактика ДТП

В связи с бурным развитием автомобильной промышленности Проблема безопасного поведения на дорогах стала актуальной в наше время. Особенно увеличилось количество аварий и несчастных случаев с детьми.

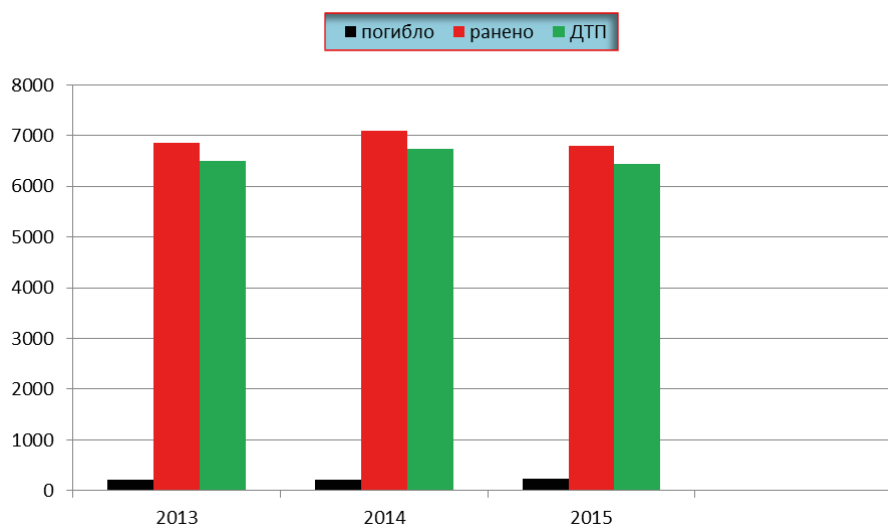
Как известно у детей школьного возраста отсутствует защитная психологическая реакция на дорожную обстановку, чаще его интересует улица и все на ней происходящее и не редко увлеченный чем-либо подросток попадает в опасные ситуации связанные с автомобилем. На сегодняшний день, в обществе активно обсуждается проблема безопасности подростков.

Статистика ДТП по России.

Ежегодно на наших дорогах гибнет тысяча подростков, еще несколько тысяч получают ранения и увечья. К сожалению, дорожно-транспортные происшествия держат пальму первенства среди несчастных случаев, повлекших смерть несовершеннолетних участников дорожного движения.

Почти половина всех дорожных происшествий — это наезды на пешеходов, в каждом третьем случае — вне пешеходного перехода. Однако, постепенно на первое место, по тяжести последствий, выходят ДТП, где несовершеннолетние страдают, находясь в транспортном средстве.

Согласно официальным данным ГИБДД РФ, за последние 3 года смертность детей на дороге увеличилась.



Графики показывают следующую картину:

2013 год - ДТП с участием 6000 детей, погибло 217 детей, ранено 6932.

2014 год - ДТП с участием 6710 детей, погибло 216 детей, ранено 7089.

2015 год - ДТП с участием 6435 детей, погибло 249 детей, ранено 6390.

Все вышеуказанное свидетельствует о том, что основной причиной аварийности по-прежнему является низкая дисциплина водителей и пешеходов, выражающаяся в их сознательном пренебрежении или игнорировании Правил дорожного движения.

Основы первой помощи

Наиболее эффективная первая помощь, как показывает практика, оказывается в течение первых 30 минут после получения травмы. Отсутствие помощи в течение первого часа увеличивает количество смертельных исходов на 30%, до трех часов – на 60%, а до шести часов – на 90%, из-за позднего прибытия «скорой помощи» почти 60% в ДТП умирают до поступления в клинику.

Обучение старшеклассников само и взаимопомощи является важным мероприятием по спасению жизни. Одним из главных условий является прекращение действия поражающего фактора на пострадавшего и соблюдение алгоритма первой помощи:

- оценить сложившуюся ситуацию и обеспечить безопасные условия для оказания первой медицинской помощи;
- определить наличие признаков сознания у пострадавшего;
- определить и восстановить проходимость дыхательных путей;
- вызвать скорую медицинскую помощь.
- при необходимости провести сердечно легочную реанимацию.
- осуществить поддержание проходимости дыхательных путей.
- провести осмотр пострадавшего на наличие признаков кровотечения (при наличии остановить), переломов, ушибов и т.д.
- придать пострадавшему оптимальное положение тела, исходя из его состояния.
- контролировать состояние.
- передать скорой медицинской помощи.

Транспортировка пострадавшего.

При извлечении из автомобиля пострадавшего, находящегося в сознании, руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.

При извлечении пострадавшего находящегося в бессознательном состоянии или подозрении на травму позвоночника: одна из рук, участника оказания первой помощи, придерживает нижнюю челюсть пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.

В процессе проведения комплекса внеклассных мероприятий среди учащихся СОШ, курсантами поставлены и реализованы следующие задачи:

- знакомство с основами первой помощи;
- обучение алгоритму действий при возникновении ДТП и основ первой помощи;
- воспитание уважения к профессии «спасатель».

Проигрывая ситуационные задачи, старшеклассники получают и демонстрируют знания по спасательным действиям, отрабатывают навыки оказания первой помощи при различных травмах и угрожающих жизни состояниях: проведение сердечно-лёгочной реанимации, определение и остановка различных видов кровотечения, наложение повязок, транспортировка и перенос пострадавших.

Жизнь города невозможно представить без пассажирского транспорта, основной задачей которого является обеспечение потребностей населения в перевозках. Таким образом, ситуация, при которой может возникнуть опасность для жизни человека, может случиться, как с участием общественного транспорта, так и по собственной вине. Ознакомление старшеклассников с правилами оказания первой помощи в случае ДТП позволит сохранить жизнь, как пострадавшим, так и себе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коннова Л.А., Балабанов В.А., Артамонова Г.К. Основы первой помощи: учебник для курсантов, студентов и слушателей высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки бакалавров «Техносферная безопасность» и специальности «Пожарная безопасность»/Под общей ред. О. М. Латышева. – СПб.: Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России, 2015. -162 с.
2. Пожарная безопасность: учебник/ В.А. Пучков, Ш.Ш. Дагиров, П46 А.В. Агафонов и др. ; под общ. ред. В.А. Пучкова. – М. : Академия ГПС МЧС России, 2014. – 877.
3. Коннова Л.А., Алексеик Е.Б., Вакуленко С.В., Талаш С.А. Азбучник первой медицинской помощи: учебное пособие / Под общей ред. В.С. Артамонова.– СПб.: Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России, 2008. – 208.
4. Коннова Л.А., Талаш С.А. Первая помощь при ДТП. – СПб: СПБИ ГПС МЧС РФ 2003.- 18с.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS2200733 ХРОМОСОМЫ 4Q25 С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Красуля И.В., Поплавская Е.Е.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №1

Научные руководители: д.м.н., доц. Аксютин Н.В., д.м.н., проф. Шульман В.А.

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее распространенных и опасных аритмий, в общей популяции встречается 1-2% населения. По данным Фремингемского исследования, ФП удваивает смертность у кардиологических больных, а также увеличивает риск инсульта в 5 раз [8]. У большинства больных ФП неуклонно прогрессирует в персистирующую или постоянную форму, кроме того, у части пациентов аритмия имеет скрытое течение [1].

ФП в большинстве случаев обусловлена каким – либо заболеванием. Однако в 10-20% случаев ФП не связана с каким-либо кардиоваскулярным заболеванием, тогда речь идет об изолированной ФП (lone atrial fibrillation) [9]. Согласно данным литературы, изолированная ФП в значительной части случаев наследственно обусловлена. В ряде генетических исследований однонуклеотидный полиморфизм (ОНП) rs2200733 в хромосоме 4q25 был определен как наиболее распространенный вариант, присутствующий у пациентов с ФП [2,3,4,5,6,7,10,11].

В 2008г. Viviani Anselmi C. et al. выявили значимую связь между аллелем Т rs2200733 с развитием ФП в итальянской популяции [4]. В 2009г. Shi L. et al. в китайской популяции также обнаружили значимую связь между ОНП rs2200733 и ФП, кроме того, они нашли более значимую связь этого полиморфизма с изолированной ФП, чем для вторичной [2]. В 2011г. Kiliszek M. et al., исследуя пациентов с ФП в польской популяции, выявили связь аллеля Т rs2200733 с увеличением количества пароксизмов фибрилляции предсердий [3]. В 2011г. опубликованы результаты Всемирного геномного исследования (GWAS), в котором была определена в связь ОНП rs2200733 Т на хромосоме 4q25 с повышенным риском ФП, при этом биологической основы для сердечной электрической нестабильности, предусмотренной этим ОНП, не было выявлено [6]. В 2012г. Olesen M.S. et al. определив связь ОНП rs2200733 с ранним началом изолированной ФП, не нашли связи с основными структурными аномалиями сердца [5].

В 2013г. Mohanty S. et al. проведен мета-анализ 7 исследований, оценивавших ассоциацию rs2200733 с ФП с участием, в общей сложности, 10546 пациентов с ФП и 72789 лиц без аритмии. Они пришли к выводу, что вариант rs2200733 на хромосоме 4q25 независимо связан повышенным риском развития ФП [10].

Более ранняя диагностика ФП позволит не только своевременно начать лечение, но и предотвратить жизнеугрожающие осложнения, такие как ОНМК и др. Накопление результатов различных популяционных исследований полиморфизма rs2200733 при ФП позволяет в полной мере оценить его вклад в развитие данного нарушения ритма. В связи с тем, что Российских исследований вышеописанного ОНП при ФП в литературе не описано, нами проведено молекулярно-генетическое исследование **с целью:** определить роль полиморфизма rs2200733 в развитии ФП у пациентов г.Красноярска.

Задачи:

1. Выявить ассоциацию полиморфизма rs2200733 хромосомы 4q25 с ФП;
2. Разработать программу персонализированной профилактики развития ФП и ее осложнений у генетически предрасположенных лиц.

Материалы и методы: нами было обследовано: 76 пациентов с ФП и 73 человека без сердечно-сосудистой патологии (контрольная группа). Медиана возраста пациентов основной группы составила 52 года [44,0; 63,0], и статистически значимо не отличалась от контрольной группы (52 года [45,5; 63,5]).

У всех обследованных проведен сбор жалоб, анамнеза, а также клинко-инструментальные и лабораторные исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, анализ крови на гормоны щитовидной железы. Всем обследованным проведено молекулярно-генетическое исследование. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «Excel», «Statistica for Windows 7.0» и «IBM SPSS 20».

Для оценки ассоциации между определенными генотипами и риском развития заболевания подсчитывали отношение шансов (ОШ - odds ratio).

Результаты

В ходе исследования выявлено, что гомозиготный генотип по редкому аллелю Т статистически значимо преобладал в группе больных ФП при сравнении с контрольной группой (15,79% относительно 4,11%, $p=0,036$) (табл.1, рис.1).

Таблица 1

Распространенность генотипов полиморфизма rs2200733 у больных ФП и лиц контрольной группы

	ФП			Контроль			P (1-2)
	Абс.	%	±m	Абс.	%	±m	
CC	40	52,63	5,7	47	64,38	5,6	0,198
CT	24	31,58	5,3	23	31,51	5,4	0,867
TT	12	15,79	4,2	3	4,11	2,3	0,036
Всего	76	100%		73	100%		

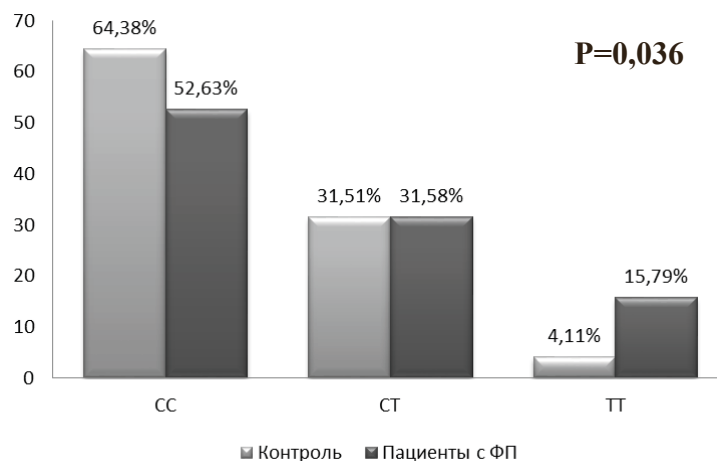


Рисунок 1 - Распространенность генотипов полиморфизма rs2200733 у больных фибрилляцией предсердий и лиц контрольной группы.

Согласно отношению шансов наличие генотипа ТТ увеличивает риск развития ФП в 1,38 раз, (рис. 2).

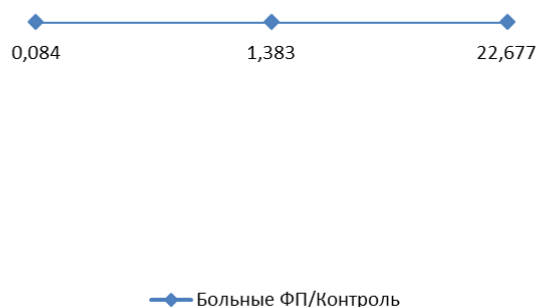


Рисунок 2 - Отношение шансов частоты генотипов полиморфизма rs2200733 (CC+CT относительно TT).

Редкий аллель Т полиморфизма rs2200733 статистически значимо преобладал в группе больных ФП при сравнении с лицами контрольной группы (31,58% относительно 19,86%, $p=0,029$) (табл.2, рис.3).

Таблица 2

Частота встречаемости аллелей полиморфизма rs2200733 у больных с фибрилляцией предсердий и лиц контрольной группы

	ФП			Контроль			P (1-2)
	Абс.	%	±m	Абс.	%	±m	
С	104	68,42	3,8	117	80,14	3,3	0,029
Т	48	31,58	3,8	29	19,86	3,3	0,029
Всего	152	100%		146	100%		

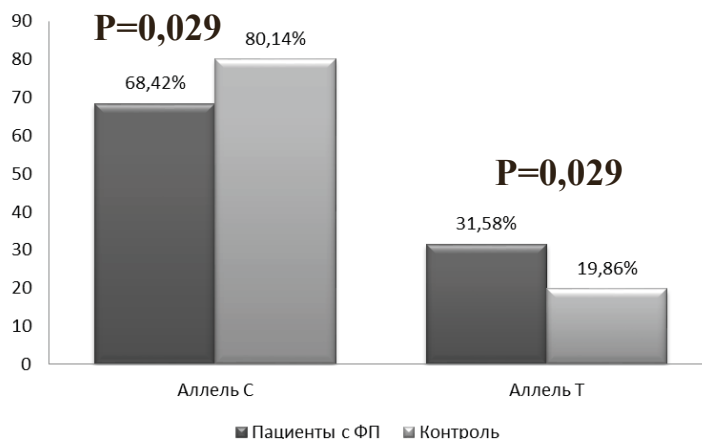


Рисунок 3 - Частота встречаемости аллелей полиморфизма rs2200733 у больных с ФП и лиц контрольной группы

Вывод: 1. наличие аллеля Т и генотипа ТТ имеет связь с развитием ФП.

2. У пациентов молодого возраста с гомозиготным генотипом по редкому аллелю Т, имеющих в анамнезе пароксизм ФП, находящихся на профилактической антиаритмической и антитромботической терапии, наблюдавшихся в течение года не рецидивировало пароксизмов ФП и не возникало тромбоэмболических осложнений.

УДК 613.4.613(075.8)

«ЗАКАЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ»: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Крахаляева Татьяна Анатольевна, Симакова Анастасия Олеговна

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО Симакова Л.Н., ассистент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО Турлак И.В.

В настоящее время уровень здоровья людей остается на невысоком уровне. К причинам, способствующим данному явлению, можно отнести: техногенное развитие общества, экологические проблемы, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, психологическое напряжение. Всё это приводит хроническому течению болезней, психосоматическим, онкологическим заболеваниям. Понимая серьезность ситуации, сегодня на государственном уровне решается вопрос об оптимизации подходов к сохранению и укреплению здоровья человека. В медицине активно внедряются в лечебный и реабилитационный процесс современные наукоемкие технологии, продляя жизнь человека. В области физической культуры и спорта строятся новые спортивные учреждения, появляются новые формы работы с населением. Одним из важнейших направлений работы специалистов должно быть правильное использование природных естественных факторов, способствующих сохранению и повышению уровня здоровья, при этом не требующих больших материальных затрат и являющихся естественными для природы человека.

В настоящее время среди населения получает широкое распространение закаливание. Повышая устойчивость к низким температурам, высокой влажности воздуха, закаливание способствует оздоровлению человека, правильной работе функциональных систем организма, улучшению жизненного тонуса и стрессоустойчивости, повышению адаптационного ресурса организма. Учитывая особенности климата Красноярского края, закаливание оказывают благотворное влияние на организм человека, проживающего в Сибири.

Однако, организация процесса закаливания имеет ряд ограничений: для медицинских работников и родителей, недостаточная подготовка медицинских работников по основам закаливания, слабая информированность населения об эффективности закаливания, отсутствие системы обучения (мастер-классов, научно-практических семинаров) родителей.

Целью нашего исследования стало: разработать, теоретически обосновать и применить условия по организации процесса закаливания населения в условиях детской поликлиники. Задачи исследования: провести анализ научно-методической литературы по процессу закаливания в условиях детской поликлиники (Центров здоровья); провести исследование и анализ полученных результаты по проблеме организации закаливания населения; разработать и практически применить условия по организации процесса закалива-

ния. Гипотеза исследования: организация процесса закаливания населения в детской поликлинике будет эффективной при условии: подготовки методических материалов; подготовки медицинских работников; обучении населения.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: изучение и анализ научно-методической литературы; анкетирование; метод моделирования – естественно или искусственно созданное для изучения социально-психологических процессов и состояний явление (предмет, процесс, ситуацию и т.д.); математической статистики.

Работа была распределена на три этапа, которые представлены на схеме 1.

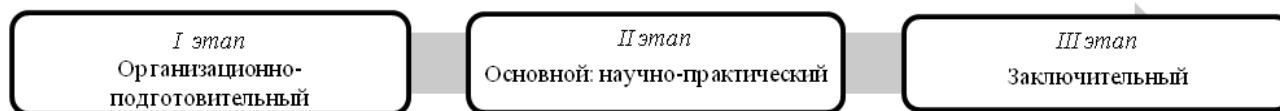


Схема 1. Этапы исследования

На первом этапе (сентябрь – декабрь 2014 года) нами проведено изучение, анализ научно-методической литературы, нормативно-правовых документов по данной теме; составлен дизайн исследования, разработана анкета.

Второй этап (январь 2015 – апрель 2016) включал несколько направлений работы: проведение анкетирования, разработка методических материалов, проведение обучающих мастер-классов.

Третий этап (апрель – октябрь 2016 года) работы предполагает внедрение методических материалов, обучающей программы «Закаливание детей» в условиях детской поликлиники.

В реализации проекта участвовали преподаватели и студенты Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, медицинские работники детской поликлиники № 3 КГБУЗ Красноярской городской детской больницы № 8. За каждым участником проекта закреплены мероприятия на каждом этапе и составлен план их реализации.

Перед разработкой программы «Закаливание детей», мастер-классов для родителей и медицинских работников необходимо было выяснить отношение людей разных возрастных групп к закаливанию, здоровому образу жизни. Так была составлена анкета, все вопросы которой были распределены на три основные группы: первая группа вопросов отражала сферу деятельности человека, вторая группа вопросов – состояние здоровья человека, третья группа вопросов – условия для сохранения и поддержания здоровья, возможность использования закаливающих процедур.

Всего в анкетировании приняло участие 165 мужчин и женщин. Все участники анкетирования были распределены на группы в соответствии с возрастной периодизацией по Бунаку. Было сформировано три возрастные группы. Количество респондентов юношеского возраста – 88 человек, что составляет 53 % от общего числа опрошенных: лица зрелого возраста – 24 человека и соответственно 15 %; люди пожилого возраста – 53 человека соответственно 32 %. Контингент был подобран таким образом, что до начала опроса было не известно о причастности респондента к предмету исследования. Первая группа (юношеский период) представлена студентами ВУЗов г. Красноярска разных специальностей и курсов. В группе людей зрелого возраста были представители сферы образования. В категории пожилого возраста члены физкультурно-спортивных клубов по месту жительства г. Красноярска.

На вопрос о состоянии здоровья наши респонденты ответили следующим образом: юноши и люди зрелого возраста более чем в 70% оценили состояние здоровья как хорошее, люди в пожилом возрасте – как удовлетворительное. Затруднились ответить респонденты юношеского возраста, а 11% респондентов пожилого возраста отметили состояние здоровья как плохое. Далее было установлено, что только 28,3% опрошенных людей оценивают уровень заботы о своём здоровье как достаточный. 13,2% считают, что недостаточно внимания уделяют состоянию своего организма. В подтверждение вышеуказанным данным наличие вредных привычек респондентов минимально, лишь 1 человек курит, ни один человек не употребляет токсические и наркотические вещества, употребляют спиртное 1 – 2 раза в год 50,9% респондентов.

На вопрос о проведении процедур закаливания 74% респондентов из группы пожилого возраста дали отрицательный ответ, в зрелом возрасте не закаляются 58 % опрошенных, в юношеском возрасте всего лишь 87,5 %. Наибольшее количество людей закаляется в группе людей зрелого возраста – 42 %. Во всех возрастных группах из предложенных методик закаливания (обтирание, обливание, солнце, воздух, контрастный душ, моржевание, открытые водоемы) наибольшее предпочтение было отдано процедуре обливания (40 - 50 %).

Нам было интересно узнать об отношении респондентов к процедуре закаливания. Положительно к процедурам закаливания относятся 45 % респондентов, в том числе и люди, применяющие процедуры закаливания. Нейтральное отношение высказала 35 %. Желających начать закаливающие процедуры оказалось 20 % респондентов. Таким образом, можно предположить, что 20 % респондентов необходимо обучить ими

выбранной методики закаливания, 45 % – обучить правилам закаливания. А для остальных 35 % респондентов – мотивировать к проведению оздоровительных закаливающих процедур.

Из опрошенных нами людей экстремальным закаливанием «моржеванием» систематически занимается только 1 человек, пробовали купаться в реке Енисей 2 человека.

Информацию о разных методах закаливания хотели бы получить 40 % опрошенных. Отрицательный ответ дали 22 % респондентов, а 38 % людей не выразили заинтересованности получения информации о закаливании. Наиболее востребованными источниками информации являются интернет и телевидение (33 % и 27 %), наименьшими – лекции (5 %), 13 % респондентов выразили желание получать информацию о закаливании по месту жительства.

Анализируя ответы респондентов на вопрос об участии их в мастер-классе по закаливанию лишь 23 % всех опрошенных высказали свою готовность участвовать, нейтральное отношение высказали 34 %. При этом среди возрастных групп имелись различия. Так, в зрелом и пожилом возрастах люди заняли нейтральную позицию в 42 % случаев. Наибольшее количество людей, выразивших желание присутствовать на мастер-классе, были в группе юношеского возраста – 42 %, наименьшее (13 %) в группе лиц зрелого возраста. Респонденты юношеского и зрелого возрастов в 40 % случаев считают информацию полезной, а люди пожилого возраста только в 9%. При этом в третьей группе (пожилой возраст) более дифференцированно подходят к восприятию информации и не отметили, что данная тематика им не интересна.

Таким образом, анализируя полученные результаты анкетирования, мы пришли к выводу, что оздоровительные мероприятия, в том числе и закаливание, необходимо активно пропагандировать, проводить обучение населения.

Обзор литературных источников, документов позволил сделать вывод, что в настоящее время в обществе формируется образ здорового человека. Результаты анкетирования показали, что люди разных возрастных групп в настоящее время готовы применять оздоровительные процедуры, но отмечается различие в формах и средствах в разных возрастных и социальных группах, что необходимо учитывать при построении оздоровительной работы. Программа (модель) закаливания позволит дифференцированно применять методику в зависимости от возраста, состояния здоровья, эмоционального состояния, физиологических особенностей организма человека.

Родители и дети, посещающие детскую поликлинику, получают возможность освоить оздоровительные технологии с использованием такого средства как естественные факторы природы, и проводить процедуры самостоятельно в домашних условиях. Дополнительные методические материалы позволят расширить кругозор человека и формировать новое отношение к своему здоровью. Таким образом, увеличится не только продолжительность жизни человека, но и творческое долголетие. А внедрение практики обучения закаливанию в условиях детской поликлиники позволит расширить спектр получаемых услуг, оказываемых населению, квалифицированными специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, В. А. Закаливание, массаж, гимнастика /В. А. Александрова, Ф. Н. Рябчук, М. А. Красновская. – М.: Сова, Эксмо, 2003.
2. Артюхова, Ю. А. Как закалить свой организм / Ю. А. Артюхова. – Минск: Харвест, 1999.
3. Иванченко, В. Г. Тайны русского закала / В. Г. Иванченко. – М.: Молодая гвардия, 1991. – 173 с.
4. Булыгина, З. И. Зимнее плавание / З. И. Булыгина //Модифицированная программа. – 2007. – № 1. – С. 4–6
5. Оздоровительный эффект закаливания ТиПФК №11 2012 г. Н.С. Мартынюк, (стр. 63-66);
6. Голубева Л. Г. Закаливание малыша: пособие для родителей /Л. Г.Голубева, И. А. Прилепина; под ред. В. А. Доскина. – М.:Просвещение, 2007. – 31с:
7. Жбанков Р.Г. Закаливание холодом: методическое пособие /Жбанков Р.Г., Приходченко К.М.,Полищук С.А. – Минск: Пламя, 1980. – 34 с
8. Саркизов-Серазини И.М. Основы закаливания (с избранными разделами физиотерапии). – М.: Физкультура и спорт, 1953. – 240 с.
9. Куранов Г.В. Закаливание часто болеющих детей и взрослых. – Пермь, 1991. - 99 с
10. Кибардин Г.М. Исцеляющий холод. Домашняя криотерапия. – М.: Эксмо, 2013. – 336 с.
11. Колгушкин А.Н. Целебный холод воды. – М.: Физкультура и спорт, 1986. – 128 с.
12. Лаптев А.П. Закаливайтесь на здоровье. – М.: «Медицина», 1991. – 160 с
13. Кузнецов О.Ф., Сидоров В.Д. и др. Закаливание и оздоровление детей в дошкольных учреждениях методом криомассажа. Пособие для врачей / д.м.н. О.Ф. Кузнецов, д.м.н. Сидоров, д.м.н., проф. М.А. Хан, к.м.н. С.В. Строганов, к.м.н. Е.М. Стяжкина, к.м.н. С.А. Гусарова, Е.Л. Вахова. – М.: РНЦ ВМиК, 2002. – 13 с.
14. Создание и организация деятельности спортивных клубов по месту жительства: сборник нормативно-методических материалов / сост.: Ушарова И. А., Кривцова Е. В. / ККИПКРФКиС - Красноярск, 2012. - 99 с. Издание 2 – дополненное и переработанное

КИНЕТИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Е.С. Кублик, Е.С. Минеева, И.И. Гвоздев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»

Сибирского отделения Со РАМН, Красноярск; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., профессор, заведующий лабораторией молекулярно-клеточной физиологии и патологии Института Медицинских проблем Севера Со РАМН А.А.Савченко, к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней № 2 М.А. Дудина

Болезнь Грейвса (БГ) – широко распространенное аутоиммунное заболевание, характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы (ЩЖ), развитием синдрома тиреотоксикоза. Патогенез в большей степени обусловлен выработкой тиреостимулирующих аутоантител, действующих подобно тиреотропному гормону (ТТГ) и вызывающих гиперфункцию и пролиферацию тиреоцитов. Результатом нарушения функционального состояния ЩЖ и активности тиреоидспецифического гуморального иммунитета является гибель тиреоидной паренхимы [1]. Распространенность БГ в различных странах достаточно высока. Так в Европе и США выявлялась у 0,8 % взрослого населения [9]. В России заболеваемость в различных регионах страны составляет до 50 случаев на 100 000 населения. При этом страдают преимущественно женщины от 18 до 50 лет [3].

Современные фундаментальные исследования убедительно свидетельствуют о том, что нейтрофильные гранулоциты (НГ) являются ключевыми эффекторными и регуляторными клетками иммунитета, и играют решающую роль в иммунопатогенезе широкого спектра заболеваний. НГ обладают мощным рецепторным потенциалом, обеспечивающим связь между собой и клетками иммунной системы, а также с клетками эндотелия, эпителия и других тканей. НГ являются ключевыми клетками воспаления [4,5].

Роль НГ в иммунопатогенезе БГ остается малоизученной. Известно, что НГ способны оказывать иммунорегуляторное действие посредством секреции ряда цитокинов, избыточная продукция которых является фактором гиперактивации интратиреоидного воспалительного процесса. Вовлечение НГ в процесс деструкции ЩЖ сопровождается усилением потребления клетками кислорода и продукцией его токсичных метаболитов, что в условиях дефекта механизмов антиоксидантной защиты может служить причиной включения летальной программы тиреоидных клеток, равно как и самих полиморфно-ядерных лейкоцитов. Дисрегуляция иммунитета и процессов апоптоза являются ведущими звеньями в патогенезе аутоиммунных заболеваний ЩЖ. Реакции НГ, направленные на локализацию и элиминацию антигена (АГ), зависят во многом от силы и времени АГ воздействия на иммунную систему и исходного уровня функциональной активности клеток. При БГ НГ активно вовлечены в иммунопатогенез заболевания, повышена их «предуготовленность» к апоптозу на фоне выраженных изменений цитокинового профиля крови [1].

Состояние «респираторного взрыва» НГ, которое развивается при взаимодействии клеток с объектами фагоцитоза можно оценить методом хемилюминесценции [2]. Цитотоксическая активность нейтрофильных гранулоцитов определяется уровнем продукции как первичных, так и вторичных активных форм кислорода (АФК). Доказано, что люцигенин окисляется и люминесцирует только под влиянием супероксид-радикала, который определяется как первичная АФК и синтезируется в системе НАДФН-оксидазы [2,6]. Следовательно, исследование люцигенин-зависимой ХЛ НГ позволяет охарактеризовать состояние активности НАДФН-оксидазы в НГ.

В формировании пула вторичных форм кислорода в нейтрофильных гранулоцитах принимают участие такие ферменты, как супероксиддисмутаза, каталаза, миелопероксидаза и др. [10]. Люминол способен вступать в хемилюминесцентную реакцию и с первичными, и с вторичными АФК [2]. Таким образом целью нашей работы явилось изучение функциональной (ХЛ) активности НГ крови в дебюте болезни Грейвса. Поставленные задачи: 1. Провести и проанализировать спонтанную и индуцированную люминол и люцигенин-зависимую ХЛ НГ крови больных в дебюте БГ и крови практически здоровых людей. 2. Выявить взаимосвязи между ХЛ активностью НГ крови и уровнем ТТГ, Т4 и АТ-ТПО при БГ.

В исследование было включено 26 женщин в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст $40,7 \pm 13,2$, с впервые верифицированным диагнозом БГ, до начала тиреостатической терапии. В качестве контрольной группы было обследовано 45 практически здоровых людей аналогичного возрастного диапазона.

Определение содержания тиреоидных гормонов осуществлялось методом иммунорадиометрического анализа. НГ выделяли из цельной гепаринизированной крови центрифугированием в двойном градиенте плотности фиколл-урографина: $\rho = 1,077$ г/см³ – для отделения лимфоцитов, $\rho = 1,119$ г/см³ – для выделения НГ. Реакционная смесь для ХЛ реакции состояла из 20 мкл донорской сыворотки АВ(IV)Rh(-), 50 мкл люцигенина или люминола («Sigma», США) в концентрации 10-5 М, 40 мкл опсонизированного зимозана (в случае определения индуцирован-

ной ХЛ), 200 мкл взвеси НГ (2 млн/мл) и 240 мкл раствора Хэнкса ("ПанЭко", Россия) для определения спонтанной ХЛ или 200 мкл раствора Хэнкса – для индуцированной. Выбор двух ХЛ индикаторов определяется необходимостью выделения в общем пуле АФК (оценивается с помощью люминола) объема синтеза супероксид-радикала (определяется с помощью люцигенина). Оценку спонтанной и зимозан-индуцированной ХЛ осуществляли в течение 90 минут на 36-канальном ХЛ анализаторе "CL3606" (СКТБ "Наука", Красноярск). Определяли следующие характеристики ХЛ кривой: время выхода на максимум (Tmax), характеризующее скорость развития хемилюминесцентной реакции, максимальное значение интенсивности (Imax), отражающее максимальный уровень синтеза АФК, а также площадь под кривой (S) ХЛ, характеризующую суммарный синтез АФК за 90 минут исследования.

Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых и в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 1 и 3 квартилей (C₂₅ и C₇₅). Достоверность различий между показателями независимых выборок (сравнение с показателями контрольной группы) оценивали по непараметрическому U-критерию Манна-Уитни. Для исследования силы взаимосвязей показателей вычислялся коэффициент ранговой корреляции по Спирмену (r). Статистический анализ осуществляли в пакете программ Statistica 7.0.

В ходе проведенной работы были получены следующие результаты: медиана уровня ТТГ и свободного тироксина (св. Т4) у обследуемых в дебюте БГ составила соответственно 0,17 (0,01; 0,72) мкМЕД/мл и 17,9 (13,1; 30,3) пмоль/л, а содержание АТ-ТПО – 374,0 (223,0; 817,4) МЕ/мл.

Изменение тиреоидного статуса практически не сказывается на активности НАДФН-оксидазы НГ. Выявляется только снижение Tmax люцигенин-зависимой зимозан-индуцированной ХЛ. Необходимо отметить, что Tmax характеризует скорость развития респираторного взрыва в случае регуляторного или антигенного воздействия на клетку. Соответственно, снижение Tmax люцигенин-зависимой зимозан-индуцированной ХЛ НГ крови при БГ отражает ускорение процесса функциональной активации клеток.

Также у больных БГ выявлено увеличение Imax люминол-зависимой спонтанной и зимозан-индуцированной ХЛ НГ. Следовательно при БГ повышается уровень синтеза вторичных АФК нейтрофилами крови.

С помощью корреляционного анализа исследованы взаимосвязи между показателями респираторного взрыва в НГ и параметрами тиреоидного статуса. Установлено, что у лиц контрольной группы концентрация ТТГ отрицательно взаимосвязана с Tmax люцигенин-зависимой спонтанной ($r=-0,89$, $p=0,019$) и индуцированной ($r=-0,94$, $p=0,005$) ХЛ. Уровень св.Т4 также отрицательно коррелирует с площадью под кривой люцигенин-зависимой спонтанной ХЛ ($r=-0,83$, $p=0,042$) и Tmax ($r=-0,83$, $p=0,042$) и площадью под кривой люцигенин-зависимой индуцированной ХЛ ($r=-0,94$, $p=0,005$) НГ. При БГ выявлены только взаимосвязи уровня аутоантител к ТПО в сыворотке и Tmax ($r=-0,70$, $p=0,036$), а также между показателями АТ-ТПО и Imax ($r=-0,72$, $p=0,030$) люминол-зависимой индуцированной ХЛ.

По результатам работы были сформированы следующие выводы:

1. У больных БГ в дебюте заболевания наблюдается повышение активности респираторного взрыва по спонтанному и индуцированному уровню синтеза вторичных АФК НГ крови. Меняется кинетика зимозан-индуцированного синтеза первичных АФК.

2. С помощью корреляционного анализа установлено, что у здоровых людей ТТГ и свободный Т₄ снижает активность респираторного взрыва НГ. По-видимому, данные гормоны стимулируют пластические процессы и снижают активность энергетических реакций, от которых зависит уровень респираторного взрыва.

3. С нарушением тиреоидного статуса при БГ взаимосвязи между показателями респираторного взрыва НГ и гормонами щитовидной железы теряются, но появляется зависимость ХЛ реакции и аутоантител к ТПО. Можно предположить, что с усилением аутоиммунных процессов снижается реактивность НГ, тем самым характеризуя повышение роли специфического иммунитета в иммунопатогенезе БГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апоптоз нейтрофилов и иммунорегуляторные цитокины при аутоиммунных тиреопатиях/ О.И. Уразова, Е.Б. Кравец, В.В. Новицкий, В.Н. Кузнецова, А.В. Рогалева //Клиническая и экспериментальная тиреоидология. - 2007. - № 4. -Т.3. - С.49-53.
2. Ю.А.Владимиров /Свободные радикалы и клеточная хемилюминесценция/ Ю.А.Владимиров , Е.В.Проскурина// Успехи биологической химии. - 2009.- № 49.- С. 341-388.
3. Д.А. Дрометр/ Иммунологические аспекты дифференциальной диагностики синдрома гипертиреоза/Д.А.Дрометр , И.А.Тузанкина, А.В.Киев //Клиническая и экспериментальная тиреоидология. - 2007. - №1.-Т.3. -С.18-23.
4. Савченко А.А., Борисов А.Г. Основы клинической иммунометаболизма. Новосибирск: Наука, 2012. 263 с.
5. Нейтрофильные гранулоциты:новый взгляд на «старых игроков» на иммунологическом поле/ И.В.Нестерова, Н.В.Колесникова, Г.А.Чудилова , Л.В.Ломтатидзе , С.В.Ковалева , А.А.Евглевский//Иммунология.-2015.-№ 4.-С.257-265.
6. А.А.Савченко/ Клинические аспекты функциональных нарушений нейтрофильных гранулоцитов при онкопатологии// Л.М.Куртасова , А.А.Савченко, Е.А.Шкапова//Наука/- 2009.184 с.

7. О.А.Коленчукова /Особенности люминол- и люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов у больных хроническим риносинуситом /О.А.Коленчукова, А.А.Савченко, С.В.Смирнова // Мед. Иммунология.- 2010. Т. 12, № 4–5. С. 437–440.
8. Хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов и уровни концентрации цитокинов у больных распространенным гнойным перитонитом/ А.А.Савченко, Д.Э. Здзиковецкий, А.Г. Борисов., Н.А.Лузан // Цитокины и воспаление. 2013. Т. 12, № 1–2. С. 115–119.
9. Serum thy rotropin, thyroxine, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): national health and nutrition examination survey (NHANES III) /J.G.Hollowell, N.W Stachling., W.H Hannon. // J.Clin.Endocrinol. Metab. - 2002. - V. 87. - PP. 488 — 499.
10. Luminolbased chemiluminescent signals: clinical and non-clinical application and future uses /P.Khan, D.Idrees, M.A.Moxley, J.A Corbett., W.S.Sly// Appl. Biochem. Biotechnol. 2014. V. 173, No 2. P. 333–355.

УДК 616.831-002:615.03:616.155.32

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ И БИОФИЗИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕМБРАН ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЛЮЙСКИМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ РЕАФЕРОНОМ С КВЕРЦЕТИНОМ

Кудрицкая К.С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии им. проф. В.В. Иванова
Научный руководитель: д.м.н., проф. Зайцева О.И.*

Актуальной задачей, стоящей перед здравоохранением Республики Саха (Якутия), является проблема виллюйского энцефаломиелимита (ВЭМ) - заболевания, поражающего преимущественно коренное население Республики Саха [3]. Значимыми в патогенезе заболевания представляются биохимические и физико-химические исследования в области патохимии мембран иммунокомпетентных клеток [1,6]. При ВЭМ наиболее уязвимыми оказываются нервная и иммунная системы, в связи с чем одной из наиболее адекватных моделей такого рода исследований может служить система иммунитета и один из основных ее элементов – лимфоцит [4]. Цель исследования: изучение особенностей липидного спектра и биофизического состояния мембран лимфоцитов у больных ВЭМ для разработки методов патогенетической терапии и оценка их эффективности.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: Определить содержание фракций нейтральных липидов в мембранах лимфоцитов у больных с различными формами ВЭМ. Определить содержание фракций фосфолипидов в мембранах лимфоцитов у больных с различными формами ВЭМ. Дать характеристику физико-химическим свойствам мембран лимфоцитов у больных с различными формами ВЭМ. Выявить корреляционные взаимосвязи показателей мембраносвязанных факторов и высших мозговых функций у больных с различными формами ВЭМ. Разработать методику патогенетической терапии ВЭМ, внедрить её в клиническую практику и оценить эффективность использования.

Материалы и методы включали обследование 76 больных ВЭМ, 30 из которых в возрасте от 30-55 лет были пролечены препаратами: мембранопротектором - кверцетином (по 1гр. 4 раза в сутки в течение 21 дня) в комбинации с иммуномодулятором «Реафероном-ЕС» (по 1000000 МЕ внутримышечно №10 ежедневно). Контрольную группу составили 17 пациентов аналогичного возраста, получавших плацебо. Обследование больных проводилось до и после лечения с использованием клинко-психологических, биохимических, физико-химических методов. По этим же критериям обследована группа непрофессиональных доноров. Для исследования липидов мембран лимфоцитов использована методика [5], разработанная В.Н.Ростовцевым и Г.Е.Резником, включающая тонкослойную хроматографию (ТСХ) фракций нейтральных липидов (НЛ) и фосфолипидов (ОФЛ). Для определения биофизических характеристик мембран лимфоцитов методом флуоресцентного зондирования взяты для анализа два показателя: текучесть липидного бислоя и вязкость поверхностных структур. Флуоресцентное зондирование мембран лимфоцитов проведено на спектрофлуориметре MPF-4 марки «Hitachi», по методу, предложенному Ю.А. Владимировым и Г.Е. Добрецовым [2]. Цифровой материал обработан с помощью стандартного статистического пакета программ STATISTICA 6.0. В ходе исследования были получены следующие результаты: У больных ВЭМ выявлены признаки дестабилизации липидного бислоя мембран лимфоцитов: снижение уровня общих фосфолипидов ($p<0,001$), повышение свободного холестерина ($p<0,001$), свободных жирных кислот ($p<0,05$), детергентной лизофракции ($p<0,001$). При лечении пациентов ВЭМ кверцетином в комбинации с «Реафероном-ЕС» установлена положительная динамика изучаемых мембраносвязанных показателей: увеличение фосфатидилхолина ($p<0,001$) и снижение детергентной лизофракции ($p<0,001$).

Таким образом, у больных ВЭМ были выявлены универсальные признаки дестабилизации липидного бислоя мембран лимфоцитов, сопровождающиеся снижением текучести поверхностных и глубоких слоев и фор-

мированием, соответственно, более «жесткого», ригидного типа биомембран с низкой функциональной активностью. Проведенное лечение с применением препаратов: мембранопротектора кверцетина в комбинации с иммуномодулятором «Реафероном–ЕС» способствует эффективной коррекции выявленных мембранопатий, что позволяет рекомендовать данный способ для внедрения в комплексную терапию больных ВЭМ. По истечении курса 21 дневной терапии, на протяжении последующих 6 месяцев сохраняется эффект лечения, что говорит о стабилизации на клеточном уровне и возможной дальнейшей стабилизации на органном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимиров, Ю. А. Роль нарушений липидного слоя мембран в развитии патологических процессов / Ю.А. Владимиров // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1989. – № 4. – С. 7-17.
2. Владимиров, Ю. А. Флюоресцентные зонды в исследовании биологических мембран / Ю. А. Владимиров, Г. Е. Добрецов // Медицина. – 1980. – № 3 – С. 320.
3. Заболеваемость вилкойским энцефаломиелитом в Республике Саха (Якутия) за 1996-2005 годы / Р.С. Никитина, В.А. Владимирцев, Е.Д. Савилов, Р.С. Тазлова // III International Meeting on Problem of Vilyuisk Encephalomyelitis and others neurodegenerative disorders in Yakutia. – 2006. – С. 36.
4. Особенности картины крови у больных вилкойским энцефаломиелитом / Л.П. Сизикова, А.А. Дадаева, Е.Л. Субботина, Р.А. Никитина и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 47-50.
5. Ростовцев, В. Н. Количественное определение липидных фракций плазмы крови / В. Н. Ростовцев, Г. Е. Резник // Лабораторное дело. – 1982. – № 4. – С. 218-221.
6. Pan, C.C. Spindle cell and mixed spindle/lymphocytic thymomas: an integrated clinicopathologic and immunohistochemical study of 81 cases / C.C. Pan, W.Y. Chen, H. Chiang // Am. J. Surg. Pathol. – 2001. – Vol. 25. – P. 111-120.

616.248-053.81:612.2

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ, БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ И ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТ

К.С. Кудрицкая, М.М. Локтионова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

д.м.н., проф. И.В. Демко, д.м.н., доц. Е.А. Собко, к.м.н., асс. И.А. Соловьева

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний GINA, 2014. По данным Н.М. Ненашевой (2010), в настоящее время наблюдается увеличение распространенности БА во всех регионах мира [1].

Диагностика бронхиальной астмы нередко вызывает определенные трудности у практикующих врачей в связи с вариабельностью проявлений бронхиальной астмы, обуславливающих отсутствие значимых изменений ФВД, так как не улавливаются изменения, происходящие на уровне мелких бронхов, при уже имеющихся жалобах. А это в свою очередь приводит к несвоевременному назначению базисной терапии, ее коррекции, прогрессированию заболевания и ранней инвалидизации пациентов.

Основным скрининговым методом выявления нарушений функции внешнего дыхания является спирометрия. Среди показателей спирометрии, ОФВ1 является стандартизованным показателем дыхательной функции легких и используется главным образом для оценки внутригрудных обструктивных нарушений. Он лучше других показателей связан с прогнозом легочной функции, но малочувствителен при выявлении легких респираторных нарушений. Однако диагностические возможности этого метода несколько ограничены, так при нормальных спирометрических показателях, не исключается наличие бронхообструктивного компонента. Данная ситуация встречается достаточно часто и требует дополнительного обследования пациента.

Целью работы стало определение информативности показателей спирометрии, бодиплетизмографии и импульсной осциллометрии у больных бронхиальной астмой при оценке дыхательной функции легких.

Были поставлены следующие задачи исследования: Изучить информативность показателей спирометрии, бодиплетизмометрии и импульсной осциллометрии для оценки легких, умеренных и тяжелых форм вентилиационных нарушений у больных бронхиальной астмой молодого возраста. Определить чувствительность и специфичность показателей спирометрии, бодиплетизмометрии и импульсной осциллометрии (ИОС) для оценки дыхательной функции легких у больных БА различной степени тяжести молодого возраста. Установить возможность комплексного использования показателей спирометрии, бодиплетизмометрии, импульсной осциллометрии для проведения скрининга с целью раннего выявления нарушений функции внешнего дыхания.

Согласно поставленной цели, обследовано 150 человек: 110 больных БА были разделены на 3 группы с учетом течения заболевания и 40 практически здоровых добровольцев составили группу контроля. В 1-ю группу включены больные БА легкого течения заболевания, во 2-ю группу вошли больные БА среднетяжелого и 3-ю группу составили пациенты с тяжелым течением БА. Параметры функции внешнего дыхания регистрировали на аппарате общей плетизмографии «ErichEger» (Германия). Состояние бронхиальной проходимости оценивали методом спирометрии с бронходилатационным тестом (400 мкг сальбутамола). БПГ выполнялась в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества, согласно которым разница между измеряемыми объемами и емкостями из трех проводимых дыхательных маневров не должна превышать 5% [2]. Для определения общего респираторного сопротивления всем обследованным проведена ИОС. Критерии включения: персистирующая БА легкого, среднетяжелого и тяжелого течения; возраст более 18 и менее 44 лет с ранее установленным диагнозом бронхиальной астмы; подтвержденная данными спирографии бронхиальная обструкция, носящая обратимый характер (прирост ОФВ1 $\geq 12\%$ и > 200 мл от исходного уровня после пробы с 400 мкг сальбутамола); возможность правильного использования базисных препаратов; адекватная оценка своего состояния (по мнению исследователя) [3]. Критерии исключения: возраст менее 18 и более 44 лет; наличие цереброваскулярных заболеваний (острые нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки); заболевания сердца; злокачественные новообразования; тяжелая почечная и печеночная недостаточность; беременные и кормящие грудью женщины; сахарный диабет; хроническая обструктивная болезнь легких.

Были получены следующие результаты: По мере нарастания тяжести БА происходит редукция легочного объема (снижается ФЖЕЛ и ОФВ1), в группах легкого ОФВ1 (89 [85;96]), среднетяжелого ОФВ1 (86 [83;102]) и тяжелого ОФВ1 (71 [51;78]) течения по сравнению с контролем ($p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно) и нарастает бронхиальная обструкция: снижаются скоростные показатели (МОСы), отражающие бронхиальную проходимость. Изучение показателей спирографии в группах больных БА различной степени тяжести молодого возраста показало значимые различия с группой контроля по таким показателям, как ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ. Однако известно, что полученные уровни индекса Генслера и ОФВ1 являются нормальными величинами, и не могут в данном случае служить достоверными показателями бронхиальной обструкции.

При изучении показателей бодиплетизмографии у больных БА легкого и среднетяжелого течения заболевания установлено статистически значимое повышение показателей ООЛ в группах легкого (114,8 [108;140]), среднетяжелого (108 [95;125]) и тяжелого (121,3 [113;135]) течения по сравнению с контролем ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно), и соотношения ООЛ/ОЕЛ в группах легкого (109,7 [97,4;127,3]), среднетяжелого (105,4 [95,2;117]) и тяжелого (117,4 [108;137,7]) течения по сравнению с контролем ($p=0,001$, $p=0,001$, $p<0,001$ соответственно) по сравнению с аналогичными параметрами практически здоровых, однако полученные результаты не выходят за границы норм, рекомендованных Американским и Европейским респираторными обществами.

В группе больных БА тяжелого течения показатели, характеризующие состояние просвета бронхиального дерева (СДПВд, СДПВыд), и их соотношение (СДПВыд/СДПВд) были достоверно выше показателей практически здоровых добровольцев (СДПВд $p<0,05$; СДПВыд $p<0,001$, СДПВыд/СДПВд $p<0,05$ кроме того значения ОЕЛ, ООЛ и величина их отношения (ООЛ/ОЕЛ), значительно превышали значения контрольной группы, что отражает наличие значимой бронхиальной обструкции в исследуемой группе.

Таким образом, полученный массив спирометрических и бодиплетизмографических данных в группе БА легкого течения и отчасти среднетяжелого находится в пределах нормальных значений.

Уже при легком течении БА отмечалось статистически значимое повышение дыхательного сопротивления, что проявлялось за счет снижения X5 (реактанса на 5 Гц). Параллельно тяжести заболевания БА можно наблюдать увеличение показателей общего дыхательного импеданса (Zrs) и его компонентов - резистанса и реактанса на 5 Гц (Rrs5, Xrs5) и это свидетельствует о нарушении проходимости бронхов в периферических отделах малых дыхательных путях. Таким образом, наиболее чувствительными для диагностики обструктивного синдрома уже на ранних стадиях заболевания оказался реактанс на 5 Гц (Xrs5). Данный показатель имеет достоверные различия между группами пациентов легкой (-278,7 [-713,8;844,1]), средней (216,6 [-457;920]), тяжелой (834,9 [698;1163,1]) БА и группой контроля ($p=0,002$, $p=0,001$, $p<0,001$ соответственно), что свидетельствует о высокой информативности данного показателя и использовании для диагностики легкого течения БА.

Среди обследованных пациентов с диагнозом БА в 40% случаев ИОС выявляла нарушения бронхиальной проходимости при нормальных значениях ОФВ1, причем все выявленные нарушения затрагивали периферические бронхи.

С помощью ROC-анализа мы оценили наиболее часто используемые показатели для диагностики бронхиальной обструкции – ОФВ1, СДП на выдохе, реактанс на 5 Гц и выявили, что наиболее чувствительным и специфичным является реактанс x5, что позволяет использовать данный показатель для раннего выявления начальных проявлений бронхиальной обструкции, определения степени выраженности и уровня обструкции дыхательных путей у больных БА при нормальных функциональных показателях по результатам классической спирометрии. Вместе с тем ИОС не зависит от усилий пациента и может быть использована в клинической практике, в том числе у больных с тяжелыми респираторными нарушениями.

Были сделаны следующие выводы: У больных БА молодого возраста информативность показателей спирометрии и бодиплетизмометрии зависит от степени тяжести заболевания. Импульсная осциллометрия имеет значительные преимущества перед этими методами исследования, так как позволяет получить объективную характеристику механических свойств аппарата вентиляции и выявить обструктивные нарушения в 100% случаях при уже легком течении заболевания. Наибольшими прогностическими свойствами при низкой стандартной ошибке ROC-кривой при бронхиальной обструкции ($SEAREA < 0,05$) обладает реактанс X5 ($ROCAREA = 0,787$) с чувствительностью 91% и специфичностью 93%. Для проведения скрининга с целью раннего выявления нарушений функции внешнего дыхания необходим комплексный подход в диагностике, включающий использование показателей спирометрии, бодиплетизмометрии и импульсной осциллометрии. Изучение возможностей импульсной осциллометрии выявило ее высокую информативность в диагностике нарушений механики дыхания с помощью анализа изменений дыхательного импеданса и его компонентов.

УДК 159.923-053.6

ПРОГРАММА ТРЕНИНГА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ

В. А. Кудрявцева, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО*

Понятие «ценность» принадлежит к многозначным понятиям, распространенным в сфере обыденного сознания и в сфере научного, в частности, методологического и философского знания. Ценность осознается и переживается личностью как актуальный значимый смысл. В ходе индивидуальной жизнедеятельности, ценности входят в психологическую структуру личности, как личностные ценности. Ценности служат связующим звеном между культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным.

Ценностные ориентации - совокупность убеждений и представлений личности об окружающем мире, позволяющей ей ранжировать все предметы и явления по их значимости для ее жизни. Они выражают выбор человеком конкретных ценностей в качестве нормы своего поведения. Если ценности представляют собой некоторые абсолютные нормы, цели, идеалы, которым следует общество, то ценностные ориентации относительно и индивидуальны. Они возникают на основе свободы выбора, в соответствии с которым индивид может свободно следовать идеалам, а может их отвергать (Беляев, 2004).

Человек – субъект в своей деятельности, поступках, мыслях и переживаниях. Он опирается на общечеловеческие, духовные и нравственные ценности. Сознание человека развивается внутри культурного целого, в котором кристаллизован опыт деятельности, общения и мировосприятия. Человеку необходимо не только усвоить этот опыт, но и преобразовать на его основе свои естественные возможности и способности так чтобы состоялось «второе рождение» - рождение своего жизненного пути.

В процессе своего образования личность должна пройти и актуализировать свой жизненный опыт и мировоззрение. Развертывание из безличной формы всеобщности в личностную форму культуры индивида способствует тем самым приданию идеи формы ценности для субъекта. Анонимно всеобщее переходит в форму индивидуального, субъективного, а индивидуальная жизнь приобретает форму всеобщности.

Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, служащих связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным.

Всякая ценность характеризуется двумя свойствами - значением и личностным смыслом. Смысл и значение как феномены психики, внутреннего мира личности возникают и существуют потому, что человеку впервые открывается другая сторона нравственности. Феномены донравственной психики, не будучи перестроены в процессе осмысления и обозначения в нравственной оценки, не порождают сами по себе эволюционно мир смыслов и значений.

Онкологические заболевания - это те или иные злокачественные опухоли, возникающие из клеток эпителия, в органах и тканях организма. Эпителиальные клетки обладают способностью быстрого деления и размножения. Онкологические заболевания развиваются при перерождении обычных клеток в опухолевые.

У онкологических больных прослеживается склонность к пессимистической оценке жизненных событий. Длительные дисфории или склонность к депрессивным реакциям, сопровождаются чувством безнадежности и потерей интереса к жизни.

Такие больные стремятся к сохранению привычных ситуаций и поведенческих стереотипов. Это может говорить о повышенном уровне ригидности, отсутствии спонтанности и психологической гибкости, а также о небольшом психологическом ресурсе. Не только в стрессовых, но и обычных жизненных ситуациях такие пациен-

ты не склонны к анализу причинно следственных связей. Они удовлетворяются внешними, формальными проявлениями.

Очень часто раковые пациенты занимают позицию «все зависит от внешних обстоятельств, я ничего не решаю и ничего не могу сделать». Это симптоматика идентификации себя с подростком.

У онкологически больных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны. Такие больные с большим трудом расслабляются, так как для многих из них характерен высокий уровень тревожности. Он препятствует релаксации и восстановлению психологических ресурсов.

Каждый больной сам определяет позицию по отношению к болезни. Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Величина стресса от диагноза определяется: во-первых, значением, которое ему придется, а во-вторых, теми правилами, которые выработались в процессе жизни и, которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

Поскольку эмоциональные состояния могут содействовать появлению болезни, они точно так же могут влиять и на сохранение здоровья. Признавая свое содействие возникновению болезни, пациенты одновременно признают, что в их силах содействовать выздоровлению, делая тем самым первый шаг к нему.

С целью изучения ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим диагнозом нами была использована следующая методика: «Ценностные ориентации» М. Рокича и проведен количественный и качественный анализ эмпирических данных с использованием метода математической статистики. Для исследования внутренней конфликтности и уровня самореализации была использована методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах (Е. Б. Фанталова).

Первый этап исследования проведен с целью диагностики ценностных ориентаций пациентов с онкологическим диагнозом, а также для выявления уровня ценностей и доступностей, что может сопровождаться образованием стрессов и повышением тревожности. Второй этап исследования состоял из разработки и проведения программы тренинга, на формирование ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим диагнозом. Третий этап исследования заключался в отсроченном повторном проведении методик для оценки эффективности разработанной программы тренинга.

Основная гуманистическая идея любого из разработанных тренингов заключается в том, чтобы не принуждать человека, не давить на него, а помочь ему стать самим собой, принять и полюбить себя, преодолеть стереотипы, мешающие ему жить радостно и счастливо, прежде всего, в общении с окружающими людьми в различных социальных сферах.

Целевая аудитория: выборка исследования представлена группой испытуемых мужчин и женщин в возрасте от 45 до 65 лет, в количестве 20 человек с онкологическим диагнозом при КГБУЗ «Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского» находящиеся на стационарном лечении.

Целью программы тренинга является повышение адаптационных возможностей пациентов с онкологическим диагнозом, снижение уровня тревожности, помощь в индивидуальных психологических запросах пациентов.

В результате проведения психодиагностического исследования выявлено, что ведущими для женщин являются общечеловеческие ценности личного счастья: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь. «Здоровье» находится на вершине иерархии, это может объясняться тем, что для любой женщины важным является ее самочувствие и состояние организма. Для мужчин же наоборот, более актуальным и важным по-прежнему осталась активная деятельная жизнь. Высоким статусом во всех группах при распределении на второе место обладает ценность «счастливая семейная жизнь» в сочетании с высокими показателями по ценности «любовь». Более значимыми они являются для женщин, страдающих раком шейки матки, что, скорее всего, связано с возможной потерей женственности и привлекательности, что может повлечь за собой ухудшение семейных отношений. Так же выявлено, что у женщин высокий процент наблюдается по отношению к ценности «материально обеспеченная жизнь», это может быть связано с беспокойством о предстоящих трудностях лечения и невозможности полноценно выполнять прежнюю работу в полном объеме. Для мужчин же в приоритет выходит ценность жизненной мудрости несколько выше здоровья и счастливой семейной жизни, что может быть связано с желанием в семейной сфере остаться по-прежнему важным, уважаемым и главным.

Низкий уровень наблюдается у следующих ценностей: общественное признание, познание, развитие, развлечения, свобода творчество, счастье других. Это связано с особенностью роли женщины в обществе, ее видение смысла жизни не в карьерных успехах, а в материнстве.

Проведенное психологическое сопровождение пациентов с онкологическим диагнозом позволяет сделать выводы о том, что столкновение в жизни с травмирующим событием, горем или стрессом формирует неспособность открыто выражать агрессивные чувства и внутренний запрет на демонстрацию эмоций.

Сбор информации во время рефлексивного анализа указывает на подавление реакций и чувств у таких пациентов, также их избегание конфликтов приводит к внешне видимой «приятной» наружности. Прослеживает-

ся сильная приверженность этих людей к доминирующим социальным нормам и стремлению соответствовать обществу.

Данные об исследовании уровня соотношения ценностей и доступностей указывают на то, что у этих пациентов меняется реальная объективно-жизненная позиция больного - от позиции «обреченности», впоследствии «позиции выживаемого человека» до «позиции социальной адаптации». Наличие внутреннего конфликта - это показатель рассогласования, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, свидетельствующий о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных потребностей, внутреннего дискомфорта, внутренней конфликтности, а также об уровне самореализации, внутренней идентичности, интегрированности, гармонии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляев, И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2004. - № 2. С. 9.
2. Ильницкий, А.П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака».- 2009 №7. С. 2-4.
3. Попова, И.П. Мужчины и женщины в сферах занятости и здоровья: контекст девяностых // Женщина в российском обществе. 2012. № 2. С. 21.
4. Серый, А В, Яницкий М.С. Ценностно-смысловая сфера личности / Учебное пособие. - Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2008 - 92с.
5. Щербатых Ю. В. Психология стресса - М.: Эксмо, 2008. - 304 с.

УДК 616.24-006

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКИХ

Кузуб Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Шелихов В.Г.*

Рак легких по распространенности занимает первое место среди онкопатологии. Ранняя клиническая диагностика рака легких в практической медицине, по данным научной литературы, не возможна [5, 7]. У большинства первично выявленных больных диагностируется рак III – IV стадии. В течение первого года умирает около 80% больных, до пяти лет живут около 10% заболевших. Главной причиной запущенного рака легкого является поздняя диагностика, в основе которой лежат как недостаточное знание клинорентгенологических проявлений практическими врачами, несоблюдение правил диагностической технологии, так и отказ больных от современного применения адекватных диагностических средств.

Целью данного исследования стал анализ данных клинического и параклинического исследования больных поступивших в отделение общей терапии МБУЗ «ГКБ №2» для своевременной диагностики у них рака легких.

Обследовано 20 больных (из них 13 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 38 до 79 лет, которым впервые выставлен диагноз рака легких (центральный или периферический) в терапевтическом отделении. Применяли методы субъективного и физического исследования пациентов, анализ параклинических методов исследования (рентгенологические, эндоскопические, лабораторные исследования мокроты, крови, плевральной жидкости и др.)

Тщательно собранные жалобы больного при первичном осмотре, в динамике наблюдения, чаще всего позволяют задуматься о наличии патологии, т.к. клинические признаки начала заболевания чаще отличаются от туберкулезного процесса, пневмонии, хронического бронхита. Так больные чаще предъявляли жалобы на сухой кашель (в основном мужчины среднего возраста без хронических заболеваний бронхолегочной системы, факторов риска туберкулеза).

Выраженная клиническая картина рака обусловлена нарушением бронхиальной проходимости и воспалением в легочной паренхиме дистальнее места сужения просвета бронха. При первичном воспалении легочной ткани речь идет о пневмонии, а при центральном раке — о пневмоните. При всем сходстве рентгенологических проявлений этих процессов существуют признаки, которые дают возможность различить эти заболевания.

Острое начало заболевания, рецидивирующее течение и кашель с гнойной, особенно зловонной мокротой, выраженный лейкоцитоз, хотя и наблюдаются при центральном раке легкого и хронической неспецифической пневмонии, все же чаще свидетельствуют в пользу последней. В связи с этим больным подобными клиническими проявлениями целесообразно вслед за томографией проводить направленную

бронхографию. Однако малая выраженность перечисленных симптомов либо их отсутствие более характерны для рака легкого, для подтверждения которого предпочтительнее использовать биоптические методы.

Ряд признаков позволяет дифференцировать рак легкого с туберкулезом. Рак легкого значительно чаще поражает мужчин в возрасте особенно старше 40 лет. Больные туберкулезом нередко указывают на перенесенный в прошлом экссудативный и сухой плеврит или специфический процесс в других органах и на более частый контакт с бацилловыделителями. Страдающие раком легкого чаще, чем больные туберкулезом, жалуются на общую слабость. Выделяющаяся при кашле в небольшом количестве мокрота обычно слизистая, жидкая или тягучая, иногда с примесью прожилок или комочков крови. При туберкулезе легких кровохарканье, легочные кровотечения часто сопровождаются последующим образованием аспирационной пневмонии, бронхогенных очагов, бацилловыделением. Этого не наблюдается при раке. Различны частота и характер болевого синдрома при этих заболеваниях. Острые, усиливающиеся при глубоком дыхании, но сравнительно быстро проходящие и разлитые боли в груди наблюдаются у меньшей части больных туберкулезом. При раке (в основном при поражении плевры) боли в груди встречаются значительно чаще, а кроме того, они упорные, постепенно нарастают, не связаны с фазой дыхания, не уступают различным седативным средствам. Физические изменения в легких в начальной фазе как рака, так и туберкуломы выражены в незначительной степени или даже отсутствуют. Они появляются и нарастают по мере прогрессирования болезни, причем при раке притупление перкуторного звука над областью поражения носит более выраженный характер, чем при туберкуломе. При прогрессировании опухолевого процесса нередко возникают симптомы сдавления крупных сосудов, ателектаз, параканкротная пневмония, что нехарактерно для туберкуломы. При рентгенологическом исследовании можно установить частую локализацию рака не только в верхних, но (в отличие от туберкуломы) и в нижних долях легких. В верхней доле он нередко находится в переднем (3-м) сегменте. Маленькие периферические раки обычно имеют неправильно полигональную форму, а опухоли больших размеров (1,5—2 см и более в диаметре) — неправильно округлую, бугристую или более правильную овально-шаровидную форму. Структура ракового узла чаще всего однородная и в отличие от туберкуломы вкрапления извести в нем встречаются крайне редко. Контуры опухоли обычно бывают ясными, но нечеткими, тяжистыми и волнистыми. При росте опухоли на томограммах удается обнаружить, что тень опухоли как бы состоит из нескольких слившихся узлов.

Сопоставление этих данных с результатами объективного исследования и лабораторно-инструментальными данными практически у всех больных позволили задуматься о возможном раке легкого уже на уровне приемного покоя, хотя поступление в клинику уже было обусловлено синдромами уплотнения легочной ткани, обтурационного ателектаза, дыхательной недостаточности. Раковая интоксикация наблюдалась почти в половине случаев задолго до появления параканкротной пневмонии, закупорки бронха, дыхательной недостаточности.

Для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза во всех случаях необходимо проводить несколько исследований с использованием различных методов, характерных для данного вида заболевания.

Основные методы диагностики следующие: рентгенографическое обследование - основной метод диагностики рака легких [6].

Компьютерная томография. Преимущества КТ: высокое разрешение по контрасту, возможность за короткое время получить большое количество поперечных проекций, что особенно ценится для локализации области, из которой потом будет браться проба ткани для планирования хирургического вмешательства, биопсии и последующей радиотерапии [8].

Эндоскопический метод исследования (фибробронхоскопия). Благодаря достижениям современной электроники и оптики, эндоскопический метод исследования приобрел решающее значение для ранней диагностики рака легких. Недостаток заключается в том, что при периферическом раке легкого, при поражении бронхов мелкого калибра этот метод не подойдет.

МРТ - метод получения изображений, которые индуцированы сигналом ядерного магнитного резонанса. Преимущества магнитно-резонансной томографии: исключительно высокое контрастирование тканей, получение в ходе одного исследования изображения во всех анатомических проекциях. Недостатки МРТ: невозможность исследования пациента при наличии у него ферромагнитных имплантатов, довольно высокая стоимость исследования.

Позитронно-эмиссионный томограф. До недавнего времени ПЭТ была доступна только для исследований ядерной медицины. Сегодня уже трудно представить оптимальную точную диагностику без радионуклеарной медицины. Позитронная эмиссионная томография базируется на открытии, что конкретные болезненные изменения показывают более интенсивный обмен сахара. Современная технология изображает эти изменения. Революционность этого достижения заключается в том, что ПЭТ не только диагностирует опухоль, её размер и растяжение, но и показывает наличие и распространение метастаз во всем теле. Результаты такого обследования позволяют точнее планировать и контролировать лечение, выбрать наиболее правильный последующий этап терапии, операцию или химиотерапию. А если после проведения химиотерапии уже через 14 дней проконтро-

лизовать её эффективность. Сейчас не существует более эффективного метода обследования раковых опухолей в ранней стадии. При помощи позитронно-эмиссионной томографии злокачественные опухоли могут быть продиагностированы с вероятностью в 90%.

Радиоиммунологическое исследование (классификация вида рака). Основа радиоиммунологического исследования - анализ содержания моноклональных антител в исследуемых тканях, который позволяет выявлять различные виды опухолей еще на ранних этапах развития, когда размеры опухоли незначительны. Тесты на обнаружение специфичных для определенного вида опухолей антител позволяют эффективнее решать проблему низкого разрешения по контрасту между тканями похожей плотности, характерного для обычных рентген-исследований [3].

Рассмотрим, что можно на современном этапе использовать в латентной фазе для диагностики рака легкого.

Определение паранеопластических антигенов (сегодня их насчитывают около 20). Злокачественные клетки, образовавшиеся из нормальных клеток какой-либо (не нервной) ткани, могут синтезировать «чужие» для них белки, которые в норме экспрессируют только в нейронах. Синтез нейрональных белков вне нервной системы способен приводить к специфическим неврологическим нарушениям, локализованным на значительном удалении от самой опухоли и ее метастазов. Такие белки получили наименование паранеопластических, или онко-нervальных антигенов, а соответствующие неврологические нарушения — паранеопластических синдромов. В частности, при мелкоклеточном раке легкого часто наблюдается миастенический синдром Ламберта-Итона (мышечная слабость, подавление сухожильных рефлексов), ретинопатия (ослабление зрения и даже слепота), судороги и слабость мышц.

На сегодняшний день нет достаточной статистики о том, у какой доли пациентов при каждом данном раке синтезируется тот или иной паранеопластический антиген, и появляются антитела к нему. Как бы то ни было, уже имеющиеся экспериментальные данные позволяют надеяться, что тестирование аутоантител против паранеопластических антигенов может послужить основой для создания относительно простых и быстрых методов сверхранней диагностики рака. (П.П. Филиппов) [10].

Новый способ-тест на обнаружение роста опухоли (РО-тест) в лаборатории вирусологии и клинической иммунологии МНИОИ им. П.А. Герцена (из капельки крови) (А.И. Агеенко, В.С. Ерхов). Определяют эмбриональный (поверхностный) антиген (белок ЭПА-10), который содержит особый сигнализатор — идиотипическую детерминанту Т-клеточного рецептора (ТКР), обеспечивающую специфичность раковой «метки»; (ЭПА-10) — единый универсальный маркер всех злокачественных опухолей, независимо от их природы (вызванные вирусами, химическими канцерогенами, естественно возникающие — спонтанные опухоли человека и т.д.) и гистогенеза (тканевой принадлежности). Иммунологический маркер РО-тест появляется только тогда, когда в организме возникает очаг опухолевых клеток. Отсюда, естественно, и высокая чувствительность и специфичность РО-теста — до 90-95%. Все же другие маркеры, наоборот, являются побочными продуктами опухолевого превращения, поэтому они не специфичны и их уровень может увеличиваться и при другой патологии, в частности при хронических воспалительных процессах и др. [1, 2].

В крови больных раком легкого определяется повышенное содержание молекул, называемых плейотрофинами (доктор Гехард Зугмайер, Марбургский университет). Если крупномасштабные исследования подтвердят полученные результаты, тогда анализ крови на содержание в ней молекул плейотрофинов станет большим подспорьем, как в ранней диагностике заболевания, так и при отслеживании результатов лечения больных с раковыми опухолями.

Ученые из университета Кентукки разработали скрининговый тест для диагностики немелкоклеточного рака легких (НМРЛ) по анализу крови. Тест основан на определении ряда антител, вырабатываемых в организме при росте НМРЛ. В случае, если достоверность нового метода будет подтверждена более масштабными исследованиями, тест начнет применяться для скрининга РЛ у людей из группы повышенного риска, в частности у курильщиков [4].

Сотрудники американской компании Panacea Pharmaceuticals (Гейтерсберг) предложили новый способ диагностики РЛ. Метод, основанный на определении уровня специфического белка в крови (аспартил-бета-гидроксилаза человека — НААН), позволяет выявлять заболевание на любых стадиях его развития (Марк Семенюк).

Инфракрасная спектроскопия сыворотки крови в комплексной диагностике РЛ (из периферической крови) [9].

Технологическая медицинская новинка, получившая название «Спайрал Си-Ти Скэннер», представляющая собой сканирующее рентгеновское устройство, которое за 20 секунд производит съемку грудной клетки пациента со всех углов. В результате создается компьютерная трехмерная модель легких, причем предварительные данные показывают, что такая технология позволяет обнаруживать в два раза меньшие по размеру опухоли в легких, нежели те, которые можно выявить при помощи обычного рентгена.

Возможности современного медицинского обследования больных, к сожалению, остаются весьма скромными. Вдумчивый анализ всех полученных клинических и доступных параклинических исследований помогает практическому врачу правильно интерпретировать результаты исследований, своевременно поставить диагноз

рака легких и эффективно лечить болезнь. В настоящее время большее внимание уделяется новейшим методам исследования, но при этом часто теряется значимость клинических исследований больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеенко А.И. Рак — расшифровка злокачественности (электронная версия).
2. Бакулин М.П., Потапова И.А. Рак легкого: сложности диагностики. Роль и значение иммунологических методов // Мед. консультация. - 1995. - № 3. - С. 37-40.
3. Барчук А.С., Вагнер Р.И., Лемехов В.Г. и др. Современные подходы к диагностике и лечению рака легкого // Вопр. онкол. - 1997. - Т.43, №1. - С. 15-21.
4. Бахлаев И.Е., Агеенко А.И., Ерхов В.С. Олейник Е.К. TURTEST в диагностике опухолевых заболеваний легких // Пульмонология. - 1998. - №3. - С. 48-50.
5. Блинов Н.Н., Шуткин В.А., Хонелидзе Г.Б. Ошибки диагностики рака легкого на амбулаторном этапе. Кишинев: Штиинца, 1990. - 160 с.
6. Власов П., Барышников А., Ионова В. Клинико-рентгенологическая диагностика рака легкого. // Медицинская газета (электронная версия). — №17. - 2005.
7. Гончаров Ю.Н. Ошибки и трудности диагностики рака легкого // Клин. медицина. 1994. - Т.72, № 1. - С. 61-63.
8. Портной А.М., Петрова Г.А., Нефедова В.О., Араблинский А.В. Роль компьютерной томографии в диагностике рака легкого // Вопр. онкол. - 1991. - Т. 37, №3. - С. 330-335.
9. Федунь А.М., Кукош М.В., Гордеев А.С. Роль инфракрасной спектроскопии сыворотки крови в комплексной диагностике рака легкого (электронная версия). - 2002.
10. Филиппов П.П. Паранеопластические антигены и ранняя диагностика рака. МГУ (электронная версия).

УДК 614.253.5:616.98

ГОТОВНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА

Кузьмина А.С.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научный руководитель: преподаватель Лопатина Т.Н.

Болезнь, вызванная вирусом Эбола, представляет собой тяжелое, и нередко смертельное заболевание с коэффициентом смертности, достигающим до 90% [2,5]. По официальной информации ВОЗ на 30.12.2015 от лихорадки Эбола пострадало 26312 человек, 10899 случая (41%) закончились летальным исходом. Реальное количество заболевших лихорадкой Эбола может в 2–4 раза превышать официальные цифры.

Эпидемия лихорадки Эбола в Западной Африке началась в феврале 2014 года в Гвинее и продолжалась до декабря 2015 года, выйдя за пределы страны и распространившись на Либерию, Нигерию, Сенегал, США, Испанию и Мали. 29 декабря 2015 года ВОЗ объявила об окончании эпидемии Эболы в странах Западной Африки.

Резкий прирост миграции африкано-арабского населения в страны Европы приводит к резкому ухудшению санитарно-гигиенического состояния населенных пунктов и обеспечивает социальную напряженность. Большое число беженцев и мигрантов, создает огромную эпидемическую нагрузку на европейские страны и, в первую очередь, по лихорадке Эбола. Несмотря на то, что в России было зафиксировано 40 случаев подозрения на заболевание вызванное вирусом Эбола и ни один из них не подтвердился, в ближайшие месяцы поток мигрантов может быть направлен в сторону РФ и ситуация может измениться в короткие сроки.

Внезапное повышение температуры, крайняя слабость, боли в мышцах, головная боль и боль в горле являются типичными признаками болезни Эбола, но могут быть также симптомами других заболеваний, поэтому больные часто госпитализируются в различные стационары с различными диагнозами [3,4,6]. В дальнейшем наблюдаются тошнота, диарея, сыпь, нарушение функции почек и печени и в некоторых случаях внутренние и внешние кровоизлияния. В этих случаях симптомокомплекс позволяет заподозрить заболевание из группы геморрагических лихорадок. Постановку диагноза облегчает правильно и подробно собранный эпидемиологический анамнез, но инфицированность вирусом Эбола можно подтвердить лишь при помощи лабораторного анализа.

В целях обеспечения противоэпидемической готовности лечебно-профилактических организаций к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения ООИ, в т.ч. лихорадки Эбола, в каждом подразделении должен быть разработан план, который предусматривает следующие мероприятия:

подготовка кадров, в том числе: теоретическая подготовка среднего медицинского персонала, практическое совместное обучение врачей, медицинских сестер и лаборантов, проведение семинарских занятий по вопросам диагностики и проведения первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий);

обеспечение постоянной готовности противочумной укладки;

обеспечение связи (радио, мобильной) между различными подразделениями в случае возникновения необходимости проведения противоэпидемических мероприятий [8,9].

Цель исследования: оценить готовность среднего медицинского персонала к работе с больными лихорадкой Эбола.

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

Оценить уровень теоретических знаний медицинских сестер о заболеваниях из группы ООИ;

Определить профессиональную компетенцию медицинских сестер в условиях критичной эпидемической ситуации;

Определить степень противоэпидемической готовности ЛПО к работе с больными ООИ;

Оценить степень риска внутрибольничного инфицирования медицинского персонала при работе с больными ООИ.

Объект исследования: медицинские сестры.

Предмет исследования - профессиональная компетентность медицинских сестер по вопросам обеспечения инфекционной безопасности в условиях критичной эпидемической ситуации.

Методы исследования: описательный метод, анкетирование.

При выполнении данного исследования проведен осмотр различных кабинетов, бокс для изоляции больного, содержимое противочумной укладки. Разработана анкета и проведено анкетирование медицинских сестер.

Исследование проводилось в КГБУЗ «КМДКБ №1», КГБУЗ ККЦОМД, КББУЗ КМКБСМП, КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1».

Всего было проанкетировано 40 медицинских сестер. Анкета содержала вопросы о клинике лихорадки Эбола, о комплектации противочумной укладки, порядке действий в случае выявления больного ООИ, проведении дезинфекционных мероприятий.

На основании проведенного исследования было установлено: во всех ЛПО имеется план работы и схема оповещения, которые хранятся у главной медсестры.

Памятки по основным клиническим симптомам болезни находятся у заведующей поликлиники или у старшей медсестры отделения. По требованиям действующих нормативных документов такие памятки должны находиться в каждом кабинете на видном месте.

Противочумная укладка хранится в специальном шкафу в приемном отделении стационаров. Медицинские сестры ориентированы о месте хранения укладки, не всегда знают, где находится ключ от шкафов, поэтому не имеют к нему круглосуточного доступа в случае возникновения эпидемически неблагоприятной ситуации.

Укомплектованные противочумные костюмы I типа в количестве не менее 3 комплектов (в стационарах – 4).

КГБУЗ «КМДКБ №1», КГБУЗ ККЦОМД оснащены противочумными комплектами типа "Кварц-1М". Другие ЛПО оснащены противочумными регламентированными костюмами, изготовленными из тканого материала "Бязь", соответствуют ГОСТ Р 50444-92. В комплект также входит памятка «Порядок надевания и снятия противочумного костюма».

Ежегодно в ЛПО традиционно проводится семинарское занятие для медицинских сестер с отработкой навыков надевания и снятия противочумного костюма. В КГБУЗ ККЦОМД имеется видеофильм, демонстрирующий организацию работы в случае выявления больного ООИ.

1 раз в 2 года в стационарах проводится учебно-тренировочное занятие, организованный службой Роспотребнадзора по проведению первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий на случай поступления больного ООИ.

Укладка для забора материала от больных содержит необходимое стерильное оснащение (банки, пробирки, петли и т.д.), упакованные в крафт-пакеты или бумажно-плёночные пакеты сроком годности до 5 лет, либо в биксы с фильтром со сроком годности 3 недели. На упаковке имеется дата стерилизации, сроки использования стерильных ИМН соблюдаются.

Укладка для проведения первичных противоэпидемических мероприятий (УК-1Б) укомплектована на основании МУ 3.1.1.2232-07 от 1.10.2007г «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры» [7]. В укладку входит 66 наименований, в т.ч. бланки направлений, пенал металлический для пробирок, карандаш для оформления документов и лейкопластырь для герметизации емкостей с целью предупреждения контаминации окружающей среды вследствие возможного разлива материала.

Аптечка для оказания неотложной помощи укомплектована в соответствии с нормативными документами, сроки годности лекарственных препаратов соблюдаются.

Запас средств дезинфекции достаточный для проведения заключительной дезинфекции, в качестве дезинфекционного средства применяется хлорамин. Емкости для приготовления рабочих растворов достаточного объема (10 л).

Готовность госпитальной базы определяется способностью лечебно-профилактических организаций, определенных комплексным планом, к развертыванию стационаров различного профиля. Существенное значение

имеет обеспеченность этих учреждений квалифицированными, теоретически и практически подготовленными кадрами, достаточным запасом необходимых медикаментов, диагностическим и другим лабораторным оборудованием, мягким и твердым инвентарем, средствами для дезинфекции. Готовность каждого учреждения госпитальной базы оценивается в баллах по 100-балльной шкале [8].

Таблица 1

Оценка состояния готовности ЛПО к проведению мероприятий на случай выявления больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими болезнями и синдромами

№	Критерии	Баллы
1	Наличие и реальность оперативного плана, наличие схемы оповещения, функциональных обязанностей медработников, обеспеченность памятками по чуме, холере, КВГЛ, другими болезням и синдромам	40
2	Число медицинских работников, прошедших теоретическую подготовку по болезням и синдромам с учетом % охвата	10
3	Число работников, участвовавших в практических тренировочных занятиях по болезням и синдромам с учетом % охвата	10
4	Знание медработниками клиники, диагностики карантинных инфекций	5
5	Наличие у медработников практических навыков в пользовании защитной одеждой, укладками для забора материала, дезинфекционными средствами	10
6	Количество и укомплектованность укладок противочумным костюмами I типа	10
7	Наличие дезинфекционных средств, емкостей для их приготовления	5
8	Наличие, количество и укомплектованность укладок для забора материала, средств личной профилактики и симптоматической терапии	10
	Итого	100

Сумма баллов, превышающая 75 из 100, указывает на удовлетворительную готовность ЛПО.

Суммарная оценка исследуемых ЛПО была в этом диапазоне.

По результатам обработки анкеты установлено, что медицинские сестры имеют правильное представление об ООИ, знают симптомы заболевания, вызванного вирусом Эбола. Медицинские сестры ориентированы о порядке сигнализации на случай выявления больного ООИ, правилах транспортировки и изоляции больного и контактных лиц.

При работе в обычном режиме медицинские сестры носят спецодежду и применяют одноразовые перчатки при проведении инвазивных манипуляций. Это соответствует требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [10], но не может обеспечить безопасность медицинских работников при контакте с возможным источником инфекции.

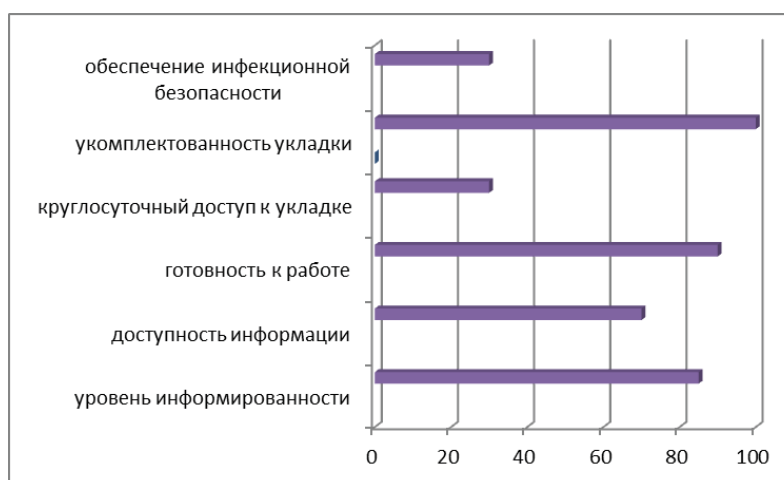


Рисунок 1 - Готовность среднего персонала к работе в критической эпидемической ситуации.

Анализируя данные анкетирования (рисунок 1), наиболее проблемными являются вопросы обеспечения инфекционной безопасности в ЛПО, круглосуточный доступ к Укладке для проведения первичных противоэпидемических мероприятий и доступность информации.

Выводы:

1. Теоретические знания медицинских сестер о заболеваниях из группы ООИ достаточные для организации работы при выявлении больных лихорадкой Эбола;

2. Профессиональная компетенция медицинских сестер позволяет проводить весь комплекс мероприятий в условиях критичной эпидемической ситуации;

3. Готовность ЛПО к проведению мероприятий на случай выявления больного ООИ удовлетворительная;

4. При работе в обычном режиме риск внутрибольничного инфицирования медицинского персонала при контакте с возможным источником особо опасной инфекции высокий.

В заключение необходимо отметить, что в ЛПО проводится большая работа по обеспечению мероприятий в случае возникновения особо опасных инфекций и контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, но инфекционная безопасность не гарантирована, риск возникновения внутрибольничного заражения очень высок. В данной ситуации целесообразно устраивать карантинные пункты и изоляторы для мигрантов, но это относится к категории административных решений государственного масштаба [11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акинфеева Л.А., Аксенова О.И., Василевич И.В. и др. Случай вирусной геморрагической лихорадки Эбола // Инфекц. бол. - 2005. - Т 3, № 1. - С. 85-88.
2. Борисевич И.В., Маркин В.А., Фирсова И.В. и др. Эпидемиология, профилактика клиника и лечение геморрагических лихорадок (Марбург, Эбола, Ласса и Боливийской) // Вопр. вирусол. - 2006. - № 5 - С. 8-16.
3. Борисевич С.В., Сыромятникова С.И. Геморрагическая лихорадка Эбола// Инфекционные болезни. – 2015 - №1. – С.36-39.
4. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с.
5. Киселев О.И., Цыбалова Л.М., Деева Э.Г., Цветков В.В. Клинико-эпидемиологические особенности болезни, вызванной вирусом Эбола, на современном этапе: патогенетические основы терапии. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2015. - №1. – С. 32.
6. Малов В.А. Сестринское дело при инфекционных заболеваниях : учеб. для студентов среднего проф. образования / В.А. Малов. - 6-е изд., стер. - М. : Академия, 2010. - 304 с.
7. Методические Указания МУ 3.1.1. 2232-07 от 1.10.2007. Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры.
8. МУ 3.4.1030-01 3.4. Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации и международного сообщения.
9. МУ 3.4.2552-09 Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
10. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
11. Санитарно-эпидемиологические правила "Санитарная охрана территории Российской Федерации" СП 3.4. 2318-08; СП 3.4.2366-08 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам «Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318 – 08» (приложение).
12. Титенко А. М. Филовирусные геморрагические лихорадки: лихорадка Эбола. // Журн. микробиол. - 2002. - № 5. - С. 116-122.
13. Федеральный закон от 30.03.1999г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

УДК 616.379-008.64-06:617.586-002-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кукшинова М.А., Давыдова А.Р., Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого

Кафедра общей хирургии

Научные руководители: к.м.н., асс. Куликова А.Б., д.м.н., проф. Кочетова Л.В.

При сахарном диабете появляется угроза костной деформации стоп, которые в большинстве случаев приводят к СДС, снижающих качество жизни и трудоспособность. В тяжелых случаях при синдроме диабетической стопы приходится ампутировать конечность. Причиной их возникновения является множество факторов, в большей степени имеет влияние остеопения.

Раннее развитие остеопении стоп при сахарном диабете диагностируется с помощью рентгенографии и ультразвуковой денситометрии, практически у всего населения старшего поколения, страдающих данным заболеванием. Однако частота этого заболевания у разных контингентов больных СД требует уточнения.

Основное количество исследователей полагают, что наиболее тяжелая степень остеопенического синдрома развивается у больных, с длительностью СД более 10 лет.

Целью данной работы явилось изучение связи между МПК и давностью заболевания СД 2 типа. В задачи исследования входило:

1. Теоретический анализ литературы по теме исследования.
2. Анализ данных денситометрии
3. Выявить качественные и количественные изменения костного метаболизма у больных СД 2 типа в зависимости от сроков заболевания

Применяли следующие методы исследования:

Теоретические: анализ научно-методической литературы по теме исследования.

Эмпирические: метод математической статистики (выкопировка сведений из статистических данных пациентов с сахарным диабетом).

Объектом исследования стали больные сахарным диабетом II типа с нейроишемической формой диабетической стопы.

Нами было проведено ретроспективное исследование, базирующиеся на данных, полученных из архива НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО "РЖД". Мы выбрали все истории болезни пациентов с сахарным диабетом за 2015-2016 года, проходящих лечение на базе второй хирургии и терапии. Исследование проводилось на аппарате Ультразвуковой денситометр Фирмы Omnisense 7000S. Прибор позволяет определить T и Z индексы, а также скорость прохождения звука, кроме этих показателей аппарат имеет программу позволяющую качественно измерить плотность костной ткани и диагностировать степень остеопении и остеопороза.

В исследование вошло в 66 больных сахарным диабетом 2 типа, из них 26 мужчин и 40 женщин. Было проведено распределение больных по группам в зависимости от давности заболевания сахарным диабетом 2 типа. В первую группу со сроком заболевания до 5 лет вошло 16 человек, во вторую с давностью заболевания до 10 лет вошло 19 человек, и в 3 группу с давностью заболевания до 15 лет вошло 31 соответственно.

Для выявления зависимости изменений показателей денситометрии и сроком давности заболевания сахарным диабетом 2 типа нам необходимо сравнить у всех исследуемых групп каждый показатель по отдельности. При сравнении скорости звука у первой группы с давностью заболевания до 5 лет на лучевой кости составляет $4107,56 \pm 22,52$; на большеберцовой кости $3892,38 \pm 39,43$. У второй группы с давностью заболевания до 10 лет показатели составляют на лучевой кости $4089,42 \pm 26,09$; на большеберцовой кости $3812,37 \pm 17,92$. На лучевой кости видимых изменений не наблюдается ни у 1, ни у 2 группы; а на большеберцовой кости видны незначительные изменения скорости прохождения звука. У третьей группы с давностью заболевания более 10 лет показатели скорости звука на лучевой кости составляют $4092,35 \pm 21,38$; на большеберцовой кости $3705,35 \pm 29,38$. Таким образом, при сравнении скорости прохождения звука на лучевой и большеберцовой кости у больных с нейроишемической формой значительно снижалась на большеберцовой кости у третьей группы со сроком заболевания только более 10 лет.

Мы получили данные T и Z индексов на лучевой кости у 3 групп: у первой группы со сроком заболевания до 5 лет T – индекс составил 0,15, Z – индекс 0,85; у второй группы со сроком заболевания до 10 лет T – индекс составил -0,70, Z – индекс 0,10; у третьей группы со сроком заболевания более 10 лет T – индекс составил -0,40; Z – индекс 0,60. Значительные изменения были выявлены при изучении T и Z индекса, причем у больных 1 группы T и Z индексы были в пределах нормы, у 2 группы уже со сроком заболевания более 5 лет T и Z индекс резко снижались, т.к. преобладает резорбция кости; у 3 группы показатели выше, чем у 2 группы — плотность кости увеличивается за счет деформации и уплотнения ткани.

А при получении T и Z – индексов на большеберцовой кости у трех групп были выявлены следующие результаты: у первой группы со сроком заболевания до 5 лет T – индекс составил -0,45, Z – индекс -0,10; у второй группы со сроком заболевания до 10 лет T – индекс составил -0,90, Z – индекс 0,40; у третьей группы со сроком заболевания более 10 лет T – индекс составил -1,80; Z – индекс 0,50. Если на лучевой кости плотность снижается у 2 группы со сроком заболевания более 5 лет, то на большеберцовой кости со сроком заболевания изменения плотности появляются уже у первой группы с давностью заболевания до 5 лет, что говорит о том, что первоначальные изменения костного метаболизма происходят на уровне большеберцовой кости, а лучевая кость страдает в последнюю очередь.

При сравнении трех групп по степени изменений костного метаболизма на большеберцовой кости по количественному составу мы выявили:

В первой группе по давности заболевания до 5 лет количество больных без нарушений костного метаболизма составляет 13 человек (52%); больных с остеопенией 10 человек (40%); больных с остеопорозом составляет 1 человек (4%)

Во второй группе по давности заболевания до 10 лет количество больных без нарушения костного метаболизма составляет уже 12 человек (25%); больных с остеопенией – 19 человек (39,6%); количество больных с остеопорозом в отличие от первой группы возросло – 17 человек (35,4%).

В третьей группе по давности заболевания более 10 лет количество больных с нормальным костным метаболизмом резко снижается по сравнению с первой и второй группами – 3 человека (6,3%); количество больных с остеопенией 25 человек (52,1%); больных же с остеопорозом 20 человек, что составляет 41,7%.

Таким образом, у больных 1 группы со сроком заболевания до 5 лет изменения в костной ткани выявлены только у 44% случаев (локальные изменения); в то же время у больных 2 группы 75%; в 3 группе со сроком заболевания более 10 лет выявлены серьезные нарушения костного метаболизма, причем изменения организменного уровня, что требует обязательной коррекции и добавления в лечение больных сахарным диабетом препаратов биофосфатов кальция.

Выводы:

1. У больных сахарным диабетом изменения минеральной плотности кости начинаются с нижних конечностей.
2. Степень снижения Минеральной плотности костей нижних конечностей зависит от длительности заболевания.
3. Необходимо выделить больных с длительностью заболевания более 5 лет в группу риска

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусова А.А. Риск переломов у больных сахарным диабетом. //Клиницист. – 2007. – №4. - С. 11-17
2. Международное соглашение по диабетической стопе. М.: Берег, 2000
3. Мкртумян А.М. Оценка состояния костной ткани у больных сахарным диабетом. // Остеопороз и остеопатия. – 2000.- №1.- С. 27-30.
4. Варганян К.Ф. Патология костной ткани при сахарном диабете. // Остеопороз и остеопатия. – 1999. - №4. - С. 31-33.
5. Чечурин Р.Е, Аметов А.С., Рубин М.П. Сравнительная оценка рентгеновской денситометрии скелета и ультразвуковой денситометрии пяточной кости. // Остеопороз и остеопатии. – 1999. - №4 – с.7-10.
6. Руководство по остеопорозу. / под ред. Л.И. Беневоленской.- М.: БИНОМ. - Лаборатория знаний. – 2003.
7. Остеопороз. /под ред. О.Л. Лесняк, Л.И. Беневоленской. – 2-е издание, перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 272 с.

УДК 159.947.5:616-05

МОТИВАЦИЯ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ У ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кунцман Е.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.психол.н., доц. Чупина В.Б.

В последние столетия общество стремительно развивалось во всех направлениях. Разумная деятельность человека дала огромные возможности для изменения среды его обитания с целью создания условий, наиболее комфортных для жизни и способствующих продуктивному удовлетворению своих физиологических потребностей. В результате жизнедеятельности человека значительно изменился химический состав воды, воздуха, продуктов питания.

Существование в новой, неестественной, а зачастую достаточно агрессивной для человека среде, функционирование, отличающееся от естественного, приводит к всевозможным нарушениям тех или иных его систем. Ухудшается как физическое, так и психическое и духовное здоровье индивида.

Одной из актуальных социальных проблем наших дней стали онкологические заболевания. Изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане.

Очень важную роль в выздоровлении больных онкологией является мотивация. Мотивация — формирование желания у человека в своей жизни изменить что-либо. Любое настоящее лечение заболевания действительно должно начинаться с мотивации, нахождению правильных мотивов для обращения за помощью именно самостоятельно со стороны самого больного. А лечение и терапия онкологического заболевания сложный процесс, который просто немыслим без высокой мотивации пациента в результатах лечения.

Целью исследования явилось изучение уровня мотивации к выздоровлению у онкобольных пациентов.

Процесс мотивации (мотивирования) основывается на потребностях человека, которые и выступают основным объектом воздействия с целью побуждения человека к действию. В самом общем виде потребность определяется как ощущение недостатка в чем-либо, которое носит индивидуализированный характер при всей общности проявления [1].

А.Н. Леонтьев расширил представления о функции мотивации, выделив специфически человеческую функцию мотивации смыслообразующую, которая состоит в оценке жизненных обстоятельств и предполагаемых в них действий личности, в придании им «личностного смысла» [2].

Мотивационный процесс включает в себя следующие компоненты:

- оценку неудовлетворенных потребностей;

- формулирование целей, направленных на удовлетворение потребностей;
- определение действий, необходимых для удовлетворения потребностей [1].

Мотивация – это процесс побуждения человека к какому-либо действию. Мотивы деятельности могут быть как конструктивными, так и деструктивными, что зависит как от самого человека, так и от внешних условий.

Рассмотрев теоретические аспекты проблемы, можно догадаться, что при использовании в лечении хронической боли самых современных препаратов и методов у многих пациентов не наступает улучшения или отмечаются рецидивы. Одной из частых причин резистентности хронической боли является низкая мотивация пациентов к лечению. В настоящее время считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и больным является партнерство, при котором врач и больной совместно идут по пути избавления от боли, разделяя ответственность за результат лечения. Задача больного на этом пути – не только вовремя принимать препараты и отслеживать возникновение побочных эффектов, но и изменить свое отношение к боли (установки) и способ реагирования на нее (болевое поведение, копинг–стратегии).

Несмотря на допущение о том, что поведение врача играет ключевую роль в развитии и поддержании мотивации пациента, как ни парадоксально, предлагаемый подход основан на том, что окончательная ответственность за изменения лежит на пациенте. Задача врача заключается в повышении мотивации, а задача пациента – в осуществлении действия. Согласно статистике, ежегодно количество случаев диагностирования онкологических заболеваний увеличивается, справиться с этим психологически сложно и заболевшим, и их близким. Безусловно, психологическая помощь в данной ситуации необходима, но она будет более эффективной при наличии научно обоснованных программ [4]. Таким образом, в данной предметной области, с нашей точки зрения, наиболее важным аспектом являются ресурсы, используемые людьми с онкологическими заболеваниями. Ресурсы – это личностные и средовые средства, ценности, возможности, которые имеются в наличии в потенциальном состоянии и которые человек может использовать, актуализировать при необходимости в совладании с трудной жизненной ситуацией.

В соответствии с предлагаемым подходом клиницисты должны активно избегать делать что-либо за пациента или настоятельно советовать какое-либо одно определенное действие. Возложение большей части ответственности за процесс лечения на пациента в действительности повышает, а не снижает вероятность изменения поведения [3].

В исследовании принимали участие пациенты Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского г. Красноярска. Экспериментальную группу составили пожилые люди в возрасте от 50 до 55 лет, пациенты отделения онкоурологической хирургии.

В качестве диагностического инструментария использовались методики: «Методика диагностики личности на мотивацию к успеху» и «Методика диагностики личности на мотивацию к избеганию неудач» Т. Элерса.

Проведя анализ результатов исследования, мы определили, что у больных имеется низкая мотивация, люди стараются избегать риска, они имеют страхи перед несчастным случаем, любая неприятная ситуация может нанести моральный вред, тем более когда имеется такое тяжелое заболевание. Люди с низким уровнем мотивации к успеху проявляют неуверенность в себе, тяготеют выполняемой работой. Выполнение трудных заданий вызывает у них дискомфорт.

В связи с этим, перед нами стояла задача разработать психокоррекционную, развивающую программу для повышения уровня мотивации среди пациентов Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. Крыжановского А.И.

После окончания реализации программы повторный срез показал, что тренинговая программа работает и дает вполне высокие результаты (у 80%) пациентов (по первой методике) увеличился уровень мотивации к успеху, у 20% - остался неизменным. Результат (по второй методике) так же стал выше, уровень мотивации к избеганию неудач увеличился у 60% пациентов, у 40% остался неизменным.

Пациенты стали гораздо общительнее, у них появились цели и желания, кроме того, с удовольствием делились своими эмоциями и чувствами, стали увереннее в себе, если раньше они не шли на контакт (в первые дни тренинга) то на следующих занятиях у них появилась мотивация к деятельности.

Таким образом, с помощью нашей программы, мы решили ряд задач, которые были поставлены:

- у пациентов повысилась уверенность в себе;
- снизилось эмоциональное напряжение;
- развились навыки самомотивации;
- по окончании программы у пациентов развились стойкие желания и умения в самостоятельной постановке целей деятельности;
- развилось стойкое стремление к достижению самостоятельно поставленной цели.

В ходе проведения работы, большое внимание мы уделяли мотивации пожилых онкобольных людей, так как у лиц данной категории немаловажную роль играет позитивный настрой, который действительно существенно повышает вероятность выздоровления.

В целом, по результатам проведенного исследования мы можем утверждать, что наличие низкой мотивации у исследуемых онкобольных лиц не способствует выздоровлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вилюнас, В.К. Психологические механизмы мотивации человека / В.К. Вилюнас. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. - 285 с.
2. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2003. - 487 с.
3. Марилова, Т.Ю. Психологические особенности онкологических больных / Т.Ю. Марилова // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2012. - № 3. - С. 47–51.
4. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. - СПб.: Питер, 2013. - 291 с.

УДК 378.4: 796

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОК КРАСГМУ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСОВ СИЛОВЫХ И АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Купенко Е.Е., Лукошевичуте К.Е., Филимонова Ю.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра физической культуры

Научный руководитель: к.п.н., доц., Осипов А.Ю.

Не является секретом, что на сегодняшний день, в довольно сложных современных социально-экономических условиях высшие образовательные учреждения Российской Федерации столкнулись с целым рядом различных проблем. Одна из наиболее острых и сложных проблем – низкий уровень физической подготовленности и физического развития студентов вузов. Статистические данные свидетельствуют, что в целом по России не менее 60% молодых людей обучающихся в вузах имеют различные нарушения в состоянии своего здоровья. По данным Министерства здравоохранения и социального развития лишь около 14% студентов можно признать практически здоровыми людьми [2].

Сложившееся в настоящее время негативное положение, связанное с ухудшением здоровья, физического развития и физической подготовленности большинства студентов вызывает у специалистов большую озабоченность и требует от них немедленного поиска высокоэффективных средств и методов, способных исправить сложившуюся ситуацию. Среди причин ухудшения здоровья и снижения уровня физической подготовленности студентов, специалисты называют нерешенность проблемы индивидуального подхода к организации и проведению занятий по физической культуре. Следствием этого является довольно низкая эффективность педагогического процесса физического воспитания в вузах, которая в результате приводит к недостаточной заинтересованности молодыми людьми регулярными занятиями физическими упражнениями, низкому уровню физкультурной грамотности, отсутствию необходимой мотивации и стойкой потребности в освоении ценностей физической культуры [9].

Специалистам известно, что современные молодые люди, большей частью это касается девушек, утрачивают интерес к традиционным видам физического воспитания. По мнению О.В. Верхорубовой одной из главных причин утраты интереса к занятиям физическими упражнениями у молодых людей является отсутствие необходимой информации о новых видах двигательной активности и недостаточная пропагандистская деятельность педагогов кафедр физического воспитания по влиянию данных видов на уровень физического и психического здоровья человека. Тот же автор отмечает, что в США до 70% жителей осведомлены о пользе регулярных занятий физическими упражнениями, а 60% из них имеют полноценную информацию о новых видах двигательной активности [1].

Отдельно стоит остановиться на ситуации со здоровьем студентов, обучающихся в медицинских вузах России. Как известно, интенсификация учебно-образовательного процесса у студентов медицинских вузов значительно превышает данный показатель у студентов других специальностей. Их учебная деятельность характеризуется постоянно увеличивающимся объемом информации, а занятия (лекции, семинары, и т.д.) занимают в среднем 40% суточного времени, что способствует увеличению дефицита двигательной активности студентов, и как следствие ухудшению их здоровья. В то же время установлено, что в медицинские вузы, в основном поступают молодые люди, имеющие более низкий уровень физической и функциональной готовности, чем их сверстники, выбравшие иные специальности обучения. Сочетание данных особенностей оказывает негативное влияние на организм молодых людей, и приводит к значимому ухудшению состояния их здоровья от младших курсов обучения к старшим [10]. В.Б. Мандриков отмечает, что более 50% студентов-медиков не могут на занятиях по физической культуре выполнить контрольные нормативы на положительную оценку из-за недостаточного уровня своей физической подготовленности [3].

Специалисты отмечают, что в последнее время характерной особенностью практически каждого медицинского вуза является большое количество студенток с довольно низким исходным уровнем физического развития и функциональной подготовленности организма к нагрузкам и наличием одного или нескольких хронических заболеваний [6]. Данные негативные обстоятельства входят в существенное противоречие с современной методической концепцией подготовки врачей, которая значительно расширяет требования к выпускнику медицинского вуза, как к специалисту, обладающему всеми необходимыми знаниями, умениями, навыками и компетенциями в вопросах эффективного использования немедикаментозных направлений реабилитационной деятельности и правильного применения разнообразных средств и методов физической культуры и спорта с учетом возраста, пола, физического развития и иных особенностей пациента [5]. В связи с данными обстоятельствами, научные работы, посвященные решению проблем ухудшения физического здоровья и снижения мотивации к регулярным и активным занятиям физической культурой и спортом у студенток медицинских вузов, будут актуальны в настоящее время.

По мнению Е.Н. Максимовой, перспективным направлением решения данной проблемы будет разработка такого подхода к физкультурному образованию студентов, который будет опираться на индивидуальные программы регулярных занятий физическими упражнениями, обеспечивающие высокую оздоровительную направленность процесса обучения, способствующие индивидуальной коррекции физического развития и физической подготовленности молодых людей, повышающие развитие необходимых мотиваций студентов к занятиям физической культурой [4]. По мнению автора статьи, наиболее подходящим для достижения данных целей видом занятий физической культурой будет оздоровительная аэробика. Оздоровительную аэробику от других популярных направлений оздоровительных тренировок отличает высокий эмоциональный фон занятий, простота, доступность и вариативность применяемых средств, возможность контроля над состоянием здоровья занимающихся, использование музыки на занятиях. Регулярные занятия аэробикой могут обеспечить достижение социально значимых результатов: укрепление здоровья, повышение уровня физического развития и культуры движений, улучшение внешнего облика, красоты тела и эстетики физического имиджа, развитие индивидуальных черт характера. Специалистами также отмечается возможность использования средств оздоровительной аэробики в процессе физического воспитания студентов имеющих различные отклонения в состоянии здоровья [8, с. 98], что особенно актуально в настоящее время, так как на сегодняшний день большая часть студентов уже при поступлении в вузы имеют одно или несколько различных хронических заболеваний.

С целью существенного повышения уровня физического развития и функциональной подготовленности студенток медицинского вуза, путем увеличения двигательной активности на занятиях физической культурой и повышении уровня мотивации к регулярным и активным занятиям физкультурой и спортом, в КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого был проведен педагогический эксперимент со студентками 2 курса обучения, факультет – ФФМО, специальность – педиатрия. На занятиях с данными студентками использовались различные методики силового и функционального тренинга (HOT IRON), представляющие собой довольно популярную у современной молодежи разновидность фитнес-аэробики. В эксперименте применялась комплексная методика упражнений – HOT IRON, эффективно способствующая, как повышению уровня физической подготовленности занимающихся, так и формированию и развитию у них действенных мотивационных установок к активным и регулярным занятиям физкультурой. Одно из основных преимуществ данной методики тренировочных воздействий – сочетание научного подхода к организации и проведению занятий и учет особенностей организма занимающихся. Методика HOT IRON представляет собой систему тренировок с мини штангами для широкого контингента занимающихся, направленную на увеличение силовой выносливости. Положительный эффект использования данной системы упражнений – качественная коррекция фигуры и похудение, что является очень мощным мотивационным стимулом для девушек [7].

Как известно, в начале и по окончании учебного года студенты и студентки всех групп, посещающие занятия по физическому воспитанию в КрасГМУ, сдают контрольные нормативы, позволяющие оценить уровень развития основных физических качеств. Если в начале исследований не было выявлено значимых различий между студентками групп, принимавших участие в педагогическом эксперименте и студентками остальных групп 2 курса, то в конце было обнаружено достоверное ($P < 0,01$) улучшение результатов всех контрольных тестов у студенток, занимавшихся по описанной выше методике HOT IRON, по сравнению с результатами студенток, чьи группы занимались по стандартной программе занятий. Выявлено и значительное ($P < 0,01$) снижение числа пропущенных занятий у студенток, принимавших участие в эксперименте, что, свидетельствует о существенном интересе и высоком уровне мотивации девушек к занятиям, организованным на основе использования представленной выше методики. Основные результаты эксперимента представлены в таблице 1.

Основные показатели уровня физического развития студенток КрасГМУ 2 курса обучения, различных специальностей

Физические качества	начало учебного года		окончание учебного года	
	Группы, не участвующие в эксперименте	Группы, участвующие в эксперименте	Группы, не участвующие в эксперименте	Группы, участвующие в эксперименте
Сила (отжимания от пола. кол-во раз)	11±3*	10±2**	13±2*	19±3**
Гибкость (наклоны вперед. сантиметры)	9±4*	10±3**	11±2*	16±2**
Быстрота (челночный бег. секунды)	36±4*	36±2**	33±2*	29±2**
Выносливость (тест Купера, км.)	1,8±0,3*	1,9±0,3**	2,1±0,2*	2,4±0,4**
Масса тела (кг.)	57±4*	56±5**	57±3*	54±2**
Кол-во пропусков (сред.)	12±4*	11±4**	11±3*	5±4**

Прим. * - различия недостоверны, ** - достоверность - $P < 0,01$

Результаты эксперимента свидетельствуют о существенном увеличении уровня развития основных физических качеств и повышения уровня мотивации к регулярному посещению занятий по физическому воспитанию у студенток КрасГМУ, принимавших участие в педагогическом эксперименте, а, следовательно, о достижении цели исследования.

УДК 615.099.092

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИВА**

Куцакова Т.А., Учаева А.М., Бобкова С.С., Синицина М.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра анатомии и гистологии человека

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Жуков Е.Л., д.м.н., проф. Малиновская Н.А.

В современном мире все более значимой становится проблема алкоголизации населения, так как во всем мире от алкоголя умирают около 3,3 миллионов людей [4]. Причем алкоголизация происходит не только крепкими спиртными напитками, но и слабоалкогольными, в том числе и пивом. По данным 2012 года потребление пива на душу населения составило 74,1 литр в год [5]. Пиво пьют «все и везде» независимо от пола и возраста человека, это становится повседневной привычкой и воспринимается как нормальное явление. При этом существует расхожее мнение, что чем дороже стоит алкогольный напиток, тем меньше он нанесет вреда организму, и, соответственно, чем дешевле напиток, тем негативнее эффект его действия на организм. В связи с этим нами было решено провести исследование, целью которого было изучить последствия воздействия на организм экспериментальных животных «дешевого» и «дорогого» пива.

Для достижения поставленной цели нам было необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить неврологический статус экспериментальных животных до и после перорального введения пива.
2. Изучить особенности строения внутренних органов у экспериментальных животных после перорального введения пива
3. Рассчитать средний объем потребляемой жидкости на единицу массы тела экспериментального животного.
4. Провести сравнительный анализ полученных данных у животных, потреблявших различные марки пива и животных контрольной группы.

В эксперименте были использованы белые беспородные мыши-самцы, весом 33-40 г, которые случайным образом были распределены на 5 групп:

Контрольная группа – 6 мышей, которые получали обычную питьевую воду.

1. I экспериментальная группа – 6 мышей, получали для питья пиво «Клинское светлое» (алкоголь 5,4 % об.).
2. II экспериментальная группа – 5 мышей, употребляли пиво «Балтика №7» (алкоголь не менее 5,4 % об.).
3. III экспериментальная группа – 5 мышей, употребляли светлое нефilterованное пиво «Schneider Weisse» с содержанием алкоголя 4,9% об.
4. IV экспериментальная группа – 5 мышей, употребляли светлое нефilterованное пиво «Blanche de Bruxelles» с содержанием алкоголя 4,5% об.

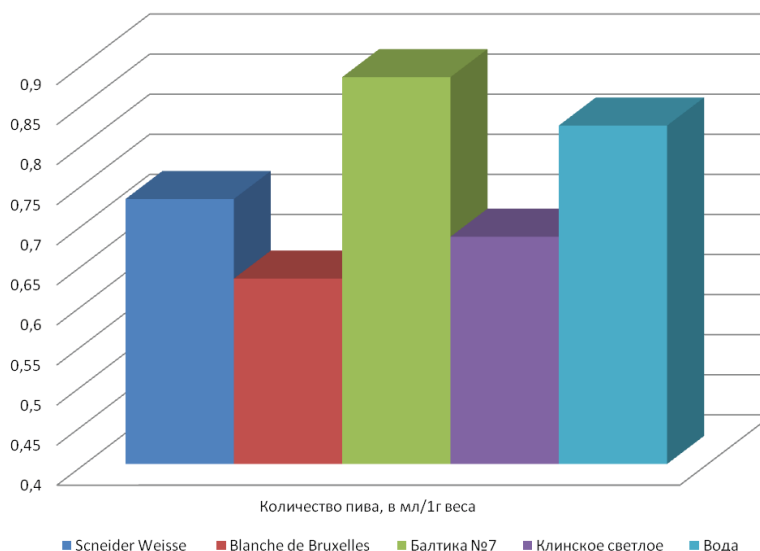
Животным экспериментальных групп воду в поилках заменили на пиво указанных марок. Отечественное пиво марок «Клинское светлое» и «Балтика №7» были приобретены в розничной торговой сети. Импортное пиво марок «Schneider Weisse» и «Blanche de Bruxelles» были приобретены в специализированных пивных барах. Пиво марок «Клинское светлое» и «Балтика №7» было условно отнесено в разряд «дешевого» пива. Им-

портное пиво марок «Schneider Weisse» и «Blanche de Bruxelles» было условно отнесено в разряд «дорогого» пива, так как оно дороже отечественных марок пива в несколько раз.

До и после алкоголизации у животных проводили оценку степени неврологического дефицита, оцениваемого по шкале NSS, и оценку степени выраженности когнитивной дисфункции мышей, с использованием стандартного теста «Водный лабиринт Морриса». На протяжении всего эксперимента проводили измерение выпитой жидкости. Перед выведением животных из эксперимента регистрировали массу тела животных. После этого проводили расчет выпитой жидкости и потребленного чистого алкоголя на 1 грамм веса животного. Выведение животных из эксперимента проводили с соблюдением норм гуманного обращения с животными [4]. Для гистологического исследования забирали головной мозг, печень и почки, изготавливали гистологические препараты, окрашенные гематоксилин-эозином. Гистологические подвергали обзорной микроскопии на микроскопе Olympus BX45 с системой фото-видеодокументации Olympus DP25, в препаратах печени измеряли площадь гепатоцитов и их ядер с помощью программы JMicroVision 1.2.7.. Статистическую обработку проводили с помощью программ Statplus 2006 Professional 3.9.0.0 (для тестов неврологического дефицита и когнитивной дисфункции) и Statistica 6.1 (для морфометрических параметров). Сравнение полученных данных осуществляли с помощью непараметрических тестов Краскела-Уоллиса для сравнения нескольких групп, Манна-Уитни для независимых переменных и непараметрического теста Уилкоксона для зависимых переменных [1, 3].

При расчете количества жидкости выпитой животными на 1 грамм веса отмечается, что животные выпили больше всего пиво «Балтика №7», меньше всего – пиво «Blanche de Bruxelles» (рисунок 1). При расчете потребленного чистого этанола на единицу массы животных отмечается, что наибольшая алкогольная нагрузка пришла на группу животных потреблявших пиво «Балтика №7», наименьшая – потреблявших пиво «Blanche de Bruxelles» (рисунок 2).

Расчет количества выпитой жидкости



Расчет количества поступившего этанола в организм животного

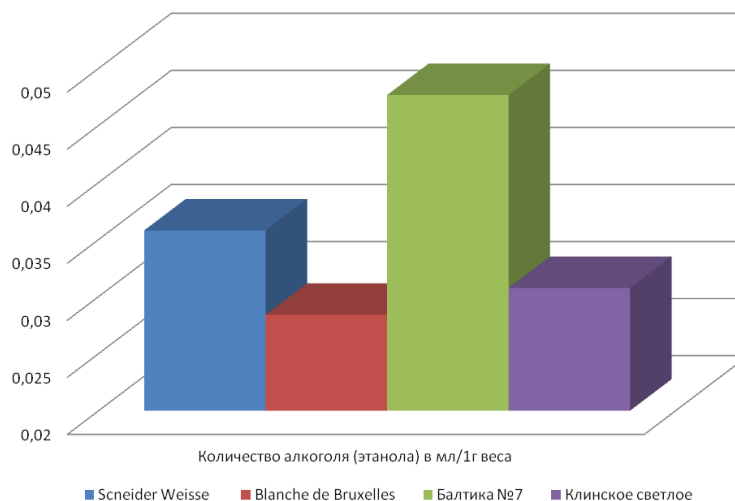


Рисунок 2 – Потребление чистого этанола в мл на 1г веса животного.

Со стороны неврологического статуса у животных после недельной алкоголизации пивом статистически значимого ухудшения неврологического дефицита и когнитивных способностей не определяется (таблица 1). Но следует отметить, что у животных употреблявших «Schneider Weisse», «Blanche de Bruxelles» и «Балтика №7» в течение недели определяются статистически значимые худшие показатели, по сравнению с контрольной группой.

Таблица 1

**Результаты оценки неврологического статуса мышей по шкале NSS
и «Водному лабиринту Морриса» (M±σ)**

№ гр	Группы животных (n=27)	Шкала NSS для мышей, баллы		Когнитивная функция, сек		
		До воздействия	После воздействия	До тренировки	После тренировки (до воздействия)	После воздействия
1	Вода n=6	2,0±0,77	0,83±0,48	35,7±11,08	14,2±4,87 \$	8,2±3,91
2	Клинское светлое n=6	1,0±0,45	0,83±0,31	37,7±9,15	4,17±0,83 \$ *	7,33±1,61
3	Балтика №7 n=5	1,2±1,79	2,0±0,71 *	40,6±12,01	19,6±10,49	9,4±4,93
4	Schneider Weisse n=5	0,8±0,37	2,6±0,51 **	24,4±9,72	13,8±9,57 \$	15,8±5,30 *
5	Blanche de Bruxelles n=5	0,6±0,24	1,6±0,51 *	26,0±9,42	29,0±12,77	29,0±10,17 *

Примечание: * и ** - $p < 0,05$ для попарного сравнения независимых выборок – экспериментальных групп (строки №2-4) с контрольной группой (строка №1); \$ - $p < 0,05$ для сравнения зависимых выборок – внутри всех групп сравнение «до тренировки» и «после тренировки» (только в тесте «Водный лабиринт»).

При исследовании печени лабораторных животных было установлено, что статистически значимое наибольшее увеличение площади гепатоцитов и их ядер, по сравнению с другими экспериментальными группами, употреблявшими пиво, отмечается у мышей, которые пили «Клинское светлое» ($p < 0,05$) (рисунок 3).

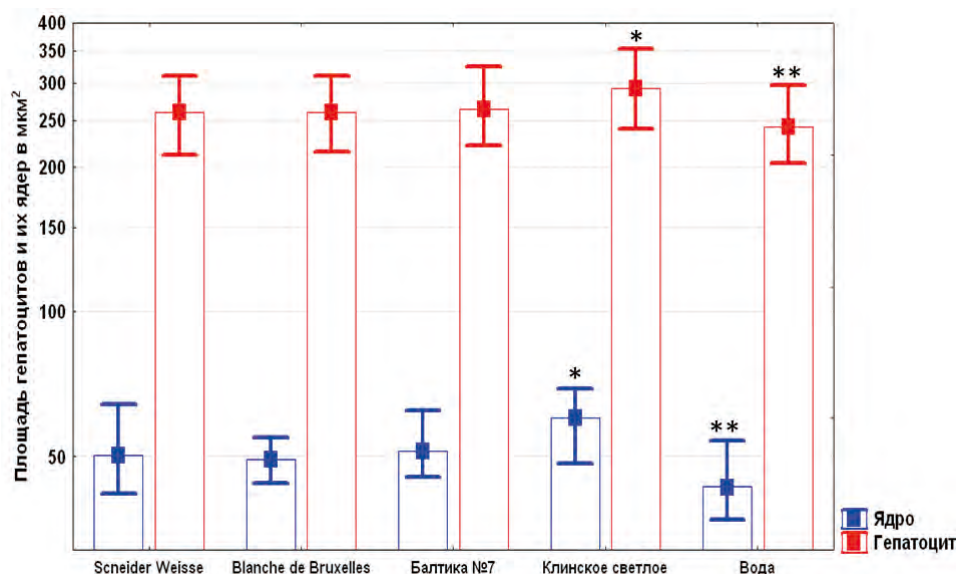


Рисунок 3 – Площадь гепатоцитов и их ядер (Me[Q1;Q3]). * – статистически значимо больший показатель по сравнению с другими группами ($p < 0,05$), ** – статистически значимо меньший показатель по сравнению с другими группами ($p < 0,05$).

У групп животных, которые пили «Schneider Weisse», «Blanche de Bruxelles» и «Балтика № 7» эти параметры не имели статистически значимых отличий между собой ($p > 0,05$). У животных контрольной группы показатели средней площади ядер и гепатоцитов были статистически значимо наименьшие по сравнению с аналогичными показателями экспериментальных групп ($p < 0,05$) (рисунок 3).

При обзорной микроскопии почек отмечается, что они обычного гистологического строения, полнокровные, патологических изменений не выявлено. В головном мозге при обзорной микроскопии гистоархитектоника также не нарушена.

Выводы:

Тот факт, что экспериментальные животные выпили меньше всего пива сорта «Blanche de Bruxelles», а больше всего сорта «Балтика № 7», может быть объяснен как специфическими органолептическими свойствами «Blanche de Bruxelles», так и тем, что, возможно, «Blanche de Bruxelles» лучше утоляет жажду.

Морфометрическое исследование печени показало, что употребление пива негативно сказывается на морфологических параметрах печени – происходит увеличение площади гепатоцитов и их ядер.

Пиво «Клинское светлое» вызывает наибольшие патологические изменения в печени.

Оценка воздействия на функциональное состояние нервной системы позволяет сделать заключение о том, что, по сравнению с контрольной группой животных, пиво «дорогих» марок «Schneider Weisse» и «Blanche de Bruxelles» вызывает наибольшее негативное воздействие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 460с.
2. Каркищенко, Н.Н. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях / Ред.: Н.Н. Каркищенко, С.В. Грачев. – М.: Профиль, 2010. – 358с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2003. – 305с.
4. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>
5. Kirin Beer University Report. URL: http://www.kirinholdings.co.jp/english/news/2014/0108_01.html.

УДК 612.013.5

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ СВОЙСТВ МОДИФИЦИРОВАННЫХ НАНОАЛМАЗОВ ДЕТОНАЦИОННОГО СИНТЕЗА И СОРБИРОВАННОГО НА НИХ ДОКСОРУБИЦИНА НА ПРИМЕРЕ АСЦИТНОЙ КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА

Куцакова Т.А., Учаева А.М., Бобкова С.С., Синицина М.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра анатомии и гистологии человека

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научный руководитель: к.м.н., доц., Жуков Е.Л., к.б.н., доц. Инжеваткин Е.В.

В последнее время отмечается заметная активность в исследованиях, направленных на поиск новых материалов и изучение путей и возможностей их применения в медицинских целях [5,14]. В связи с этим, нельзя не отметить, что стремительно развивающееся в последние годы и весьма перспективное научное направление, которым является нанотехнология, также может внести свой вклад в область практической медицины.

Одним из перспективных наноматериалов для применения в медико-биологических целях, благодаря своим физико-химическим свойствам (размеры алмазных ядер 4-6 нм, удельная площадь до 420 м²/г, высокая сорбционная способность), являются наноалмазы детонационного синтеза [2].

В эксперименте *in vivo* на моделях рака печени и молочной железы установила, что обычно летальная доза химиотерапевтического препарата, связанная с наноалмазами, значительно уменьшает размер опухоли у мышей. При этом уровень выживаемости повышается, а побочных токсических эффектов на ткани и органы не наблюдается [13].

Наноалмазы, используемые нами, обладают важным преимуществом – высокой коллоидной устойчивостью, которая появляется после их модификации по запатентованной технологии в Институте биофизики СО РАН (г. Красноярск) [9,10]. Данный наноматериал успешно применяется как полифункциональный адсорбент для выделения и очистки белков [1,3]. Использование частиц наноалмазов возможно в индикаторных системах (биочипах), сенсорным элементом которых является комплекс наночастицы - маркерный белок [8]. В экспериментах *in vitro* было установлено, что прямой контакт модифицированных частиц наноалмазов с разными типами клеток млекопитающих (форменные элементы крови человека, клетки асцитной карциномы Эрлиха) приводит к их гибели [6,7].

Цель нашего исследования: изучить влияние наноалмазов детонационного синтеза на развитие карциномы Эрлиха в условиях *in vivo* и на активность противоопухолевого препарата доксорубицина.

В качестве экспериментальных животных были использованы 34 лабораторные аутбредные мыши-альбиносы (самцы) весом 26-28 граммов. Всем животным интраперитонеально привили 3 млн. клеток асцитной карциномы Эрлиха в 0,2 мл физиологического раствора (клеточную культуру карциномы получили из НИИ Фармакологии Томского научного центра СО РАМН).

Мыши были распределены на 4 группы: 1 группа – 8 животных – интраперитонеально привили асцитную карциному Эрлиха и лечение не проводили; 2 группа – 8 животных – интраперитонеально привили асцитную карциному

Эрлиха и на 5 сутки ввели раствор доксорубина (концентрация 1,4 мг/мл) из расчета 0,025 мг доксорубина на 1 грамм веса животного; 3 группа – 9 животных – интраперитонеально привили асцитную карциному Эрлиха и на 5 сутки ввели 0,5 мл 0,02% гидрозоля модифицированных наноалмазов детонационного синтеза; 4 группа – 9 животных – интраперитонеально привили асцитную карциному Эрлиха и на 5 сутки ввели 0,5 мл раствора комплекса доксорубин-наноалмазы (концентрация 1,4 мг/мл) из расчета 0,025 мг доксорубина на 1 грамм веса животного.

Стерильный гидрозоль модифицированных наноалмазов 0,02% и раствор комплекса доксорубин-наноалмазы изготавливали в Институте биофизики СО РАН (г. Красноярск).

По истечении 9 суток животных выводили из эксперимента с соблюдением принципов эвтаназии [12].

У животных измеряли объем экссудата в брюшной полости; производили подсчет количества опухолевых клеток на единицу объема экссудата с помощью камеры Горяева; макроскопически оценивали состояние органов брюшной полости; осуществляли забор и фиксацию в 10% формалине фрагментов печени, селезенки, тонкой кишки и передней брюшной стенки, затем по стандартным методикам пропитывали парафином, изготавливали гистологические препараты и окрашивали их гематоксилин-эозином и по методу Ван Гизон.

Полученные гистологические препараты подвергали обзорной микроскопии и сравнивали гистоархитектонику органов животных всех групп между собой. В препаратах печени в 5 полях зрения измеряли площадь гепатоцитов и их ядер, вычисляли ядерно-цитоплазматическое отношение.

Морфологическое и морфометрическое исследование проводили на микроскопе Olympus BX45 с насадкой для фото-видеодокументации Olympus DP 25 и пакетами программного обеспечения Cell[^]D и JMicroVision 1.2.7.

Статистическую обработку полученных данных производили с помощью программы Statistica 6.1 параметрическими и непараметрическими методами. Для описания показателей объема экссудата и количества опухолевых клеток использовали среднее и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) и сравнение проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Для описания показателей площади гепатоцитов и их ядер, а также ядерно-цитоплазматического отношения, использовали медиану и квартили ($Me[Q_1; Q_3]$) и сравнение проводили с помощью непараметрических методов: метода Краскела-Уоллиса (Kruskal-Wallis) при сравнении нескольких групп, и критерия Манна-Уитни (U-test) для попарного сравнения. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [4,11].

При вскрытии трупов животных мы выявили, что мутный экссудат грязно-серого цвета в полости брюшины был только у животных первой (асцитная карцинома Эрлиха без лечения) и третьей (асцитная карцинома Эрлиха с введением гидрозоля наноалмазов) групп – $8,75 \pm 1,89$ мл и $8,33 \pm 1,12$ мл, соответственно. При сравнении между собой объема перитонеального экссудата статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,60$). У животных первой группы в 1 мл экссудата содержалось $96,4 \pm 31,9$ млн. клеток, у животных третьей группы – $101,3 \pm 26,9$ млн. клеток, статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,45$). У животных второй и четвертой групп, которым на 5 сутки развития опухоли вводили доксорубин и комплекс доксорубин-наноалмазы соответственно, экссудата в полости брюшины не было.

При обзорной микроскопии препаратов передней брюшной стенки и органов брюшной полости животных всех групп отмечено, что гистоархитектоника органов не нарушена, наблюдалось полнокровие сосудов, а основные морфологические изменения затрагивали париетальную и висцеральную брюшину.

У животных группы с асцитной карциномой Эрлиха без лечения (1 группа) брюшина была отечна, инфильтрирована лимфоцитами, макрофагами, нейтрофилами, атипичные опухолевые клетки прилежали к брюшине (рисунок 1).

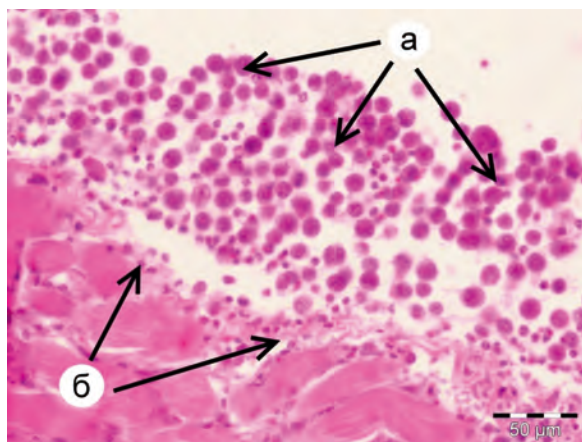


Рисунок 1 – Париетальная брюшина передней брюшной стенки животного из 1 группы: а – опухолевые клетки; б – брюшина. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 400.

Аналогичную картину наблюдали и у группы животных, в которой карциному лечили наноалмазами (3 группа). Но, кроме вышеописанной картины, определялись полупрозрачные светло-коричневые гранулы – кон-

гломераты нанодиазмов, которые располагались как внеклеточно, так и в цитоплазме макрофагов и опухолевых клетках. У животных, которым асцитную карциному лечили доксорубицином (2 группа), изменения брюшины были минимальны: очаговый отек мезотелия, скудные очаговые лимфо-макрофагальные инфильтраты соединительнотканной пластинки. Опухолевые клетки у животных этой группы не наблюдали (рисунок 2).

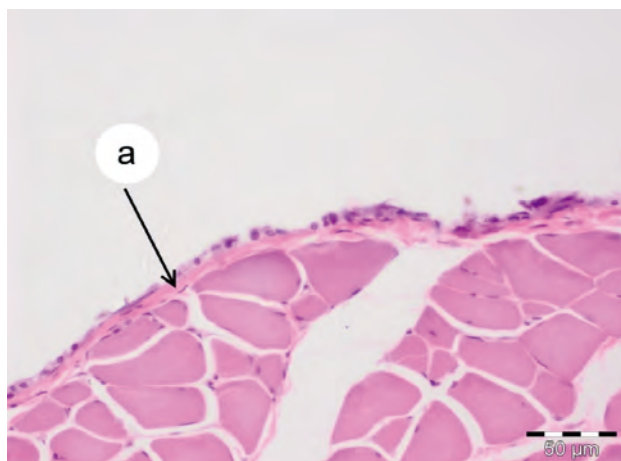


Рисунок 2 – Париетальная брюшина передней брюшной стенки животного из 2 группы. а – брюшина. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 400.

В группе животных, которым карциному лечили комплексом доксорубицин-нанодиазмы (4 группа), опухолевые клетки также не определяли. Брюшина была со слабовыраженным отеком, с очаговыми инфильтратами из макрофагов и лимфоцитов.

При этом в цитоплазме перитонеальных макрофагов, также как и в перитонеальных макрофагах животных из третьей группы (лечение карциномы проводили нанодиазмами) наблюдали полупрозрачные светло-коричневые гранулы – конгломераты нанодиазмов (рисунок 3).

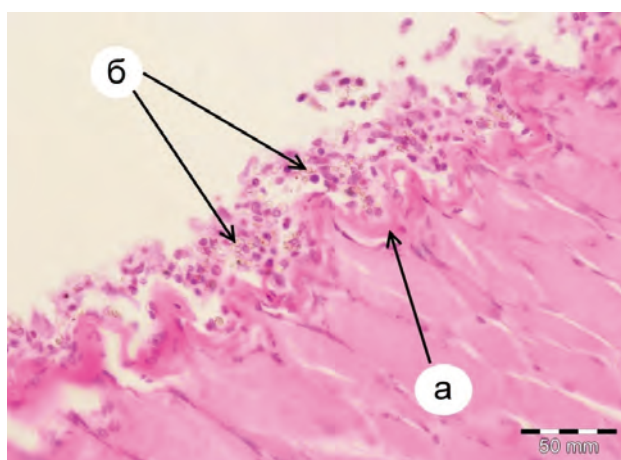


Рисунок 3 – Париетальная брюшина передней брюшной стенки животного из 4 группы: а – брюшина; б – конгломераты нанодиазмов. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 400.

При морфометрическом исследовании клеток печени установили, что наибольшая площадь ядер гепатоцитов была у группы животных, которым лечение асцитной карциномы Эрлиха проводили доксорубицином, сорбированным на нанодиазмы. В группе животных, которым лечение проводили гидрозоле нанодиазмов, площадь ядер была также статистически значимо больше, чем у животных групп с асцитной карциномой Эрлиха без лечения и с лечением чистым доксорубицином (таблица 1). Между 1 и 2 группой статистически значимых различий площади ядра гепатоцитов нет ($p=0,097$).

При морфометрическом исследовании площади гепатоцитов установили, что статистически значимый наибольший размер клеток печени был у животных, которым лечение асцитной карциномы Эрлиха проводили доксорубицином, сорбированным на нанодиазмы. Наименьший размер гепатоцитов был у животных, которым лечение проводили доксорубицином (таблица 1). Между группами животных с асцитной карциномой Эрлиха без лечения и с лечением гидрозоле нанодиазмов по площади гепатоцитов статистически значимых отличий нет ($p=0,277$).

Морфометрические параметры гепатоцитов животных (Ме [Q₁;Q₃])

Параметр	1 группа (n=8)	2 группа (n=8)	3 группа (n=9)	4 группа (n=9)
Площадь ядер гепатоцитов, в мкм ²	76,6 [57,0;98,9] p3*=0,012 p4*<0,001	72,3 [55,5;94,7] p3*<0,001 p4*<0,001	81,4 [63,0;103,2] p1*=0,012 p2*<0,001 p4*=0,002	87,2 [69,1;109,9] p1*<0,001 p2*<0,001 p3*=0,002
Площадь гепатоцитов, в мкм ²	377,2 [291,2;463,3] p2*=0,024 p4*=0,001	342,7 [269,3;452,2] p1*=0,024 p3*<0,001 p4*<0,001	370,7 [304,1;482,0] p2*<0,001 p4*=0,019	402,8 [331,6;492,5] p1*=0,001 p2*<0,001 p3*=0,019
Ядерно-цитоплазматическое отношение	0,201 [0,167;0,252] p3*=0,011 p4*<0,001	0,208 [0,168;0,256] p4*=0,003	0,219 [0,176;0,271] p1*=0,011	0,220 [0,181;0,270] p1*<0,001 p4*=0,003

**Примечание: p1 – статистически значимое различие с 1 группой, p2 – статистически значимое различие с 2 группой, p3 – статистически значимое различие с 3 группой, p4 – статистически значимое различие с 4 группой.*

При анализе ядерно-цитоплазматического отношения паренхиматозных клеток печени в группе животных, которых лечили комплексом доксорубицин-наноалмазы, отмечали статистически значимое увеличение этого показателя по сравнению с группами животных без лечения и с лечением чистым доксорубицином (таблица 1). При этом нет статистически значимых отличий по сравнению с группой, где лечение проводили гидрозолю наноалмазов (p=0,355). В группе животных, которых лечили гидрозолю наноалмазов, ядерно-цитоплазматическое отношение статистически значимо выше только по сравнению с животными с асцитной карциномой без лечения, с животными 2 группы статистически значимых отличий нет (p=0,057). У животных с асцитной карциномой без лечения и с лечением чистым доксорубицином ядерно-цитоплазматическое отношение гепатоцитов не имеет статистически значимых различий (p=0,534).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что доксорубицин, сорбированный на наноалмазы, сохраняет свои противоопухолевые свойства по отношению к асцитной карциноме Эрлиха. Гидрозоль наноалмазов в концентрации 0,02% в эксперименте *in vivo* не обладает противоопухолевой активностью по отношению к карциноме Эрлиха. Наноалмазы, попав в полость брюшины экспериментальных животных, подвергаются фагоцитозу перитонеальными макрофагами. В группах животных, которым лечение асцитной карциномы проводили с использованием наноалмазов (чистых или в комплексе с доксорубицином), определяли наибольшие морфометрические изменения в гепатоцитах (увеличение площади клеток и их ядер, увеличение ядерно-цитоплазматического отношения), по сравнению с группами животных, у которых наноалмазы не использовались.

Полученные данные свидетельствуют о том, что для дальнейшей разработки концепции применения модифицированных наноалмазов детонационного синтеза в качестве носителя лекарственных средств, требуется дальнейшее уточнение механизмов взаимодействия наноалмазов с клетками иммунной системы и организмом в целом, что позволит разработать новую медицинскую технологию по адресной доставке лекарственных средств.

Благодарности: За предоставление стерильного гидрозоля наноалмазов, раствора комплекса доксорубицин-наноалмазы мы искренне благодарны и признательны коллегам из КНЦ СО РАН (г. Красноярск): Бондарю Владимиру Станиславовичу, д.б.н., зав. лабораторией биолюминесценции и биотехнологий ИБФ СО РАН; Пузырю Алексею Петровичу, с.н.с. лаборатории биолюминесценции и биотехнологий ИБФ СО РАН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь В.С., Позднякова И.О., Пузырь А.П. Применение наноалмазов для разделения и очистки белков // Физика твердого тела. - 2004. - Вып.4. - С.737-739.
2. Бондарь В.С., Пузырь А.П. Наноалмазы для биологических исследований // Физика твердого тела. - 2004. - Вып.4. - С.698-701.
3. Бондарь В.С., Пузырь А.П. Применение частиц наноалмаза для экспресс-выделения рекомбинантного апообелина из *Escherichia coli* // Доклады Академии наук. - 2000. - № 2. - С.251-253.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. М.: Практика, 1999. 460с.
5. Пузырь А.П., Бондарь В.С., Селимханова З.Ю., Тянь А.Г., Бортников Е.В., Инжеваткин Е.В. Динамика некоторых физиологических показателей лабораторных мышей при длительном пероральном введении гидрозолей наноалмазов // Сибирское медицинское обозрение. - 2004. - Т. 33, № 4. - С. 19-23.
6. Пузырь А.П., Бондарь В.С., Селимханова З.Ю. и др. Воздействие детонационных наноалмазов *in vitro* и *in vivo* на биологические объекты // Сложные системы в экстремальных условиях. Красноярск, Изд-во КНЦ СО РАН. - 2005. - С.229-240.

7. Пузырь А.П., Нешумаев Д.А., Тарских С.В. Деструкция клеток крови человека при взаимодействии с детонационными нанодиамазами в экспериментах *in vitro* // Биофизика. - 2005. - Вып. 1. - С.101-106.
8. Пузырь А.П., Позднякова И.О., Бондарь В.С. Создание люминесцентного биочипа с использованием нанодиамазов и бактериальной люциферазы // Физика твердого тела. - 2004. - Вып.4. - С.740-742.
9. Пузырь А.П., Бондарь В.С. Способ обработки нанодиамазов // бюл. №23. – RU 2258671 C2. – Оpubл. 20.08.2005.
10. Пузырь А.П., Бондарь В.С. Способ получения нанодиамазов взрывного синтеза с повышенной коллоидной устойчивостью // бюл. №14. – RU 2252192 C2. – Оpubл. 20.05.2005.
11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. - 312с.
12. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях / под ред. Каркищенко Н.Н., Грачев С.В. М.: Медицина, 2010. - 344с.
13. Chow E.K., Zhang X.-Q., Chen M. et al. Nanodiamond Therapeutic Delivery Agents Mediate Enhanced Chemoresistant Tumor Treatment. // Sci. Transl. Med. - 2011. - №3. - P. 73.
14. Ishchenko L.A., Stolyar S.V., Inzhevatkin E.V. et al. Magnetic properties and application of biomineral particles produced by bacterial culture // В сборнике: Physics Procedia 12th International Conference on Magnetic Fluids, ICMF12. Сер. "12th International Conference on Magnetic Fluids, ICMF12" Sendai, 2010. - С. 279-282.

УДК 159.923-053.6

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Лазарян В.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Живаева Ю.В.

Современные классы – многонациональные, которые требуют внимания в вопросах взаимоотношений учащихся разных национальностей. Необходимо проследить возрастные особенности межэтнического взаимодействия между детьми, влияние на это взаимодействие стереотипов. Ведь стереотипы и идентичность являются наиболее явными характеристиками личности, в которых проявляется толерантность. Так многонациональный класс может тоже представлять большую опасность. Детям с раннего возраста необходимо прививать культуру, способность контактировать, не вступая в открытую конфронтацию. Ежедневное взаимодействие учеников, плотные межличностные связи могут привести к серьезным последствиям, если педагог не будет создавать более позитивную атмосферу в детском коллективе, укреплять доверие между представителями различных этносов.

С приходом ребенка в школу одним из главных объектов познания для него становятся поведение товарищей, действия и поступки, характеризующие их как учеников. Умение оценить их с этой новой для ребенка точки зрения приходит к нему постепенно, по мере того как он сам усваивает требования, предъявляемые школой к учащимся, и вырабатывает под руководством учителя эталоны для оценки работы и поведения товарищей в учении. Естественно, что познание младшим школьником других людей не ограничивается только сверстниками. Он постоянно и по разным поводам взаимодействует с детьми старше и моложе себя, у него продолжают развиваться взаимоотношения с родителями и учителем. Он изо дня в день фиксирует особенности их внешнего облика, присущую каждому манеру экспрессивного поведения, видит их занятия в то время, когда они у него на глазах, отмечает и стиль их взаимоотношения с другими людьми. Он слышит их высказывания о работе, мнение о других людях, наблюдает их отношение к различным событиям. Все эти впечатления он обобщает и на их основе у него формируются образы окружающих людей и происходит «наделение» их определенными качествами личности.

Многонациональный коллектив, обладая всеми важнейшими характеристиками развитой группы, требует в то же время особого внимания со стороны руководителя и с точки зрения регулирования существующих в нем взаимоотношений между представителями различных этнических общностей. В многонациональном коллективе наблюдается большое разнообразие форм межличностных отношений, основанных на национальной принадлежности, культурной специфике, своеобразии языка, обычаев, традиций. Эти отношения трудно охватить вниманием и заботой в полном объеме, но они должны фиксироваться в интересах эффективности воспитательных усилий. На основе всестороннего анализа национального своеобразия отношений и общения можно находить нетрадиционные подходы, устанавливать приоритетность тех шагов, которые следует предпринимать в интересах достижения целей воспитательной деятельности, всего процесса руководства и управления.

Нужна эффективная работа по сплочению членов многонационального коллектива, предотвращению инспирированных извне межнациональных трений.

Таким образом, совместная деятельность является одним из условий коллективного взаимодействия, благодаря которой ученики преодолевают стереотипы, меняют личное отношение к представителям различных этнических групп.

Совместная деятельность (в социальной психологии) — организованная система активности взаимодействующих индивидов, направленная на целесообразное производство (воспроизводство) объектов материальной и духовной культуры.

Важнейшим элементом воспитательной деятельности в многонациональном коллективе является формирование культуры межнационального общения, формирование у детей таких качеств, как сопереживание и сочувствие, сострадание и готовность помочь советом, содействие и содружество.

Целью нашего эксперимента было изучение этнических стереотипов у младших школьников. Их отношение к людям других национальностей, включение во внутригрупповые отношения учеников этих национальностей. Экспериментальная работа проводилась на базе МБОУ СОШ №64. В исследовании принимали участие ученики 3 классов. Нами была составлена рабочая программа исследования, эксперимент проводился поэтапно. Нами был подобран диагностический комплекс, включающий в себя следующие методики: Анкета была использована для выявления национальностей, с которыми дети знакомы, сталкивались в своей жизни. Ребятам было предложено ответить на три вопроса:

1. с ребятами каких национальностей вам приходилось встречаться во дворе, на кружках, секциях? 2. какие черты характера вам нравятся, вы цените у людей этих национальностей?

3. какие черты, по вашему мнению, являются отрицательными? Благодаря шкале социальной дистанции нами была оценена степень социально-психологического принятия учениками друг друга, измерена дистанция, связанная с национальной принадлежностью. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном «Я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах. Методика диагностики межличностных и межгрупповых отношений («Социометрия») Дж. Морено была проведена для того, чтобы определить картину внутригрупповых отношений, в которые включены ученики других национальностей.

С помощью анкеты на начальном этапе исследования были выявлены национальности, с которыми ученики непосредственно сталкивались в жизни. Также было определено их отношение к людям, относящимся к той или иной этнической группе.

Так ученики контрольного класса выделили такие национальности: армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики. Учащиеся экспериментального класса выделили такие национальные группы как: киргизы, армяне, китайцы, таджики, англичане, немцы. Большинству национальностей дети приписывают отрицательные качества, по их мнению, характеризующие данные этнические группы: неаккуратность, обидчивость, жадность, злость, агрессия. А людям русской национальности испытуемые чаще относили такие качества: добрые, веселые, терпеливые, отзывчивые, вежливые.

Таким образом, первый этап нашего исследования показал, что дети к отдельным национальностям относятся негативно или пренебрежительно, принимая при этом людей своей национальности. Также можно предположить, опираясь на возрастные особенности детей, что в ответах дети выражали отношение окружающих их людей, отношение общества в целом, отношение авторитетных для них людей.

По результатам шкалы Богардуса мы измерили отношение учащихся контрольной и экспериментальных групп к национальностям: армянин, азербайджанец, молдаванин, китаец, киргиз, таджик, англичанин, немец. Данная методика позволяет определить два основных показателя, каждый из которых имеет два варианта, оценивающих возможную и реальную степени социальной дистанции. Первый показатель — социальная приемлемость, второй показатель — социальная экспансивность.

Из результатов исследования мы сделали вывод, что определенная напряженность, не совсем искренний интерес и сочувствие респонденты испытывают к молдаванам, немцам, англичанам, армянам. Глубокая психологическая неприязнь в целом испытывается к национальностям азербайджане, китайцы, киргизы, таджики. В обоих экспериментальных группах ни к одной национальности не испытывается глубоких позитивных чувств и искреннего интереса.

С помощью методики Т. Лири мы выявили преобладающий тип отношений учащихся к себе и к людям других национальностей. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что в целом отношение учеников контрольного и экспериментального классов к людям других национальностей (армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики) очень схоже.

С помощью методики Дж. Морено мы получили картину внутригрупповых отношений, в которые включены ученики разных национальностей. В общем в выборах учеников ярко прослеживаются возрастные особенности взаимодействия с одноклассниками, влияние на это взаимодействие учебных успехов, личных симпатий и антипатий, а также этнических стереотипов.

На основании первого констатирующего эксперимента мы выделили ряд проблем, которые существуют в классе при принятии детей других национальностей. Учащиеся испытывают негативное отношение к людям

других национальностей, которое основывается на незнании и не сформированности национальной идентичности. Дальнейшая работа была направлена на формирование толерантности, собственной идентичности, терпимости в многонациональном коллективе.

Нами была выбрана такая неформальная форма работы как совместная проектная деятельность, в основе которой лежит идея о знакомстве с национальностями через различные аспекты их культуры. Мы выбрали метод проекта, результатом которого будет книга-сборник, содержащая информацию об особенностях, изучаемых национальностей. Нами была запланирована работа в различных направлениях, касающаяся расширения знаний учащихся, формирования положительного отношения к людям других национальностей, развития навыков сотрудничества.

Программа представляет собой ряд занятий, каждое из которых посвящено определенной теме и достижению конкретных задач, которых дети добиваются через совместную творческую деятельность, самостоятельную подготовку и проектирование. На этапе организации и проведения эксперимента мы обозначили ряд задач, а именно:

1. Формировать позитивное отношение через совместную деятельность.
2. Расширять знания учащихся об особенностях других этнических групп.
3. Развивать навыки сотрудничества и взаимопомощи.
4. Развивать навыки эффективного взаимодействия и общения.

Дети принимали участие в совместной деятельности, самостоятельно выполняли задания в группах сменного состава. Это позволило ученикам разных национальностей контактировать между собой, выстраивать новые взаимоотношения, познавать друг друга. Так как, для детей данного возраста очень важно мнение родителей, взрослых, поэтому мы пытались изменить и их отношение к людям других национальностей, задействуя взрослых во внеклассных занятиях.

I. Организационный этап. Нами были определены цели нашей программы и каждого занятия в частности. Каждая встреча была связана с определенной тематикой и была направлена на достижение конкретных задач. Проанализировав возможности учеников данной возрастной группы, мы определились с количеством занятий и частотой встреч. Из-за сложности материала было решено ввести дополнительные встречи, на которых дети задавали вопросы, делились найденной информацией. При необходимости на такого рода встречах нами осуществлялось снабжение учеников материалами, ими не найденными. Эти встречи являлись своеобразным контролем за выполнением самостоятельной работы.

Нами также был определен информационный резерв, с помощью которого учащиеся могли подготовиться к занятиям. Им был предложен фонд школьной и домашней библиотек, интернет и сотрудничество с родителями. Так как работа проводилась в группах нами был введен цветовой жребий, который позволил детям произвольно делиться на группы. Занятия были посвящены определенным национальностям, которые встречаются в данном классе. Каждой из них мы присвоили определенный цвет и сделали соответствующих цветов жребий, вытягивая который дети автоматически распределялись на группы. Такой способ деления исключал обиды, споры, желания перейти в другую, более удобную группу.

II. Разработка проекта.

Программа была реализована на учениках 3 «б» класса, работа проводилась со всем классом. Нами было разработано 8 занятий. Каждое занятие включает в себя цели, приветствие, основной этап (информативная часть занятия), подведение итогов, задания к следующему занятию, оформление книги. Самым оптимальным режимом стала работа три раза в неделю, с периодичностью в один день. Это давало возможность ученикам подготовиться к занятию, подобрать материал, иллюстрации.

На протяжении нескольких недель ребята знакомились с различными национальностями, их традициями и обычаями, праздниками и играми, музыкой и кухней. Занятия отличались от обычных уроков своей структурой (отсутствие подготовительного этапа, этапа закрепления), а так же активностью учащихся, на основе которой и выстраивались встречи. Так ученики выступали в роли учителя, знакомили остальных одноклассников с информацией, которую они подготовили. Именно от детей зависело, насколько интересными, динамичными и насыщенными они будут. Учащиеся совместно выполняли задания, занимались поисковой деятельностью, подбором информации и иллюстраций. Конечным результатом занятий–встреч с учащимися стала книга–сборник «Народы мира», в которую были включены несколько разделов, каждый из которых был посвящен определенной тематике занятий. Так в книге нашли отражение такие главы как характеристика государств (площадь, денежная единица, население, язык, столица, религия), особенности национальной кухни (рецепты национальных блюд), традиции и обычаи народов, национальные праздники, игры.

Для создания книги использовались цветные карандаши, иллюстрации, аппликации, некоторый текст дети самостоятельно вписывали в разделы, делали зарисовки. Использовались для подачи материала наглядно-образные средства (схемы, карта мира, иллюстрации и т.д.). Были использованы такие виды деятельности: классный час, викторина, беседа, дискуссия.

С целью исследования динамики изменения отношения учеников начальной школы к представителям различных этнических групп нами в контрольном и экспериментальном классах был проведен констатирующий срез повторно и использованы методики.

Полученные данные позволяют отследить изменения, произошедшие у младших школьников экспериментальной группы, а также сравнить их с данными младших школьников контрольной группы. С помощью данной методики мы отследили изменения в отношении учащихся экспериментальной группы к таким национальностям как армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики, англичане, немцы по двум параметрам социальная приемлемость и социальная экспансивность. Нами были предложены национальности, с которыми школьники непосредственно контактируют и национальности, которые встречаются в их семьях.

Из результатов шкалы социальной дистанции второго констатирующего эксперимента видна тенденция в стремлении к взаимодействию с представителями национальностей отличных от русской. Четко прослеживается данная тенденция в отношении представителей молдавской, таджикской национальностей. Показатели в отношении данных национальностей сменились от отрицательных к положительным. Таким образом, показатели данной методики в экспериментальной группе говорят о возрастании позитивных чувств, соответственно, уменьшению социальной дистанции и плотному взаимодействию представителей разных этнических групп.

Из результатов контрольной группы младших школьников видно, что показатели по обоим параметрам данной методики ниже, чем показатели экспериментальной группы. В отношении представителей других национальностей по-прежнему в большинстве случаев испытываются менее позитивные этнические чувства, нежели в экспериментальной группе.

Из результатов диагностики межличностных отношений видно, что представления учащихся экспериментальной группы о национальностях, уже основанные на некотором знании, изменились. Они стали более адекватными, реальными и соответствующими действительности. Несомненно, целостных изменений не произошло, в отношении нескольких этнических групп все же прослеживается неприязнь, недооценка и умаление их возможностей. И в оценках младших школьников прослеживается несколько противоречивый характер. Относительно русской национальности характеристики учеников по-прежнему завышены, идеализированы, но в меньшей степени, чем после первого констатирующего среза. По результатам данной методики в контрольной группе можно констатировать, что в отношениях с представителям различных этнических групп преобладает этническая стереотипизация, недооценка их возможностей и особенностей.

В результате исследования межличностных взаимоотношений также отмечены изменения, произошедшие в структуре отношений данного класса, говорят об индивидуальных изменениях выбираемых и выбирающих, об их развитии, расширении знаний, изменении критериев выбора товарища. Нельзя не отметить влияние программы формирующего эксперимента на взгляды учеников относительно представителей той или иной национальности. Можно сделать вывод, что на изменение отношения младших школьников экспериментальной группы к представителям других (отличных от русской) национальностей повлияли наши внеклассные мероприятия, представленные совместной деятельностью. Благодаря такой форме работы ученики познакомились более подробно с национальностями, представленными в классе, и непосредственно контактировали с их представителями, в лице одноклассников.

Анализируя в целом картину внутригрупповых отношений в контрольной группе, мы видим, что почти каждый из учеников изменил отношение к одноклассникам. Лишь некоторые из учащихся, как и прежде, занимают свои традиционные позиции. Каждая из групп расширилась, ее состав изменился. Это говорит о развитии всех учеников, изменении критериев оценки других людей, изменении предпочтений.

Из всего выше проанализированного можно сделать следующий вывод: программа занятий, представленная в виде совместной деятельности учеников младших классов и направленная на предупреждение формирования негативных этнических стереотипов, способствовала расширению знаний учащихся о представителях различных этнических групп, изменению отношения к представителям разных народов и преодолению социальной дистанции. Такие изменения способствуют развитию личности, бесконфликтному установлению контакта, включению во внутригрупповые отношения и избавлению от стереотипного мышления. Таким образом, мы экспериментально подтвердили, что проведение занятий, основанных на совместной деятельности, с применением метода проекта является эффективным средством предупреждения формирования у младших школьников этнических стереотипов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие; социально-психологические проблемы. - М., 1990.
2. Безюлева Г.В. Толерантность: взгляды, поиск, решение. / Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова. – М.: Вербум – М, 2003. – 168С.
3. Голошумова Г.С., Свинина Н.Г. «Этнокультурное образование младших школьников» // «Начальная школа». – 2003. - №8. - С. 22.
4. Крысько В.Г. Этническая психология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002 – 320 с.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ КОНТАКТНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Лакина С.С., Федорова В.П., Музаев Р.А., Черкашин Б.Ф.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. кафедры-клиники ортопедической стоматологии Кунгуров С.В.

По мнению J.A. White с соавторами (1998), проблема здоровья полости рта в популяции спортсменов в настоящее время остаётся нерешённой, хотя, как полагают авторы, эта группа лиц, как никакая другая, нуждается в специальном стоматологическом контроле.

Перенасыщенный тренировочный график спортсменов, обуславливает сложности обследования и наблюдения за ними. Дефицит свободного времени, частые сборы, особенности диеты спортсменов, низкая мотивация по профилактике стоматологических заболеваний влияют на стоматологическую заболеваемость спортсменов (Wilkins E.V., 1994; Barbour S.E., 1997).

На сегодняшний день стоматогенные (одонтогенные) очаги хронической инфекции у спортсменов и их роль в заболеваемости атлетов - одна из самых наименее изученных областей спортивной медицины.

Исследования, проведенные в Самарской области, показали: Распространенность кариеса зубов у спортсменов составляет 96% и зависит от интенсивности тренировок, квалификации, возраста и спортивного стажа. (Логонова В.А. автореферат на соискание УчстКМН 2007 Самара)

Чрезмерные хронические психофизические нагрузки современного спорта способствуют снижению резистентности организма и развитию хронических инфекций за счет иммунных нарушений.

Показано, что одонтогенная хроническая инфекция, клинически никак не проявляющиеся в покое, при интенсивных физических нагрузках оказывают существенное отрицательное воздействие вследствие усиления кровообращения и антигенной нагрузки на наиболее работающие органы - сердце, суставы (Дембо А.Г., 1989). Небольшие повторные дозы антигена из очага инфекции, почти индифферентные в покое, при интенсивной физической нагрузке могут выступать в роли разрешающего фактора.

Цель исследования - на основании полученных данных обследований дать оценку стоматологического здоровья у спортсменов города Красноярска.

Задачи исследования:

1. Выявить показатели гигиены у спортсменов.
2. Определить уровень травматизации зубов и СОПР у спортсменов.
3. Дать сравнительную характеристику уровня стоматологического здоровья спортсменов города Красноярска.

На базе Клуба смешанных единоборств им. И.М. Поддубного и Академии борьбы им. Д.Г. Миндияшвили были обследованы спортсмены таких видов спорта, как дзюдо и самбо.

В процессе исследования все спортсмены были разделены на две группы: высококвалифицированные спортсмены (КМС, МС, МСМК) и начинающие спортсмены (стаж не более 7 лет) по 25 человек в каждой группе. Для контроля набрана группа студентов стоматологического факультета КрасГМУ в количестве 15 человек. Возраст обследуемых от 18 до 25 лет.

1. Анкетирование спортсменов (Приложение 1).
2. Осмотр спортсменов с заполнением зубной формулы

Осмотр спортсменов проводился с помощью стоматологического зеркала и зонда. Заполнялась индивидуальная стоматологическая формула. При осмотре выявлялось: наличие кариозных, пломбированных и удаленных зубов; степень разрушения зубов, а также наличие травм слизистой оболочки полости рта, языке и губах.

3. Определение индексов: КПУ, GreenWermilion, РМА

Индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ) подсчитывался путём сложения количества кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента.

Оценку индекса гигиены по Green -Vermillion производили по количеству окрашенных, при помощи Колор-теста №3, зубных отложений. Интерпретировали результаты в соответствии с табличными значениями данного индекса.

Индекс воспаления десны (РМА) оценивали после окрашивания десны в области верхнего и нижнего альвеолярных отростков Колор-тестом №1. Полученные данные сопоставлялись с табличными значениями.

4. Определение гиперестезии зубов

Температурную чувствительность зубов исследовали с помощью холодной воды, орошая зуб из шприца.

Реакцию зуба на химические раздражители (кислое, сладкое, соленое), выясняли при беседе с пациентом.

Реакцию на механические раздражители определяли при зондировании.

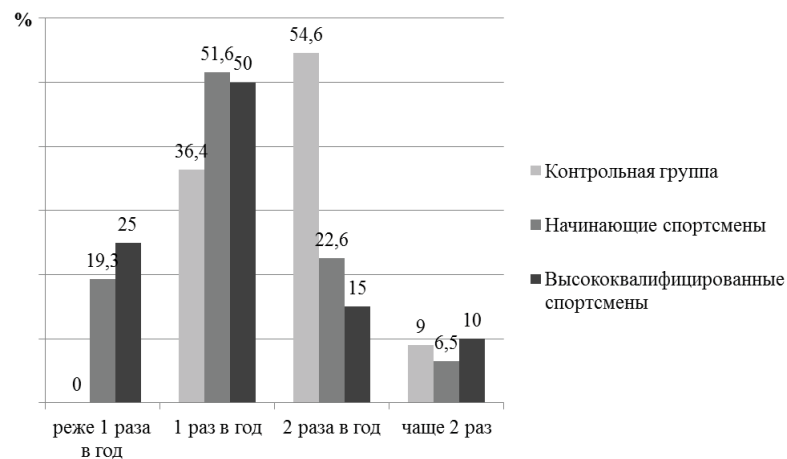


Рисунок 1 – Посещаемость стоматолога.

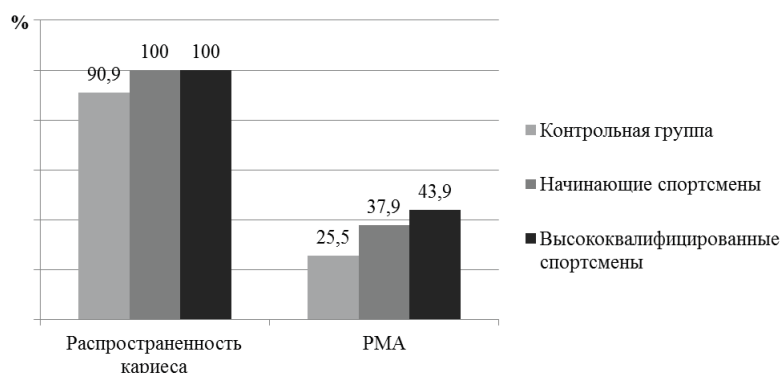


Рисунок 2 – Распространенность кариеса зубов и Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс.

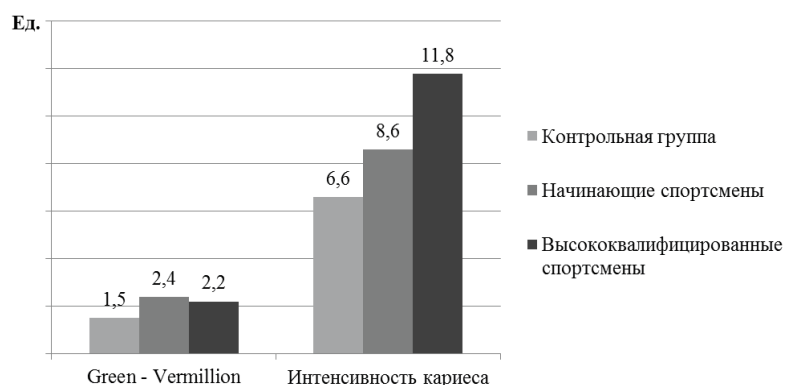


Рисунок 3 – Индекс гигиены полости рта и интенсивность кариеса зубов.

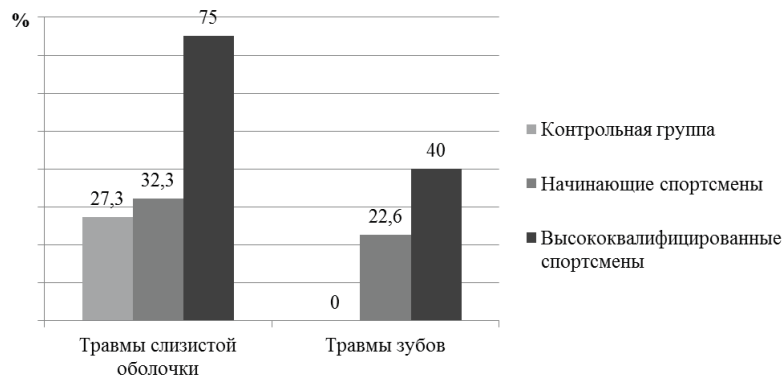


Рисунок 4 – Травматизация слизистой оболочки полости рта и зубов.

Практически все спортсмены нуждаются в профессиональной гигиене полости рта и в оказании терапевтической стоматологической помощи.

Высокий процент травматизации зубов говорит о том, что большая часть спортсменов не использует защитные каппы

Уровень стоматологического здоровья спортсменов города Красноярска неудовлетворительный. Большинству из них требуется ортопедическое лечение.

Таким образом, несмотря на осведомленность спортсменов о том, что им необходима стоматологическая помощь, внимание данной проблеме они уделяют недостаточно.

Эта группа пациентов нуждается в постоянном и тщательном контроле врача-стоматолога.

Приложение 1

Ф.И.О.	ДАТА _____		
Ваш контактный номер телефона:			
1. Ваш пол:	1.1 Муж.	1.2 Жен.	
2. Число, месяц, год рождения			
3. В каком городе (районе) Вы родились?			
4. Как давно Вы переехали в другой город? В какой?			
5. Ваш вид спорта:			
6. Сколько лет Вы занимаетесь данным видом спорта?			
7. Имеете ли разряд или мастерство в данном виде спорта? Какой?			
8. Были ли у Вас травмы во время занятий спортом?	8.1 Да губа нос ухо зуб глаз другое	8.2 Нет	
9. Где были получены данные травмы?	9.1 На соревнованиях	9.2 На тренировках	
10. Используете ли Вы средства защиты лицевой области?!	10.1 Да, 10.2 каппы 10.3 шлем 10.4 защита на подбородок	10.5 нет	
11. Как Вы считаете, нужны ли защитные капы?	11.1 Да	11.2 Нет	
12. Какой капой Вы пользуетесь?	12.1 Стандартной 12.2 Термопластической 12.3 Индивидуальной		
13. Устраивает ли Вас качество капы, которой пользуетесь?	13.1 Да	13.2 Нет	
14. Если у Вас хронические заболевания?!	14.1 ССС 14.2 НС 4.3 ЖКТ 4.4 эндокринная система 4.5 иммунная система		
15. Есть ли у Вас инфекционные заболевания?	15.1 Гепатит 15.2 ВИЧ 15.3 СПИД 15.4 Сифилис		
16. Имеете ли Вы вредные привычки?	16.1 Курение 16.2 Алкоголь 16.2 Другое		
17. Характер вашего питания:	17.1 Рациональное 17.2 Нерациональное		
18. Много ли Вы употребляете сладкого?	18.1 Много и часто 18.2 1 раз в день 18.3 Не употребляю		
19. Используете ли Вы спортивное питание или БАД?	19.1 Протеины 19.2 Аминокислоты 19.3 Креатин 19.4 Аргинин 19.5 L-карнитин 19.6 Другое		
20. Вы чистите зубы:	20.1 1 раз в день 20.2 2 раза в день 20.3 Иногда не чищу 20.4 Не чищу		
21. Вес _____	22. Рост _____		
23. Сколько по времени проходит процедура чистки зубов	23.1 3 мин.	23.2 Меньше 3 минут	23.3 1 мин
24. Как часто Вы меняете зубную щетку:	24.1 1 раз в месяц 24.2 1 раз в полгода 24.4 1 раз в год 24.5 Другое (указать свой ответ)		
25. Вы пользуетесь:	25.1 Ополаскиватель 25.2 Жевательная резинка 25.3 Зубочистки 25.4 Другое		
26. Часто ли Вы едите овощи и фрукты:	26.1 Да	26.2 Нет	
27. Как Вы оцениваете свое состояние полости рта:	27.1 Состояние плохое (есть хронические заболевания, они часто обостряются, из-за обострения часто приходится идти на «больничный», много неудалённых и нелеченных зубов); 27.2 Состояние удовлетворительное (есть хронические заболевания, периодические обострения которых иногда требуют лечения на «больничном», неудалённых и нелеченных зубов мало); 27.3 Состояние хорошее (хронических заболеваний нет, либо они не имели обострений более 2 лет, зубы, подлежащие удалению отсутствуют, необходимо только лечение 1-2 зубов).		

28. Если у Вас заболел зуб, Вы:	28.1 Ничего не делаете, пьете обезболивающие Если обезболивающее не помогает, то увеличиваете дозировку 28.2 Если обезболивающее не помогает, то обращаетесь к врачу-стоматологу 28.3 Занимаетесь самолечением 28.4 Сразу же обращаетесь в стоматологическую поликлинику 28.5 Спрашиваете совета у друзей, родственников		
29.Как часто Вы посещаете стоматолога?	29.1 0-1 раз в год	29.2 1-2 раза в год	29.3 чаще 2 раз в год
30. Вы не приходите к стоматологу из-за:	30.1 Недостатка времени 30.2.Боязни врачей 30.3 Боли 30.4 Другое		
31. Знаете ли Вы, что стоматологические заболевания влияют на достижения спортивных результатов?	Да	Нет	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аронов, Г.Е. Иммунологическая реактивность при различных режимах физических нагрузок / Г.Е. Аронов, Н.И. Иванова. – Киев. – 1987. – 86 с.
2. Асташина, Н.Б. Особенности профилактики патологий зубочелюстной системы у спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта / Н.Б. Асташина, Е.С. Ожгихина // Российский стоматологический журнал. – 2015. – Т. 19. № 4. – С. 45-48.
3. Воробьев, В.С. Некоторые особенности стоматологических заболеваний у спортсменов / В.С. Воробьев, Н.Я. Лагутина, С.А. Кирюхина // Теория и практика физической культуры. – М. – 1987. – №7. – С. 52-54.
4. Воробьев, В.С. Особенности диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний у юных спортсменов / В.С. Воробьев, Н.Я. Лагутина, С.А. Кирюхина // Методические рекомендации. – М. – 1984. – С.13.
5. Дембо, А.Г. Заболевания и повреждения при занятиях спортом / А.Г. Дембо // Медицина – 1984. – 305 с.
6. Иващенко, Г.М. Особенности стоматологических заболеваний у высококвалифицированных спортсменов / Г.М. Иващенко, В.В. Матов, В.С. Каджаян // Тез. ЦНИИС «Экспериментальная и клиническая стоматология» - М. – 1975. – С. 16-18.
7. Каджаян, В.С. Стоматологические заболевания у спортсменов / В.С. Каджаян // Теория и практика физической культуры. – 1977. – №3. – С.38-39.
8. Карпович, Д.И. Стоматологическая заболеваемость спортсменов, современные представления / Д.И. Карпович, А.В. Михайлова, А.В. Смоленский // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. 19. № 2. – С. 55-57.
9. Лесных, Ю.В. Состояние полости рта у спортсменов / Ю.В. Лесных // Материалы XXIV Всесоюзной конференции по спортивной медицине «Актуальные проблемы спортивной медицины». – М. – 1990. – С.176-181.
10. Лесных, Ю.В. Кариес у спортсменов разного пола и возраста. Спорт и здоровье / Ю.В. Лесных, М.Я. Левин, Б.С. Молдобаев // Тезисы XXV (юбилейной) Всесоюзной конференции по спортивной медицине. – М. – 1991. – С.160-161.
11. Лобанова, В.А. Осведомленность спортсменов и спортивных врачей в вопросах сохранения стоматологического здоровья / В.А. Лобанова, А.М. Хамадеева // Стоматология. – 2008. – Т. 87. № 5. – С. 18-22.
12. Лобанова, В.А. Мотивация спортсменов по вопросам профилактики стоматологических заболеваний / В.А. Лобанова, А.М. Хамадеева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – Т. 6. № 2. – С. 37-41.
13. Функциональное состояние органов и тканей полости рта у профессиональных спортсменов / С.М. Алескерова, Д.Г. Гаджиев, Х.З. Мамедов, Р.С. Фараджев // Здоровье семьи - 21 век. – 2015. – Т. 1. – С. 90-92.
14. Levin, L. Dental and oral trauma and mouthguard use during sport activities in israel / L. Levin, L.D. Friedlander, S.B. Geiger // Dental Traumatology. – 2003. – Vol. 19, №5. – С. 237-242.
15. Woodmansey, K.F. ATHLETIC MOUTH GUARDS PREVENT OROFACIAL INJURIES / K.F. Woodmansey // Journal of American College Health. – 1997. – Vol. 45, №4. – С. 179-182.

УДК 616.314.14:616.3

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕНТИНА ОТБЕЛЕННЫХ ЗУБОВ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ ПРИ КОНТАКТЕ С АДГЕЗИВНЫМИ СИСТЕМАМИ V И VII ПОКОЛЕНИЙ

Лакина С.С., Федорова В.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра-клиника терапевтической стоматологии

Научный руководитель: асс. Позовская Е.В.

Вопрос отбеливания зубов во все времена волновал умы людей. Не теряет своей актуальности он и в наши дни. Среди всех современных технологий особое место сегодня занимает лазерное отбеливание, которое не только придает ослепительную белизну зубам, но и способствует лечению зубов и делает их крепкими. Суть лазерного отбеливания - в нанесении на дентальную поверхность специального геля, который под воздействием

лазерного излучения выделяет кислород, удаляющий из зубов пигмент, вследствие чего происходит их осветление на 8-12 тонов.

В связи с активным применением отбеливания всё чаще возникает проблема реставрации данных зубов, которая заключается либо в замене уже имеющейся пломбы на новую, соответствующую приобретенному оттенку зубов, либо в лечение первичного кариеса. В настоящее время существует множество различных реставрационных материалов, однако ни один композитный материал не применяется без адгезивной системы, обеспечивающей надежное и длительное сцепление пломбировочных материалов с эмалью и дентином, изоляцию пульпы зуба от действия всех типов раздражителей.

Адгезивная система — это набор жидкостей, включающий в разных комбинациях протравливающий компонент, праймер и бонд, способствующие микромеханической фиксации стоматологических материалов к твердым тканям зуба.

В результате кислотного протравливания с поверхности эмали удаляется органический налет, денатурируются белки и, самое главное, формируется микропористость эмали за счет растворения участков эмалевых призм и веществ межпризменного пространства на глубину около 40 мкм.

В отличие от эмали дентин пронизан большим количеством дентинных канальцев, заполненных дентинной жидкостью, веществом пульпы, клеточными отростками. Поэтому дентинная адгезия представляет собой более сложную проблему, современное решение которой учитывает ряд специфических факторов. Вследствие инструментальной обработки дентина на его поверхности образуется смазанный слой. Этот слой затрудняет диффузию адгезивных систем в поверхностные слои дентина. Предварительное кислотное протравливание поверхности дентина улучшает адгезию с дентинным адгезивом вследствие раскрытия дентинных канальцев, деминерализации поверхностного слоя и удаления смазанного слоя.

При развитии дентинных адгезивных систем было разработано несколько видов, которые обычно обозначаются как поколения дентинных адгезивов и различаются между собой механизмом прикрепления к дентину и силой связывания. В настоящее время существует уже семь поколений адгезивных систем, из которых наиболее востребованными являются V и VII поколения. В связи с этим перед врачом-стоматологом встает вопрос о выборе того или иного адгезива.

Цель исследования - оценить изменения микроструктуры дентина в результате применения лазерного отбеливания и воздействия адгезивных систем V и VII поколений.

Задачи исследования:

1. Исследовать морфологическую структуру дентина после отбеливания.
2. Изучить влияние адгезивной системы на морфологическое строение дентинных трубочек.
3. Сравнить воздействие адгезивных систем 5 и 7 поколения на морфологическую структуру зубов после отбеливания.

Материалы и методы:

1. Подготовка образцов

Интактные премоляры, удаленные по ортодонтическим показаниям у пациентов от 21 до 35 лет, были очищены и замочены в дистиллированной воде.

2. Отбеливание

Отбеливание проводили системой Doctor Smile. После зубы были помещены в искусственную слюну «Гипосаликс» на 14 дней.

3. Препарирование полостей

Произвели препарирование полостей по V классу (3*3 мм), используя турбинный наконечник под водяным охлаждением и алмазный бор средней зернистости FG COARSE 801/016 перпендикулярно к оси зуба. Скол эмали не производился.

4. Разделение зубов на две группы

В первой группе производилось пломбирование при помощи адгезивной системы V поколения GLUMA Comfort Bond (далее группа O5), во второй группе – при помощи адгезивной системы VII поколения Bond Force Tokuyama (далее O7).

5. Пломбирование

Пломбирование производилось стандартной методикой тремя порциями светоотверждаемого композита.

6. Изготовление шлифов зубов

Через 24 часа после наложения пломбы произвели распил зубов алмазным диском с водным охлаждением на 4-5 шлифов, толщиной 1 мм. Всего было изготовлено 24 шлифа в группе O5 и 27 шлифов в группе O7.

Далее шлифы с помощью эпоксидной смолы фиксировались на предметное стекло. Затем препараты шлифовались с помощью полировочных дисков до толщины 0,5 мм.

7. Световая микроскопия методом светлого поля в проходящем свете при помощи микроскопа Olympus BX-45
8. Измерение диаметра дентинных трубочек производилось в программе JMicroVision 1.2.7.
9. Подсчет данных с помощью статистической программы 5.5.

Среднее значение диаметра дентинных трубочек после отбеливания в группе О5 составил 0,727 мкм (таблица 1), а в группе О7 – 0,710 мкм (таблица 2); (по данным Самусева Р.П., автора книги: «Основы клинической морфологии зубов», диаметр дентинных трубочек в норме составляет от 0,5 до 3-4 мкм).

Таблица 1

Микроструктура дентина в группе О5.

Показатели	Группы	Mean	median	P(по MW)
Просвет	О5 глуб	0,373	0,340	< 0,0001
	О5 пов	0,686	0,641	
Стенка 1	О5 глуб	0,168	0,152	< 0,0001
	О5 пов	0,234	0,228	
Стенка 2	О5 глуб	0,187	0,178	< 0,0001
	О5 пов	0,247	0,240	
Диаметр	О5 глуб	0,727	0,682	< 0,0001
	О5 пов	1,167	1,109	

Таблица 2

Микроструктура дентина в группе О7.

Показатели	Группы	Mean	median	P (по MW)
Просвет	О7 глуб	0,340	0,313	0,0075
	О7 пов	0,326	0,288	
Стенка 1	О7 глуб	0,174	0,170	0,0001
	О7 пов	0,199	0,192	
Стенка 2	О7 глуб	0,196	0,192	0,0359
	О7 пов	0,210	0,198	
Диаметр	О7 глуб	0,710	0,699	0,9062
	О7 пов	0,735	0,676	

Среднее значение диаметра дентинных трубочек после нанесения адгезивной системы V поколения в группе О5 составил 1,167 мкм (таблица 1), а в группе О7 после нанесения адгезивной системы VII поколения – 0,735 мкм (таблица 2).

После нанесения адгезивной системы V поколения диаметр дентинных трубочек в поверхностном слое увеличился в 1,6 раз (рисунок 1), а после нанесения адгезивной системы VII поколения (рисунок 2) незначительно.



Рисунок 1 – Дентинные каналы после применения адгезивной системы V поколения.

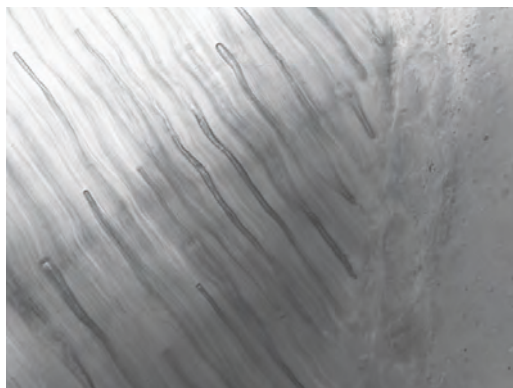


Рисунок 2 – Дентинные каналы после применения адгезивной системы VII поколения.

Таким образом, при применении адгезивной системы V поколения увеличение диаметра дентинных трубочек способствует увеличению площади сцепления, следовательно, увеличивается сила сцепления между пломбировочным материалом и твердыми тканями зуба. При использовании адгезивной системы VII поколения диаметр дентинных трубочек увеличивается незначительно, соответственно, площадь сцепления и, следовательно, сила сцепления будут меньше, чем при применении адгезивной системы V поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев, Ю.И. Гистология, цитология и эмбриология / Ю.И. Афанасьев // Учебная литература для студентов медицинских вузов. – М., 2002. – 737 с. – С. 538-550.
2. Блунк, У. Адгезивные системы: обзор и сравнение / У. Блунк // Дент Арт. - 2003. - №2. - С. 5-11.
3. Блунк, У. Обзор и анализ современных адгезивных систем / У. Блунк, Д. Халлер // Новое в стоматологии. - 2004. - № 1. - С. 11-19.
4. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология «Обезболивание, отбеливание, пломбирование, эндодонтия». - Москва, 2005. – С. 39-52.
5. Быков, В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. – Санкт-Петербург, 1996. – С. 109-126.
6. Глэйзер, Г. XXI век возвестил приход VII поколения адгезивных систем / Г. Глэйзер // Стоматолог. – 2003. – № 11. – С. 19-21.
7. Егорова, О.В. С микроскопом на «ты». Шаг в XXI век. Световые микроскопы для биологии и медицины / О.В. Егорова // Специальная литература. – М., 2006. – 406 с.
8. Лобовкина, Л.А. Клиническое применение адгезивных систем различных поколений в работе врача-стоматолога / Л.А. Лобовкина, А.М. Романов // Современная стоматология. – 2010. – № 2. – С. 11-14.
9. Максимовский, Ю.М. Да или нет отбеливанию зубов / Ю.М. Максимовский, И.М. Макеева, Н.С. Жохова // Стоматология для всех. – 1998. – №4. – С. 18-20.
10. Ронкин, К. Современные методы отбеливания зубов / К. Ронкин // Специальная литература. – Boston, 2011. – 208 с.
11. Самусев, Р.П. Основы клинической морфологии зубов / Р.П. Самусев, С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин // Учебное пособие. – М., 2010. – 480 с.
12. Тэй, Ф. Современные адгезивные системы / Ф. Тэй // Дент Арт. - 2003. - № 2.- С. 13-16.
13. Bayirli, G.A. An apical leakage study in the presence and absence of the smear layer / G.A. Bayirli, Y.I. Kar Agoz-Kucuka // International Endodontic Journal. – 1994. – Vol. 27. – P. 87-93.
14. Bjordal, A.M. Anatomy and Morphology of Human Teeth / A.M. Bjordal, A.E. Skidmore // Special literature. – Iowa, 1983. – 156 p.
15. Brannstrom, M. Dentine and Pulp in restorative dentistry / M. Brannstrom // Wolfe Medical Publications. – London, 1981. – 123 p.

УДК 615.035.3

ПРОБЛЕМАТИКА ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ В РЕАЛИЯХ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ГОРОДУ КРАСНОЯРСКУ

Ланг А.А., Доняева А.В., Минаева В.С.

*Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Добрецова Е.А.

Вопрос самолечения признается актуальным во многих странах. В документах ВОЗ самолечение определяется как использование потребителем лекарственных препаратов, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. На практике понятие самолечения включает также лечение членов семьи и знакомых, особенно это касается лечения детей. В средствах массовой информации широко рекламируются лекарственные средства, на телевидении растет число передач, посвященных вопросам здоровья — все это приводит к бесконтрольному применению лекарственных средств населением. Однако только врач может оценить соотношение полезного и возможного отрицательного влияния препарата на организм, с учетом особенностей пациента, аллергологического анамнеза, а также провести адекватный мониторинг фармакотерапии.

Целями данной работы является: изучение проблематики самолечения, выяснение положительных и отрицательных сторон для человека, выявление статистических данных по городу Красноярску.

Самолечение - это независимый выбор и применение потребителем ЛС, находящихся в свободной продаже, для профилактики и лечения нарушений самочувствия и симптомов, распознанных им самим. С одной стороны, самолечение играет важную роль в охране здоровья и по мере повышения грамотности населения довольно успешно интегрируется в системы здравоохранения многих стран мира. Однако важно понимать, что рациональное использование ЛС для самолечения требует достаточно высокого уровня общих знаний, образованности и социально-экономического статуса пациентов. С другой стороны, самолечение нередко приносит вред, который возникает как из-за неправильного применения безрецептурных ЛС, так и лекарств, для самолечения абсолютно

не предназначенных или противопоказанных. Во-первых, абсолютно безопасных лекарств не существует. ЛС, отпускаемые без рецепта, могут быть противопоказаны конкретному пациенту с определенной сопутствующей патологией; кроме того, они могут взаимодействовать с рецептурными препаратами, алкоголем, пищей — об этом рекламная информация, распространяемая СМИ и через Интернет, не предупреждает, а наоборот, нередко создает впечатление, что препараты для самолечения ничем не отличаются от других потребительских товаров. Во-вторых, во многих странах число безрецептурных ЛС постоянно увеличивается за счет перевода в эту категорию рецептурных медикаментов.

Европейская ассоциация производителей безрецептурных препаратов (AESGP) термин «самолечение» преобразовала в «ответственное самолечение». Ключевой характеристикой самолечения является ответственность больного за свое здоровье. Ответственное самолечение, определяемое ВОЗ как «разумное применение пациентами лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья», в настоящее время является одним из наиболее проблемных аспектов отечественного здравоохранения. С другой стороны, ряд специалистов считают, что самолечение в современных условиях — явление неизбежное, поскольку ни в одной стране мира ресурсы государства не «пспевают» за медико-фармацевтическими потребностями населения, и здравоохранение попросту не в силах справиться с перегрузками, выпадающими на его долю.

Анализ 40 национальных исследований, посвященных самолечению, позволяет выделить 10 наиболее распространенных состояний, которые лечатся с помощью безрецептурных препаратов. Это головная боль, простуда (кашель, ринит, боли в горле, лихорадка); расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога, запоры или диарея); расстройства со стороны центральной нервной системы повышенная тревожность, утомляемость, эмоциональная лабильность, бессонница); угревая сыпь, мышечные и суставные боли, порезы и ссадины, легкие ожоги.

Нами было проведено ретроспективное аналитическое исследование. Для установления вариативности самолечения использован метод социологических исследований — анкетирование. Авторами исследования использовалась анкета, включающая качественные и количественные показатели эффективности самолечения. Анкетирование проводилось на базе г. Красноярска. Общее количество респондентов составило — 149 человек, в возрасте от 15 лет до 81 года. Дизайн исследования включал в себя следующие этапы: составление анкеты, формирование группы респондентов, анкетирование респондентов, анализ результатов анкетирования.

Нами было опрошено 149 человек, из них 56 мужчин, что составило (38%) и 93 женщины (62%). Из всех опрошенных жителей г. Красноярска 41 (28±3%) человек обращались к знахарям, экстрасенсам, колдунам, шаманам, представителям народной медицины. Интересовались наличием лицензии и сертификата только 3 человека (2%).

В случае возникновения заболевания 52 человека (35%) пользуются советами знакомых, советами из интернета — 62 (42%), при выборе лекарственного средства пользуются советом фармацевта — 75 (50,3%) опрошенных, советами из книг — 33 (22,2%). Следует отметить, что население положительно относится к рекомендациям фармацевта, что означает его влияние на обоснованность и правильность выбора лекарственного средства в сторону более рационального их применения. Особенно это касается посетителей, не уверенных в выборе лекарственного препарата, так как это является признаком «неответственного» самолечения. Часть опрошенных 12 человек (8%) к рекомендациям провизора не прибегали. С одной стороны, это небольшой процент, а с другой — именно в таких ситуациях риск неправильного, необоснованного применения ЛС возрастает и, следовательно, растет и риск нежелательных лекарственных реакций.

Источниками информации о ЛС для людей, склонных к самолечению, являются:

- газеты, журналы — 21,4%(32);
- Интернет — 40% (60);
- специалисты (врачи, провизоры) — 49,6% (74).

При возникновении заболевания, травмы или отравления, 94 опрошенных справились самостоятельно и не обращались к врачу.

При возникновении заболевания, травмы, отравления, 50 человек пытались справиться самостоятельно с проблемой, однако, пришлось обратиться к врачу из-за утяжеления состояния.

В зону риска попадают люди, отдающие предпочтение средствам массовой информации и советам знакомых. К сожалению, в настоящее время очень сложно определить правдивость и достоверность телепередач и реклам, посвященных «продвижению» ЛС, а индивидуальный опыт приема того или иного ЛС не может гарантировать его эффективность и безопасность при приеме другим человеком. Полученные данные свидетельствуют о недостаточно ответственном подходе населения к состоянию своего здоровья, о необходимости проведения мероприятий, способствующих привлечению граждан к заботе о своем здоровье, здоровье близких и окружающих людей (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, своевременное посещение врачей, отслеживание общего самочувствия).

Лекарственные препараты должны назначаться врачом. Неумелое обращение с медикаментами может усугубить состояние больного, привести к нежелательным последствиям. При любом признаке болезни необходи-

мо обращаться к специалисту, который индивидуально подберет курс лечения. Вероятность самостоятельного применения лекарственных средств населением очень высока, что создает риски развития побочных реакций либо возможного лекарственного взаимодействия, т. к. в большинстве случаев самолечение проводится без медицинского наблюдения. Это обуславливает важную роль фармацевта в надлежащем и качественном информировании и консультировании посетителей аптек.

Таким образом, требуется более жесткое государственное регулирование отпуска лекарственных средств, включая контроль над выполнением инструкций по применению лекарственных препаратов, где четко указаны условия отпуска из аптек: по рецепту или без него.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комитет экспертов ВОЗ по спецификациям для фармацевтических препаратов: 29-й докл. М., – 1986.– С. 1.
2. Ответственное самолечение: ликвидируя упущения/ Н.В. Кирпичникова, С.Ш. Сулейманов // Российские аптеки. - 2008. - № 13. С. 8–10.
3. Филиппова, И. Зачем нужны наблюдения за применением ЛС/ И.Филиппова // Ремедиум. — 2009. —№ 3. — С. 11—14.
4. Минапов, Л.Н. Оценка субъективных показателей самолечения пациентов отделения острых кишечных инфекций/ Л.Н. Минапов, И.Э. Кравченко, С.Н. Егорова, Г. А. Таирова // Медицинский альманах. – 2014. - № 4.- С. 77-80.
5. Смусева, О.Н. Побочные лекарственные реакции при самолечении / О.Н. Смусева, Ю.В. Соловкина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 35–37.
6. Ответственное самолечение: веление времени. / Р. Розен, А. Быков, Г. Шустова // Экономический вестник фармации. – 2003. – № 8.
7. Оконенко, Л.Б. Безрецептурный отпуск и самолечение / Л.Б. Оконенко, Г.А. Антропова, Е.С. Шетько // Сборник материалов Международного конгресса Здоровье и образование в XXI веке. М.:2009. - С. 265-266.
8. Система безрецептурного отпуска лекарственных средств в России: концепция и информационное обеспечение / Л.В. Мошкова, Э. А. Коржавых, Е.А. Федина, Н.Л. Саутенкова // Экономический вестник фармации. Ноябрь. - 1998. - С. 115 - 118.
9. Петров, В.И. Безрецептурные препараты в России: соотношение пользы и риска / В. И. Петров // Человек и лекарство: Тез. докл. XIII Рос.нац. конгр. -М., - 1998. - С.706.
10. Каштанова, О.А. Изучение отношения пациентов к самолечению на региональном уровне. / О.А. Каштанова, Т.В. Новосельцева // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2011. - Т. 4, №1. - С. 47.

УДК 616.12-008.331.1

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лапицкий А.Ю., Дерюшева И.В., Неустроева Т.Е., Ондар Ч.М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научный руководитель: Овчинникова Т.В., Журавлева Г.Н.

Проблема артериальной гипертензии (АГ) чрезвычайно актуальна. АГ является одним из самых распространенных хронических заболеваний и выявляется у ¼ взрослого населения, при этом взаимосвязь между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых событий является фактически линейной. С недостаточным контролем АД можно связать около 7,1 миллионов смертей в год. Несмотря на наличие современных высоко эффективных средств для лечения, контроль АГ далек от желаемого во всём мире.

Хорошо известно, что частота АГ увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в России распространенность АГ после 60 лет превышает 60%, а после 80 лет приближается к 80%. САД – единственный фактор риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, значение которого не утрачивается с возрастом, поэтому проблема АГ и ее лечения становится из одной ведущих медико-социальных проблем во всём мире.

Каждый второй инсульт возникает вследствие повышения АД независимо от пола и возраста. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность, облитерирующий процесс в периферических артериях) имеет более сильную корреляцию с уровнем систолического АД (САД), чем диастолического (ДАД), во всех возрастных группах. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований доказано, что АГ является основным фактором риска развития инсульта. Степень повышения АД определяет тяжесть течения инсульта и развития его фатальных осложнений. По данным различных исследований, у 95% пациентов, умерших от инсульта мозгового, имеет место АГ.

В настоящее время частота нормализации АД у лиц с установленной артериальной гипертензией (АГ) возрастает. Одновременно клиницисты разных профилей стали сталкиваться с ситуацией, когда АД начинает повышаться после хорошо установленного контроля заболевания. В отличие от эпизодического, реактивного повышения АД утрата контроля АГ более длительна и связана с повторными госпитализациями, избыточным использованием медицинских ресурсов, особенно отделениями скорой медицинской помощи, и отдаленными осложнениями.

В настоящее время для лечения АГ рекомендовано 5 основных классов препаратов: ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), антагонисты кальция, В-адреноблокаторы.

Цель исследования – развить связь приверженности лечения артериальной гипертензии с уровнем образования, кратностью приема, осведомлённостью об осложнениях.

Задачи исследования:

1. Провести анкетирование больных АГ
2. Интерпретировать результаты
3. Изучить связь между информированностью об осложнениях ГБ, кратностью приема лекарственных средств, социальной занятостью, уровнем образования на успех лечения артериальной гипертензии.

Исследование проводилось в КГБУЗ КМКБ №7. Всего в исследовании приняли участие 80 человек с диагнозом «артериальная гипертензия», в возрасте от 18-90 лет, среди которых 22 человека (27,5%) - женщин и 58 (72,5%) мужчин. Больные были разделены на возрастные категории: 18-25 лет - 6 человек (7,5%), 25-45 - 15 человек (18,7%), 45-65 - 42 человека (52,5%), 65-90 - 41 человек (51,2%). Из них имеют 1 степень гипертензии 15 человек (18,7%), 2 степень – 47 человек (58,7%), 3 степень – 18 человек (22,5%).

Для успешности и наглядности анализа, больные были разделены на приверженных и не приверженных к лечению АГ. Пациенты были разделены на 3 группы: приверженные к лечению АГ (22 человека – 27,5%), частично приверженные – 33 человека (41,25%), и не приверженные – 25 (31,25%) человек (Рисунок 1).

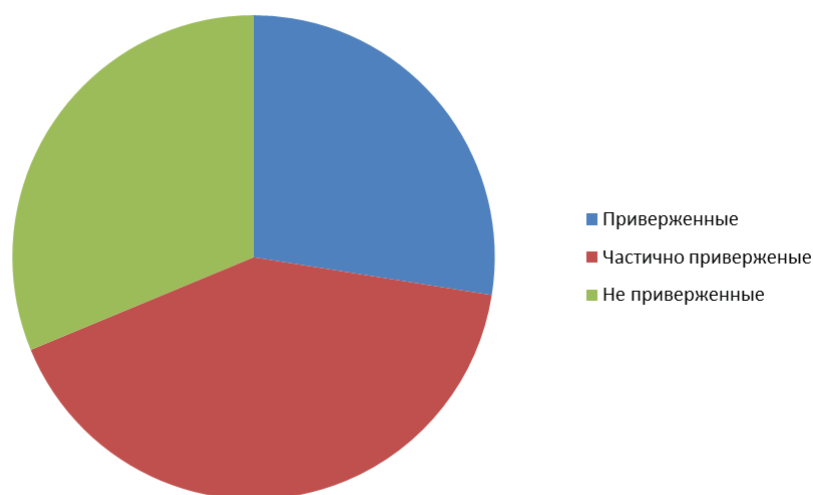


Рисунок 1 – Группы приверженности к лечению АГ.

Исходя из анализа полученных данных, можно выявить следующие зависимости: в возрастных группах до 45 лет, от 46-65 и свыше 65 лет, наиболее приверженным к лечению АГ оказалась группа старше 65 лет (41% - приверженных (9 человек) и 19% не приверженных) и, опираясь на это, можно подвести черту со стажем заболевания. Наиболее приверженными к лечению АГ стала группа, со стажем заболевания более 10 лет (8 человек – 36%) в сравнении с не приверженными (6 человек – 24%). Однако, в данной группе выявляется закономерность: чем ниже стаж заболевания, тем ниже приверженность к лечению АГ: группа со стажем до 5 лет оказалась менее приверженной к лечению (52% - 13 человек), нежели группа приверженных (9 человек – 41%) (Таблица 1).

Таблица 1

Соотношение приверженности к возрасту и стажу заболевания

Возраст			Стаж заболевания		
	Приверженные	Не приверженные		Приверженные	Не приверженные
До 45	27%	32%	До 5 лет	41%	52%
46-65	31%	48%	До 10 лет	27%	24%
Свыше 65	41%	19%	Свыше 10 лет	36%	24%

Также были составлены группы больных, в зависимости от пола. Наиболее не приверженными оказались мужчины – 60% (15 человек), нежели женщины - 40% (10 человек), в отличие от приверженных (50% мужчин и 50% женщин – по 11 человек).

В последующем, респонденты были расположены по знанию нормальных цифр АД. Оказалось, что приверженные к лечению больные знают нормальные цифры АД (15 человек – 68%), а респонденты не приверженные (40%) не знают нормальные цифры АД. Таким образом, можно констатировать факт, что при-

верженные гораздо быстрее могут выявить осложнения и, при помощи медикаментов, предотвратить их, что в итоге увеличит приверженность к лечению АГ и раннему выявлению осложнений. Так же пациенты были распределены на группы тех, кто имеет дома тонометр и тех, кто не имеет. Среди имеющих дома тонометр подавляющим оказалось большинство приверженных к лечению АГ (19 человек – 86%), нежели число не приверженных (68%).

Пациенты были разделены и по группам образования: среднее и высшее. Среди приверженных в группе среднего образования оказалось 20 человек (91%) и не приверженных среднего звена (84%). По высшему образованию: 2 человека (9%) – приверженных и 16% не приверженных. Такие данные позволяют констатировать факт, что наиболее приверженными к лечению АГ являются респонденты со средним образованием.

В группах по кратности приема медикаментов – 1 раз в день и 2-3 раза в день выявлено: 11 человек приверженных (50%) по приему 1 раз в день и 2-3 раза в день, а среди не приверженных 40% принимают лекарственные средства 1 раз в день и 60% принимают медикаменты 2-3 раза в день. Полученные данные позволяют выявить следующее: приверженность к лечению АГ становится низкой, если больной принимает медикаменты 2-3 раза в день, однако комплейс становится выше, ежели больной принимает лекарственные средства 1 раз в день.

Была создана группа сравнения по знанию осложнений АГ. Исходя из анализа опроса, выявлено: в группе приверженных 72% (16 человек) знают осложнения, а в группе не приверженных – 48%, что достоверно больше. А, следовательно, приверженность лечения выше, если пациент ознакомлен и осложнениями болезни, в частности, АГ. Однако, антагонистом группы знающих осложнения была выставлена группа не знающих осложнений АГ, что составило из приверженных 28%, а из не приверженных – 52%. Исходя из этого можно заключить, что приверженность к лечению АГ ниже, если больной не знает осложнений.

В группе сравнения по наличию осложнений выявлено: группа приверженных, не имевших осложнения – 9% (2 человека), имевших гипертонические кризы – 41% (9 человек), и имевших нарушения мозгового кровообращения – 50% (11 человек); группа не приверженных к лечению, не имевших осложнения – 20% (5 человек), имевших гипертонические кризы – 32% (8 человек), и имевших нарушения мозгового кровообращения – 48% (12 человек), что приверженность к лечению АГ выше у пациентов, имевших осложнения (Рисунок 2).

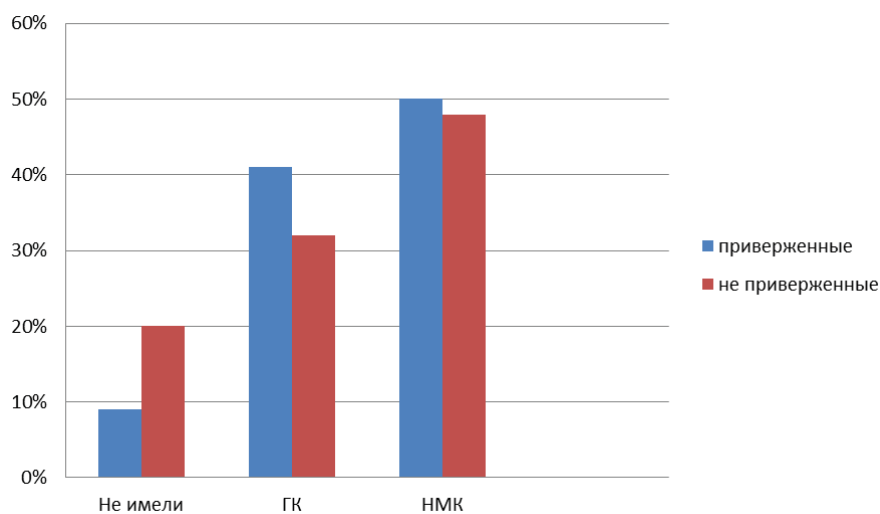


Рисунок 2 – График отношения наличия осложнения к приверженности лечения АГ.

В группе наблюдения у участкового врача выявлено: приверженные, не посещающие врача – 13% (3 человека), посещающие 1 раз в месяц – 50% (11 человек), посещающие 1 раз в год – 36% (8 человек); не приверженные, не посещающие врача – 56%, посещающие 1 раз в месяц – 16%, и посещающие 1 раз в год – 28%. Анализируя данные, можно констатировать, что приверженность к лечению АГ зависит и от медицинского наблюдения, исследования и коррекции терапии. Так данные показали, что приверженность ниже, если больные не посещают врача или посещают 1 раз в год, чем у тех, кто посещает врача 1 раз в месяц.

В группе сравнения по информированности о лекарственных средствах, назначенных врачом, выявлено: приверженные к лечению обладают достаточным объемом информации, касательно лекарственных средств – 59% (13 человек), нежели не приверженные к лечению – 40%. Также недостаточным объемом знаний о препаратах владеют больные не приверженные – 60%, нежели приверженные – 41% (9 человек). Исходя из этого, можно выявить, что приверженность к лечению АГ тем ниже, когда больным не хватает информации о прописанных препаратах, и тем выше, тем, кому информации достаточно.

Во время анализа анкет выявлено, что больные имеют трудности в лечении АГ. Наиболее показательными трудностями являются: длительность лечения, стоимость лечения, сложность схемы, и недоверие к врачам и препаратам: приверженные 22% (5 человек), 77% (17 человек), 22% (5 человек) соответственно, исключая последний вариант, и не приверженные: соответственно, 36%, 84%, 44%, 8%. Эти данные позволяют констатировать, что значение для приверженности к лечению имеют: не знание о постоянстве терапии, высокая стоимость (или не позволительная для отдельных сфер общества) препаратов, сложность схемы лечения и недоверие к медицине (рисунок 3).

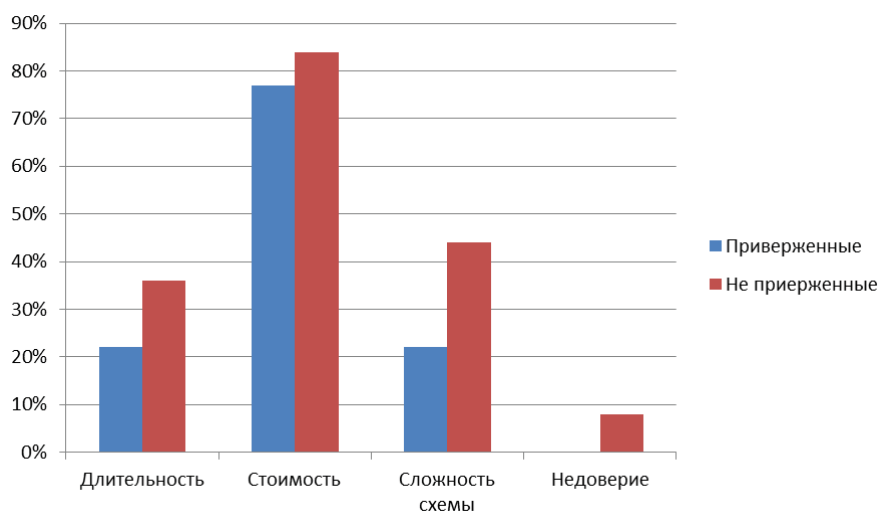


Рисунок 3 – График зависимости трудностей в лечении АГ к приверженности к лечению АГ.

Выводы:

1. Приверженность к лечению АГ зависит от возраста
2. Приверженность к лечению АГ зависит от расхода на гипотензивные препараты в месяц.
3. Приверженность к лечению АГ зависит от кратности приема препаратов
4. Приверженность к лечению АГ зависит от уровня образования.
5. Приверженность к лечению АГ зависит от стажа заболевания.
6. Приверженность к лечению АГ зависит от диспансеризации.
7. Приверженность к лечению АГ зависит от того, имеет ли больной дома тонометр.
8. Приверженность к лечению АГ зависит от знания цифр АД в норме
9. Приверженность к лечению АГ зависит от знания осложнений.
10. Приверженность к лечению АГ зависит от того, имел ли пациент осложнения до назначения адекватной медикаментозной терапии.
11. Приверженность к лечению АГ зависит от уровня информированности пациентов не только о самой болезни, осложнений и т.п., но и от знаний больного о лекарственных средствах, принимаемых им.
12. Приверженность к лечению АГ зависит от доверия к врачу, медицине и терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Органова, Р.Г. Национальные клинические рекомендации. / Р.Г. Органова // 3-е издание, М., 2010. – С. 487.
2. Моисеев, В.С. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кабалова // М.: МИА, 2002. - С. 446.
3. Суслина, З.А. Практическая кардионеврология / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина // М., 2010. - 304 с.
4. Остроумова, О.Д. Антигипертензивная терапия во вторичной профилактике инсульта. // Эффективная фармакотерапия. – 2013. - №45. – С. 22-26.
5. Чазова, И.Е. Место блокаторов рецепторов ангиотензина II 1-го типа в современной терапии артериальной гипертензии. / И.Е. Чазова // Consillium Medicum. – 2008. - №10(11). - С. 11-14.
6. Барышникова, Г.А. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии. / Г.А. Барышникова, С.А. Чорбинская, Степанова И.И. // iDOCTOR. – 2013. - №10(18). – С. 11-15.
7. Карпов, Ю.А. Лечение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: роль блокады ренин-ангиотензина системы с помощью сартанов. / Ю.А. Карпов // РМЖ. – 2009. - №23 (362). – С. 1548-1553.
8. Руксин, В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии. Краткое руководство для врачей / В.В. Руксин// М.: МЕД-пресс-информ, 2009. - 48 с.
9. Манойлов, А.Е. Причины утраты контроля артериальной гипертензии у лиц, обращающихся за медицинской помощью / А.Е. Манойлов // Скорая мед. помощь. – 2011. - №12(1). – С. 18-24.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БУЗ ВО «КАЛАЧЕЕВСКОЙ РБ»

Лаптиева С.М., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В., Котова Ю.А.

*ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики*

Научный руководитель: д.м.н, проф. Зуйкова А.А.

Амбулаторно-поликлиническая помощь занимает приоритетное значение в медицинском обслуживании как наиболее массовый и доступный вид медицинского обслуживания. Ее получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения.

Цель работы – оценить эффективность организации амбулаторно-поликлинической помощи БУЗ ВО "Калачеевской РБ".

Задачи исследования:

1. Изучить организацию оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению Калачеевского района;
2. Ознакомиться с подразделениями поликлиники БУЗ ВО "Калачеевской РБ" и оценить уровень их оснащение;
3. Проанализировать основные показатели деятельности поликлиники.

Исследование проводилось на базе поликлиники БУЗ ВО "Калачеевской РБ". Сведения получены: 1) путем наблюдения за работой поликлиники БУЗ ВО "Калачеевской РБ" во время прохождения производственной практики; 2) в ходе бесед с главным врачом и заведующим поликлиникой по вопросам организации и устройства поликлиники; 3) в процессе работы с учетно-отчетной документацией (штатное расписание, анализ основных показателей деятельности поликлиники по данным годовых отчетов БУЗ ВО "Калачеевской РБ" форма №30 за период 2010-2014г, отчетной формы № 12 за 2010 -2014г, отчёта о работе терапевтической службы БУЗ ВО Калачеевская РБ" за 2012 год и данных аналитической справки "Итоги работы БУЗ ВО "Калачеевская РБ за 2014 год").

БУЗ ВО "Калачеевская РБ" основана в 1907 году, находится на территории г. Калача по улице Борцов Революции 20. Поликлиника рассчитана на 500 посещений в день, расположена по адресу г. Калач, ул. Луначарского д.4. Это 3-х этажное кирпичное здание с центральным водопроводом, канализацией и газовым отоплением. Поликлиника обслуживает весь район, включая городское население.

На первом этаже расположены регистратура, доврачебный кабинет, смотровой мужской кабинет, смотровой женский кабинет, кабинет хирурга и травматолога, кабинет флюорографии, процедурный кабинет, инфекционный кабинет, терапевтические кабинеты, кабинет онколога, кабинет для сбора мокроты, кабинет ревматолога, кабинет неотложной медицинской помощи.

На втором этаже расположены кабинеты невролога, эндокринолога, прививочный и рентген кабинет, клиническая лаборатория, кабинет профилактики и диспансеризации, кабинет выписки больничных листов, дневной стационар на 20 коек, отделение функциональной диагностики: кабинет ЭКГ, спирографии, 2 кабинета УЗИ.

На третьем этаже - администрация поликлиники, кабинет МСЭ, кабинет старшей медсестры, кабинет онкоцитологии и рН-метрии, кабинет невролога, нарколога, психиатра, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога, кардиолога, кабинет массажа и мед. статистики, физиотерапевтический кабинет, кабинет выписки рецептов льготной категории больных, которому уделяется особое внимание.

Имеется отделение платных услуг, в которое входят врачи-специалисты: невролог, терапевт, хирург, офтальмолог, психиатр, нарколог, кардиолог, дерматовенеролог.

В поликлинике работают 33 специалиста с высшим образованием, 80 среднего звена, 16 младшего медицинского персонала.

Квалификационную категорию имеют:

- 8 врачей-терапевтов (4 человека - первую, 4 человека - вторую), что составляет 42,1% от общего числа врачей-терапевтов,
- врачи-кардиологи (1 человек -первую, 1 человек - высшую),
- врачи невропатологи (2 человека - первую),
- врач-эндокринолог – первую,
- 2 ВОП – первую.

В целом 52,9% специалистов терапевтической службы имеют квалификационную категорию. Число участков в поликлинике - 10, приписных - 3, врачебных амбулаторий - 6, ФАПОВ -28. Штаты врачей отделения функциональной и ультразвуковой диагностики обеспечены полностью.

В поликлинике имеются:

1. ЭКГ-РАФ FX-211 "Cardimax",
2. УЗИ Vivid-позволяет на ранних стадиях выявить больных с врожденным пороком сердца, ДМПП, ДМЖП и др.,

3. Аппарат "Биоптрон"- применяется в дерматологии для лечения кожных заболеваний, в ревматологии при заболевании суставов и в хирургии при нарушении кровообращения,
4. Рентген аппарат Proteus-XR 2006г,
5. Про Граф-2007г,
6. Маммограф- МАММО 4МТ.

В рамках национального проекта "Здоровье" поликлиника получила новое оборудование для кабинетов врачей общей практики: холодильники, гинекологические кресла, гинекологические и хирургические инструменты, стерилизаторы, камеры для хранения стерильных инструментов, компьютеры, а так же офтальмологические наборы и другое.

По региональной программе модернизации на повышение доступности амбулаторной помощи получены следующие аппараты: авторефрактометр, щелевая лампа, компьютерный периметр. В связи с приобретением нового БХ-анализатора, расширен спектр биохимических лабораторных исследований. Проводятся следующие биохимические исследования: глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, общий белок, тимоловая проба, билирубин, АсАТ, АлАТ, холестерин, ПТИ, СРБ, ТТ, калий, АЧТВ, щелочная фосфатаза, мочевины, триглицериды, железо, магний, тропонины, мв-фракция.

В качестве дезинфицирующих средств используются: перекись водорода, нейтральный анализ, трилокс, авансепт, премиум, гексаниос, мистраль, северянин, самаровка, бриллиант, мирорез-базик, вирбаксан, новис, конти-хлор, ника-амицид.

Одним из приоритетных направлений в деятельности БУЗ ВО "Калачеевская РБ" является решение проблем лекарственного обеспечения с целью повышения качества и эффективности медицинской помощи. На территории Калачеевского района проживает 4090 человек, имеющих право на социальный пакет на конец 2014 года. Население, пользующееся льготами, обеспечиваются лекарственными препаратами через ОАО "Калачеевская аптека" и аптечные пункты. Льготными лекарственными препаратами больные обеспечиваются согласно заявке, сформированной с учётом рекомендаций областных специалистов, в пределах выделенных лимитов.

Обеспеченность населения врачами:

2010	2011	2012	2013	2014
28,4	28,9	25,9	22,6	29,7

Обеспеченность населения врачами на протяжении 2010-2014 года остаётся ниже показателей по Воронежской области (в 2010г - 46,5, 2011г. - 45,3, 2012г.-45,4, 2013г. - 47,2), хотя в 2014г ситуация улучшилась в связи с кадровой политикой администрации районной больницы, привлечения молодых специалистов с высшим медицинским образованием.

Обеспеченность взрослого населения терапевтической амбулаторно-поликлинической помощью (на 10 тыс. населения):

2010	2011	2012	2013	2014
3,2	3	2,6	2,1	2,5

На протяжении 2010-2014 г. обеспеченность взрослого населения терапевтической амбулаторно-поликлинической помощью по-прежнему остаётся недостаточной, составляя около 50% от рекомендуемых норм.

Численность населения на одном терапевтическом участке (из расчета на число занятых должностей участковых терапевтов):

2010	2011	2012	2013	2014
5970	5335	7741	10840	8649

С 2010 г. наблюдается выраженная тенденция к увеличению численности населения на одном терапевтическом участке, в связи с нехваткой специалистов и увеличением терапевтических участков.

Укомплектованность врачебных должностей терапевтов в поликлинике(%):

2010	2011	2012	2013	2014
81,7%	78,3%	62,8%	67,5%	70,9%

В 2014г показатели укомплектованности повысились в сравнении с предыдущими годами, хотя в терапевтической службе имеется дефицит врачебных кадров.

Среднее число посещений, приходящихся на одного жителя в год:

2010	2011	2012	2013	2014
4,7	5,6	3,8	3,9	6,2

За 5 лет произошло увеличение среднего числа посещений, что связано с повышением обращаемости больных в связи с заболеванием и проведением профилактических осмотров, хотя показатели ниже нормы (9,48).

Среднее число посещений, приходящихся на одного жителя в год к терапевтам

2010	2011	2012	2013	2014
1,4	1,2	1,1	0,9	1,3

Среднее число посещений ниже норматива (2,7), отмечается положительная динамика.

Удельный вес профилактических посещений в поликлинике составляет:

2010	2011	2012	2013	2014
16,3%	25,3%	26,7%	27,2%	30,4%

Наблюдается постепенное увеличение удельного веса профилактической работы в период с 2010 по 2015 гг.

Удельный вес посещений на дому:

2010	2011	2012	2013	2014
8,8%	10,1%	10,4%	7,76%	7,75%

Удельный вес помощи на дому снизился и соответствует 7,75%, что ниже нормативов (20-30 % у терапевтов).

Фактическая нагрузка врача терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения за год:

2010	2011	2012	2013	2014
4975	4741	8410	7635	4850

Фактическая нагрузка врача терапевта имела максимальные значения в 2012 г, в 2014 снизилась, в связи с привлечением врачей общей практики и врачей терапевтов.

Полнота охвата медицинскими осмотрами:

2010	2011	2012	2013	2014
890-100%	970-100%	930-100%	1030-100%	1530-100%

Показатели охвата медицинскими осмотрами постоянно остаются на высоком уровне - 100%.

Охват населения осмотрами с целью выявления больных туберкулёзом:

2010	2011	2012	2013	2014
83,7%	79,7%	82,5%	90,9%	90,2%

Наблюдается постоянное увеличение числа обследованных больных с целью выявлением больных туберкулёза, благодаря улучшению организации работы и приобретения нового оборудования.

Заболеемость взрослого населения БУЗ ВО "Калачеевская РБ" представлена в таблице 1.

Таблица 1

Заболеемость взрослого населения БУЗ ВО "Калачеевская РБ" в период с 2011 по 2014 гг.

Наименование классов	Зарегистрировано всего на 100 тыс. населения			
	2011	2012	2013	2014
Болезни системы кровообращения	32096,6	33949,1	34587,9	35235,4
Болезни органов дыхания	20471,6	17837,2	19140,9	19146,9
Болезни костно-мышечной системы	12496,2	12093,2	12323,6	13027,4
Болезни системы пищеварения	8006,4	8084,1	8119,8	8224,7
Болезни эндокринной системы	8288,8	9140,3	6715,0	6863,8
Болезни мочеполовой системы	7178,8	9177,0	9328,7	9424,8

На первом месте остаются болезни органов кровообращения, далее идут болезни органов дыхания и костно-мышечной системы, затем болезни органов пищеварения, мочеполовой системы. В целом сохраняется рост заболеваний системы кровообращения, в частности, за счёт различных форм ИБС, стенокардии, ИМ. В то же время особого роста АГ не отмечается ввиду проводимой диспансеризации. Структура первичной заболеваемости показана в таблице 2.

Структура первичной заболеваемости БУЗ ВО "Калачеевская РБ" в период с 2011 по 2012 гг.

	2011	2012
Болезни системы кровообращения	14,2%	11,8%
Болезни органов дыхания	40,8%	42,8%
Болезни костно-мышечной системы	5,9%	6,4%
Болезни системы пищеварения	4,0%	22,2%

В структуре первичной заболеваемости наиболее распространены заболевания органов дыхания, в 2012г наблюдается рост числа болезней системы пищеварения с связи с повышением обращаемости и появлением нового оборудования.

Выводы:

1. Оказание специализированной медицинской помощи населению Калачеевского района организовано администрацией БУЗ ВО "Калачеевская РБ" на высоком уровне, активно развивается амбулаторно-поликлиническое звено, стационарзамещающие виды оказания помощи, дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, исполнение Национального проекта "Здоровье", программы Тамбовской области Развитие здравоохранения".
2. Материально-техническая база поликлиники оснащена высокотехнологичными приборами и оборудованием, на постоянной основе приобретает новое оборудование и медикаменты.
3. Главной проблемой в деятельности поликлиники с 2010 по 2015г остаётся недостаточная укомплектованность врачами терапевтами (в 2014 г - 70,9%).

УДК 616.727.3-001-05

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Ларионов В.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Научный руководитель: к.м.н., доц. Дударев В.А.

По зарубежным литературным данным, 65% переломов и вывихов у детей приходится на верхнюю конечность. Повреждение локтевого сустава стоит на втором месте после переломов дистального отдела предплечья [3,4]. По данным отечественных источников, травмы области локтевого сустава составляют 40–50% от общего числа повреждений опорно-двигательного аппарата у детей [1].

Процесс лечения переломов костей локтевого сустава связан с техническими трудностями вправления, вторичными смещениями фрагментов перелома, осложнениями и неблагоприятными исходами. При общепринятых методах лечения часто встречаются повреждения периферических нервов, неправильно сросшиеся переломы, контрактуры локтевого сустава, оссификаты и оссифицирующие гематомы периартикулярных мягких тканей. Невозможность диагностики нервных и сосудистых расстройств путем рентгенологического обследования, недоучет данных клинического обследования и характера травмы часто приводят к развитию скрытых и долговременных нарушений иннервации и нарушений кровообращения в дистальных отделах верхней конечности. Поздняя госпитализация этой группы больных усложняет диагностику, увеличивает объем оказания необходимой специализированной медицинской помощи и усугубляет прогноз патологии.

Целью данного исследования являлось проведение анализа способов лечения переломов костей локтевого сустава у детей, определение целесообразности применения способов лечения касаясь конкретного вида травмы. Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи: изучить клинко-анатомические особенности сочетанных травм локтевого сустава у детей; оценить эффективность различных методов лечения этого вида травм; провести анализ возможных осложнений и их лечения с последующей реабилитацией; оценить необходимость и эффективность реабилитационных мероприятий у детей с переломом костей локтевого сустава. В ходе исследования были проанализированы научные статьи за последние 5 лет, касающиеся проблематики лечения травм локтевого сустава.

В результате было выявлено следующее: при лечении надмыщелкового и чрезмыщелкового переломов плечевой кости предпочтительным методом является закрытая репозиция с последующей чрескожной фиксацией костных отломков металлическими спицами [1,3]. Этот метод малотравматичен, позволяет в большинстве случаев добиться точной репозиции закрытым путем, стабильно фиксировать костные отломки на весь пери-

од сращения с возможностью ранних движений в суставе. Неудовлетворительные результаты наблюдаются в 4-6% случаев и обусловлены сохранившимся вследствие неточной репозиции ротационным смещением дистального отломка и техническими ошибками при проведении спиц. Однако, данный метод лечения является довольно трудным, а эффективность зависит от практического опыта врача. Также не потеряла своего значения у детей закрытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией. Однако, число неудачных репозиций составляет до 35%. Приходится проводить повторную репозицию, что негативно влияет на мягкие ткани. Неудовлетворительные результаты составляют от 3,8% до 14%. Метод скелетного вытяжения показан только в случаях, когда имеется значительный отёк мягких тканей, парез срединного и локтевого нервов, значительное смещение костных отломков, а также повреждения и ущемления нервов. Осложнениями данного метода могут стать инфицирование кости, неврит локтевого нерва, прорезывание спицы. В 31,2% случаев наблюдаются неудовлетворительные результаты лечения. Также метод вытяжения является более затратным: по данным G.A. Mencio, стоимость лечения пациентов данным методом в 2-2,5 раза выше, чем при лечении методами закрытой репозиции с последующей гипсовой иммобилизацией или чрескожной фиксацией костных отломков [3].

Открытая репозиция показана в случаях, когда закрытая репозиция невозможна из-за большого числа мелких костных отломков внутри сустава; если имеется открытый перелом; если есть повреждение сосудов и нервов, которые требуют оперативного вмешательства. Однако, по литературным данным, в послеоперационном периоде потери в разгибании составили 6° , а в сгибании 8° , в то время как при закрытой репозиции с последующей чрескожной фиксацией костных отломков эти показатели составили $0,6^{\circ}$ и 8° соответственно [3]. Поэтому, если нет необходимости в открытой репозиции, лучше использовать закрытую репозицию.



Рисунок 1 – Надмыщелковый перелом плечевой кости.

При переломе шейки лучевой кости наиболее распространенным методом лечения также является закрытая репозиция, которая позволяет устранить смещение головки и отказаться от открытой репозиции. Также используется метод репозиции головки лучевой кости с фиксацией ее спицей Киршнера через дистальный метаэпифиз лучевой кости. Преимуществами данного способа являются малая травматичность, точность репозиции, надежность фиксации, возможность раннего применения лечебной физкультуры [1,2,3]. При переломе головки лучевой кости, если смещение отломков составляет менее 2 мм, необходимости в операции нет. Если смещение составляет от 2 до 5 мм, вопрос об операции является дискуссионным. Некоторые исследователи говорят о хороших результатах данного метода лечения, сравнимых с результатами открытой репозиции [5].

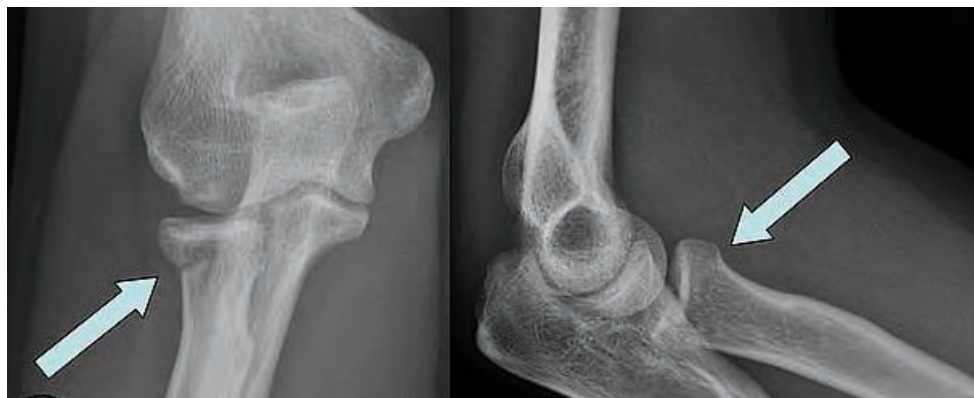


Рисунок 2 – Перелом головки и шейки лучевой кости.

Для восстановления функций локтевого сустава большая роль отводится реабилитационным мероприятиям. Для достижения лучшего результата нужно следовать следующим принципам:

1. Сохранять общую двигательную активность. Это оказывает положительное влияние на психо-эмоциональную сферу сознания ребёнка: он понимает, что, несмотря на травму, может продолжать двигаться, играть с другими детьми;
2. После формирования костной мозоли необходимо как можно раньше начать разрабатывать сустав, чтобы предотвратить образование послеоперационных контрактур и вернуть полный объём движений в суставе;
3. Дозировать нагрузку во время выполнения упражнений, начинать с низкоамплитудных упражнений, дающих малую нагрузку на мышечный аппарат, чтобы предотвратить смещение отломков;
4. Проводить занятия систематически, каждый день до достижения объёма движений, максимально близкого к физиологическому.

По результатам исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Оптимальным временем для оказания помощи являются первые часы после травмы, т.к. в это время еще не успевают развиваться такие патологические процессы, как значительный отек, кровоизлияние и трофические изменения. Эти явления резко выражены, начиная со вторых суток, что в значительной степени затрудняет репозицию отломков, а по мере их развития эффективность репозиции снижается.
2. Наиболее предпочтительным методом в плане эффективности фиксации костных отломков, малого количества неудовлетворительных результатов, возможности раннего начала проведения разработки локтевого сустава и финансовых затрат на лечение является закрытая репозиция с последующей чрескожной фиксацией костных отломков металлическими спицами.
3. Для восстановления физиологического объёма движений в суставе необходимо как можно раньше начать проведение реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проценко, Я.Н. Методы лечения детей с травмами области локтевого сустава / Я.Н. Проценко, Н.А. Овсянкин, Н.А. Поздеева. Электронный ресурс.
2. Ruchelsman, D.E. Fractures of the Radial Head and Neck / D.E. Ruchelsman, D. Christoforou, J.B. Jupiter // The journal of bone and joint surgery. – 2013. - №95. - P. 469-478.
3. Mencia, G.A. Green's Skeletal Trauma in Children / G.A. Mencia, M.F. Swiontkowski – 5th edition – P. 182-245
4. Lam, G. Elbow Injuries / G. Lam. Электронный ресурс. URL: <http://learnpediatrics.sites.olt.ubc.ca/files/2011/11/elbow-injuries.pdf>
5. Fractures of the Radial Head / K.J. Burkhart, K. Wegmann, L.P. Muller, F.E. Gohlke. Электронный ресурс. URL: [http://www.hand.theclinics.com/article/S0749-0712\(15\)00069-4/fulltext](http://www.hand.theclinics.com/article/S0749-0712(15)00069-4/fulltext)

УДК 159.9.072.422

СПЕЦИФИКА СТРАХОВ В СВЯЗИ С СОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Латынина М.Д

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.псих.н, доц. каф. клинической психологии и психотерапии Волкова О.В.

В нестабильной социальной ситуации на современного ребенка обрушивается большое количество неблагоприятных факторов, которые способны не только затормозить развитие потенциальных возможностей личности, но и повернуть процесс ее развития вспять.

Детские страхи – это неотъемлемая составляющая естественного развития ребёнка и становления его личности. Страхи в какой-то степени обусловлены возрастными особенностями и в большинстве случаев имеют временный характер. Но страхи, сохраняющиеся длительное время и тяжело переживаемые ребёнком, говорят о его нервной ослабленности, что в свою очередь может отразиться на соматическом состоянии.

Хотелось бы обратить внимание, что в младшем школьном возрасте особенно остро стоит вопрос адаптации ребёнка к новым социальным условиям, в этот момент закладываются возможные основы успешности в школе или же устойчивой дезадаптации. И при этом ребенок еще не владеет достаточными навыками саморегуляции, он ещё не может управлять своими чувствами, а возникающие вследствие этого трудности, в свою очередь, оказывают влияние на учебный процесс, что порождает новые стрессы.

Сам по себе стресс безвреден для организма и является неотъемлемой частью жизни, но затянувшийся стресс может повлиять на психологическую сферу ребёнка появлением таких новообразований как страхи, а так же повлечь за собой соматические изменения, как защитную реакцию.

Целью данной работы является исследование специфики страхов и их связи с соматическим статусом детей младшего школьного возраста.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. изучение и анализ научно-методической литературы по теме исследования;
2. подбор диагностического инструментария для исследования специфики страхов детей 7 лет;
3. рассмотрение психологических особенностей детей младшего школьного возраста;
4. исследование уровня тревожности и связи сформировавшихся страхов с соматическим статусом детей младшего школьного возраста;
5. анализ полученных экспериментальных данных.

В ходе исследования была выдвинута следующая гипотеза: общий тревожный фон и присутствие у ребёнка большого количества страхов влияют на соматическое состояние ребёнка и, как следствие, на его соматический статус.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- эмпирические методы (беседа, опрос, анализ продуктов деятельности).

Исследование было проведено в Лицее №3 города Красноярск, в котором приняли участие учащиеся первых классов в количестве 24 человек: из них 12 детей с ослабленным здоровьем (5 девочек и 7 мальчиков) и 12 здоровых детей (6 девочек и 6 мальчиков).

Изучая теоретический материал по теме исследования, выяснилось, что страхи детей младшего школьного возраста формируются под воздействием целого ряда новообразований и изменений в социальной ситуации, характерных данному возрасту. В частности у детей младшего школьного возраста активно развивается механизм саморегуляции и контроля собственного поведения.

В младшем школьном возрасте ребенок имеет относительно богатый собственный опыт, обладает способностью наблюдать и анализировать действия и поступки других людей и свои собственные, но формирование его самооценки зависит главным образом от внешних факторов, влияющих на него (опыт общения с родителями, учителями, одноклассниками).

Как было указано выше начало обучения в школе приводит к тому, что социальная ситуация развития ребенка кардинально меняется, это изменение заключается в выходе ребенка за рамки семьи, в расширении круга значимых лиц и в выделении особого типа отношений со взрослыми. Центром жизни младшего школьника становится система «ребенок – учитель», которая определяет отношение ребенка к родителям и к сверстникам. В этой обстановке новая социальная ситуация ужесточает условия жизни ребенка, что ведет к формированию страхов в этом возрасте.

Существует множество различных понятий страха и тревожности. Мы сделаем разграничение между ними и дадим определение. Тревога - это комбинация некоторых эмоций, а страх - лишь одна из них. А также тревога - это безобъектное переживание, в то время как страх направлен на определённый объект.

Для исследования уровня тревожности был использован «Тест тревожности» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен). Экспериментальный материал состоит из 14 рисунков размером 8,5*11 см. Каждый рисунок представляет собой некоторую типичную для жизни младшего школьника ситуацию.

Анализ результатов проведённого исследования показал, что большая часть здоровых детей имеют средний уровень тревожности, это может быть связано с началом обучения в школе, также небольшой процент здоровых детей имеют низкий уровень тревожности, что говорит о высокой стрессоустойчивости этих детей. Что касается детей с ослабленным здоровьем, то к ним отнесли все дети с высокой тревожностью из данной выборки, оставшиеся дети имеют средний уровень тревожности и ни один ребёнок с ослабленным здоровьем не имеет низкого показателя по данной методике (Рисунок 1).

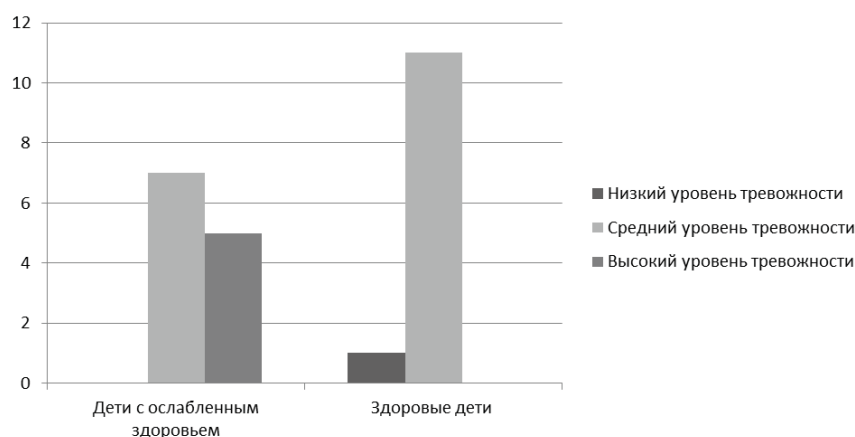


Рисунок 1 – Показатели исследования по «Тесту тревожности» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен).

Следующей методикой исследования была использована методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» (А.И. Захаров и М.А. Панфилова). Методика «Страхи в домиках» нацелена на выявление и уточнение преобладающих видов страхов (страх темноты, одиночества, смерти, медицинские страхи и т. д.). Прежде чем помочь детям в преодолении страхов, необходимо выяснить, весь спектр страхов и каким конкретно страхам они подвержены.

Также из данных исследования видно, что наибольшее количество страхов преобладает у группы детей с ослабленным здоровьем. Медицинские страхи – девочки с ослабленным здоровьем – 60%, мальчики с ослабленным здоровьем – 28%; здоровые девочки – 33%, здоровые мальчики – 16%. Страхи, связанные с причинением физического ущерба – девочки с ослабленным здоровьем – 80%, мальчики с ослабленным здоровьем – 42%; здоровые девочки – 50%, здоровые мальчики – 33%. Страх смерти (своей) – девочки с ослабленным здоровьем – 100%, мальчики с ослабленным здоровьем – 71%; здоровые девочки – 83%, здоровые мальчики – 83%. Страх животных – девочки с ослабленным здоровьем 0%, мальчики с ослабленным здоровьем – 42%; здоровые девочки 83%, здоровые мальчики – 50%. Страхи сказочных персонажей – девочки с ослабленным здоровьем – 0%, мальчики с ослабленным здоровьем – 42%; здоровые – девочки 83%, здоровые мальчики 50%. Страхи темноты и кошмарных снов – девочки с ослабленным здоровьем – 60%, мальчики с ослабленным здоровьем – 14%; здоровые девочки – 0%, здоровые мальчики 16%. Социально-опосредованные страхи – девочки с ослабленным здоровьем – 40%, мальчики с ослабленным здоровьем – 14%; здоровые девочки – 0%, здоровые мальчики – 0%. Пространственные страхи – девочки с ослабленным здоровьем – 60%, мальчики с ослабленным здоровьем – 14%; здоровые девочки – 16%, здоровые мальчики – 16% (Рисунок 2).

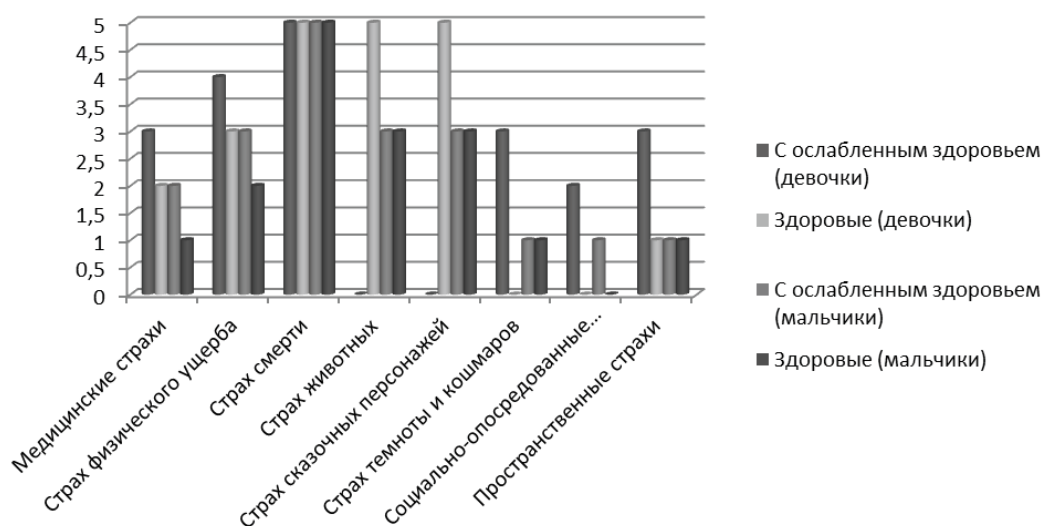


Рисунок 2 – Показатели исследования по методике «Страхи в домиках» (А.И. Захаров, М.А. Панфилова).

Анализируя полученные нами результаты, выявленные в ходе практического исследования, следует отметить, что гипотеза, выдвинутая в начале исследования, подтвердилась. Общий тревожный фон и присутствие у ребёнка большого количества страхов взаимосвязаны с соматическим состоянием ребёнка и, как следствие, с его соматическим статусом. Также важно отметить необходимость проведения дальнейшей работы в данном направлении, т.к. эта область является перспективной для научного исследования. Данные, которые можно получить в ходе коррекционной работы могут дать новый толчок в исследовании данной темы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волкова, О.В. Содержание понятия «соматический статус» как предпосылка к формированию выученной беспомощности. / Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн. - 2013. - N 3. Электронный ресурс. URL: <http://ppip.idnk.ru> (дата обращения: 19.01.2016).
2. Захаров, А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 320 с.
3. Изард, К.Э. Эмоции человека / ред. Л.Я. Гозмана, М.С. Егоровой. – М., Просвещение, 2002. – 154с.
4. Обухова, И.Ф. Возрастная психология: учебник. – М., Педагогическое общество России, 2001. – 442 с.
5. Панфилова, М.А. Игротерапия общения: тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов, родителей. – М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2002. – 160 с.
6. Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) / И.Б. Дерманов // Диагностика эмоционально-нравственного развития – СПб., 2002. С.19-28.

ОПТИЧЕСКОЕ, МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРХНЕЙ ПРИ АКТЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА

Лейкин А.Ю. Петрова П.Р.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. каф. ортопедической стоматологии Манашев Г.Г.

Ведущие стоматологи во всем мире убеждены в том, что слишком большое место в стоматологии отводится реставрации отдельных зубов, тогда как, при обследовании и лечении пациентов больше внимания стоит уделять законам функционирования зубочелюстно-лицевой системы, единству всех органов этой системы.

Нередко после устранения зубочелюстных аномалий наблюдаются, казалось бы, по непонятным причинам симптомы суставных нарушений.

Суставные нарушения — нарушение подвижности нижней челюсти, зигзагообразное смещение или боковое отклонение нижней челюсти при открывании рта, щелчки, хруст в суставе, редко боль в суставе при пальпации, боль в ухе при открывании — закрывании рта.

Цель исследования — создать новый (оптический) метод регистрации смещения нижней челюсти относительно верхней, на базе мобильных платформ android, iOS, windows phone.

Задачи исследования:

1. Изучить классические методы фиксации движений нижней челюсти относительно верхней, в фазах движения.
2. Отметить положительные и отрицательные моменты.
3. Создать альтернативный метод на базе мобильных платформ.
4. Объяснить принцип работы.

В настоящее время существуют разные методы регистрации движения нижней челюсти.

Аксиография — внеротовая запись движений нижней челюсти. Аксиограф — прибор для проведения аксиографии и записи аксиограмм. Принцип записи движений нижней челюсти внеротовым способом в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, применяют для определения шарнирной оси и получения данных, которые могут быть использованы для настройки артикулятора на индивидуальную функцию, для анализа движений нижней челюсти и постановки диагноза у пациентов с симптомами мышечно-суставной дисфункции.

Механические внеротовые записи грифелем (штифтом) на бумаге (или площадке) осуществляют с помощью аксиографов, причем бумагу для записи укрепляют на лицевой дуге или головной шапочке, а грифель соединяют с нижней челюстью.

Механический аксиограф: прибор состоит из верхней дуги с носовым упором, резиновой тяги на затылке, площадок для записи в проекции ВНЧС параллельно коже лица, а также из нижней регистрационной дуги, которая имеет боковой сагиттальный и передний транс-версальный кронштейны. К последнему прикрепляется нижнечелюстная ложка. На конце бокового кронштейна имеется отверстие для писчика, который подводят к площадке — диску для записи и закрепляют в нужном положении. Для определения угла Беннетта имеется микрометр.

Последовательность подготовки аксиографа к записи:

- 1) ложку со слепочной массой устанавливают на нижней челюсти так, чтобы стержень ее был в сагиттальной плоскости черепа; нижняя челюсть должна быть в центральном соотношении с верхней;
- 2) верхнюю дугу устанавливают по франкфуртской горизонтали, ушные пеллоты вводят в наружные слуховые проходы. Резиновый стабилизатор удерживает дугу на затылке. Для поддержания дуги спереди используют носовой упор. На площадке для записи закрепляют диски с миллиметровыми делениями;
- 3) на стержень ложки насаживают поперечный кронштейн, к которому зажимом прикрепляют боковой сагиттальный кронштейн. Боковой кронштейн имеет телескопическое устройство и винт, с помощью которых писчик подводят к площадке для записи и укрепляют винтом. Кончик писчика устанавливают на пересечении линий бумажного диска. Для этого используют телескопическое приспособление бокового кронштейна. Стержень писчика выдвигают и ставят на ребро, вводят его в отверстие бокового кронштейна до контакта с диском;
- 4) нижнюю челюсть исследуемого устанавливают в центральное соотношение с верхней. Из этого положения производят открывание и закрывание рта в пределах 12 мм. При этом конец писчика должен находиться на пересечении линий бумажного диска. Если конец писчика установлен в точку шарнирной оси, то можно записывать движения нижней челюсти.

Электронный аксиограф. Ультразвуковой прибор состоит из портативного компьютера, лицевой дуги, ультразвуковых приемников, ультразвуковых датчиков, параокклюзионной вилки, прикусной ложки.

Исследование начинается после крепления лицевой дуги с ультразвуковыми приемниками на голове пациента, крепления параокклюзионной вилки с ультразвуковыми датчиками на нижнюю челюсть.

По возможности, крепление параокклюзионной вилки не должно препятствовать привычному смыканию зубных рядов.

По окончании ультразвуковой диагностики положение прикусной вилки переносится на переносную опору в артикулятор для последующей гипсовки. При этой методике гипсовки исключаются ошибки сопутствующие при применении лицевой дуги. Электронный аксиограф в процессе исследования моделирует пространственное соотношение верхней и нижней челюстей совмещая эти данные с параметрами артикулятора.

По аксиограмме можно различить 4 типа дислокации суставного диска:

1. центрический тип с репозицией (вправляемая дислокация диска);
2. эксцентрический тип с репозицией (вправляемая дислокация диска);
3. комбинацию центрической и эксцентрической дислокации диска;
4. центрический тип без репозиции (невправляемая дислокация диска).

Созданный нами проект программы: приложение регистрации смещения нижней челюсти относительно верхней при открывании рта для смартфона на базе мобильных платформ android, iOS, windows phone.

Для работы приложению необходимы оптические метки. Метки - бумажные круги, которые печатаются и вырезаются из обычной бумаги формата А4.

Метод: пациент усаживается в кресло. Спинка кресла устанавливается в вертикальное положение, удобно настраивается подголовник и фиксируется голова. Метки наносятся на неподвижные участки кожи при акте открывания рта. Сначала на эти места ватной палочкой наносятся капли глицерина, на которые наносятся и прижимаются бумажные метки (приготовленные заранее).

Врач запускает приложение на смартфоне и наводит на лицо пациента, так что бы все метки входили в видимость. После чего программа распознает метки на лице пациента.

Далее врач просит пациента не двигая головы открывать и закрывать рот в максимальной амплитуде для произведения записи движений меток. Приложение фиксирует изменение положения подвижной метки относительно положения прямой проведенной через неподвижные метки.

После чего результаты выводятся на экран смартфона, которые можно анализировать на экране или отправить на почту и распечатать.

Выводы:

1. Приложение позволяет фиксировать смещение нижней челюсти относительно верхней при мышечно-суставной дисфункции.
2. Отмечать качество лечения в динамике, путем снятия смещений через промежуток времени, и производить корректировку лечебных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иде Й., Наказава К. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава
2. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии.
3. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: учеб. пособие.
4. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учеб. пособие / В.А. Хватова. - М. : Медицина, 2005. - 296 с.

УДК 614.2: 614.314-0

ФРАНЧАЙЗИНГ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ БИЗНЕСЕ

Липова Ю.С.

Кемеровская государственная медицинская академия

Кафедра экономики и управления в здравоохранении

Научный руководитель: Садкова Н.А.

Франчайзинг в стоматологии является распространенным способом открытия собственного дела с определенной форой относительно конкурентных фирм. Стоматологические услуги предлагают клиники нескольких основных типов: государственные поликлиники, лечебные учреждения, частные стоматологические клиники, частные кабинеты, сетевые стоматологические клиники (медицинский франчайзинг). В любой области имеются лидеры и аутсайдеры в разных сферах рыночных услуг. Важным условием успешного развития бизнеса является не только популярность имени клиники, но и профессионализм нанимаемых специалистов, каждый из которых должен быть грамотным и квалифицированным врачом. Положительная репутация партнера, его опыт и успех помогает предпринимателям надежно и разумно инвестировать денежные средства в стоматологический бизнес.

Франчайзинг – новое для России явление. Идея франчайзинга состоит в том, что предприниматель покупает готовую схему ведения бизнеса под известной торговой маркой. В системе франчайзинга схема работающего бизнеса является товаром и называется франшизой. Продавец франшизы называется франчайзор, а покупатель – франчайзи.

Покупатель франшизы получает в свое распоряжение детальное описание работающего бизнеса с комплектом всех необходимых материалов и может сразу приступить к зарабатыванию денег.

Покупка франшизы означает, что большинство организационных и маркетинговых вопросов решены автоматически, ибо франшиза полностью описывает и производственный, и маркетинговый процесс, а также включает услуги по оформлению помещений и найму персонала. За пользование торговой маркой необходимо внести вступительный взнос и впоследствии регулярно отчислять определенный процент от прибыли – роялти.

Система франчайзинга выгодна обеим сторонам. Стабильность работы клиники по схеме франчайзинга намного выше, чем клиники, созданной новичком. Экономический эффект франчайзинга — в сочетании энергии, подвижности малого предприятия, где хозяин находится рядом с клиентом (что обеспечивает ему эффективную обратную связь), и мощи «раскрученной» торговой марки, новейшей технологии, доступной лишь большой, сильной фирме. Важен и психологический эффект. С одной стороны, франчайзи знают, что это их личный бизнес, который можно продать, передать по наследству.

Цель исследования – выявить преимущества и недостатки применения франчайзинга в сфере стоматологии.

Задачи исследования: 1) изучение понятия франчайзинг в стоматологии; 2) выявление основных преимуществ использования системы франчайзинга в медицинском бизнесе на примере стоматологии.

Проведен анализ данных о сети стоматологических клиник Dental Way, доступных в информационных источниках, на основании которого сделаны выводы о способах достижения экономического роста за счет применения медицинского франчайзинга.

Сеть стоматологических клиник Dental Way работает с 2009 года, первая специализированная клиника появилась в Одинцовском районе под брендом Эко Дент. За первый год работы клиника показала 600 % рост оборотов и прибыли, в то время как конкурирующие организации в округе начали снижать позиции, некоторые – закрылись. По данным отчета клиники Эко Дент внедрение современных технологий в лечебный процесс и отличная маркетинговая стратегия компании позволили добиться таких высоких результатов. Бренд Dental Way появился в 2011 году при открытии филиалов клиники в г. Одинцово и в г. Москва на станциях метро Белорусская и Перово. На сегодняшний день группа компаний Dental Way позиционируется как одна из лучших сетевых клиник в Московском регионе, имеет 3 филиала, где внедрены уникальные технологии маркетинга, весь персонал включен в непрерывный учебный процесс. На сегодняшний день сеть Dental Way разработала франчайзинговую стоматологическую программу по 3 видам сотрудничества.

Франшиза DentalWay – это договор коммерческой концессии и включение в партнерскую программу, которые позволяют новому члену команды использовать бренд клиник и хорошо отработанные бизнес-технологии.

DentalWay позиционируется как первая франшиза стоматологической клиники в России, которая дает массу преимуществ и выстраивает исключительно партнерские отношения, так как:

Опыт работы в стоматологии Московского региона – более 5 лет.

Взаимодействие только с перспективными проектами, которые внимательно изучаются маркетологами.

Вклады в открытие новых стоматологических клиник, до 50 % прямых инвестиций, т.е. разработка нового бизнеса на полную мощность.

Наличие управляющей компании, которая в состоянии быстро решить все текущие проблемы бизнеса: нехватка медицинского персонала, контроль за сервисом, обучение персонала, нецелевое использование средств, уход пациентов и т.д.

Сайт DentalWay занимает 8 место по видимости среди коммерческих стоматологических клиник в Московском регионе (по данным рейтинговых агентств SeoRate).

В клиниках работают только высокопрофессиональные врачи.

Франчайзинг значительно снижает риски начинающих предприятий, позволяет вовлечь в бизнес широкие слои населения, помогает предпринимателям эффективнее расходовать средства, решать проблемы, предоставляет им доступ к современным, проверенным технологиям ведения и организации бизнеса на основе предоставленной информации и обучения. Франчайзинг — самый надежный и быстрый способ поднять экономику всей страны.

Таким образом, франчайзинг создает предпринимателей, а предприниматели открывают рабочие места, что очень важно. Франчайзинг ускоряет темпы экономического роста и расширяет его географические границы. Итак, формула успеха во франчайзинге — доступность, обучение, поддержка, известный бренд, качественная продукция и хороший сервис. Тогда на выходе – рентабельность бизнеса и успех.

Франчайзинг гарантирует единообразие. Покупатель, отправляясь в магазин за товаром, входящим во франчайзинговую сеть, может быть уверен в том, что его ожидания оправдаются. Франчайзинг стимулирует именно это: гарантированное единообразие товаров и услуг и превышение уровня ожиданий.

Франчайзинг способствует интеграции России в мировую экономику, позволяет применять международный опыт, признанные во всем мире правила организации экономики и бизнеса на широком российском пространстве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кускова, И.Б. Франчайзинг: инструмент глобального экономического роста / И.Б. Кускова // Компетентность. – 2011. - №7. - С. 27-30.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Липова Ю.С., Липова Л.П.

Кемеровская государственная медицинская академия, ООО «СилкаДент»

Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и пропедевтики стоматологических заболеваний

Научный руководитель: д.м.н., проф. Киселева Е.А.

Зубочелюстные аномалии и нарушения функций челюстно-лицевой области занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем стоматологии. Состояние прикуса определяется сложным комплексом факторов, воздействующих на челюсти в различные периоды их формирования. Одним из главных факторов, составляющим до 30-70 % случаев, определяющих формирование аномалий и деформаций зубочелюстной системы, является наследственная предрасположенность [1]. Ежегодно в России появляется на свет около 30 тысяч детей с врожденными пороками и аномалиями лица и черепа. Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из наиболее важных проблем медицины [2].

У детей, имеющих в анамнезе врожденную патологию, обнаруживаются нарушения эндокринной системы, заболевания верхних дыхательных путей, зубочелюстной системы, рахит и другие состояния.

Функции челюстно-лицевой области являются наиболее существенными среди постнатальных факторов, влияющих на формирование прикуса. Неправильное строение артикуляционного аппарата является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их логопедическую коррекцию. Нарушения речи, препятствующие полноценной вербальной коммуникации, приводят к отставанию в развитии познавательной деятельности, замедленному становлению основных структурных компонентов личности, к ограничению активности в социальной сфере, что не способствует эффективности процесса социализации детей с нарушениями речи.

Цель исследования: выявить особенности нарушений речи у пациентов с врожденной патологией и разработать практические рекомендации по восстановлению функции речи.

Задачи исследования: 1) создание условий для нормализации звукопроизношения

2) выработка дифференцированной работы слухового анализатора для отличия самим пациентом гнусавого произношения, как своего, так и окружающих людей.

Проведено исследование функции речи 26 пациентов в возрасте 3-15 лет, имеющих врожденную патологию зубочелюстной системы и сочетанную патологию верхних дыхательных путей, находящихся на лечении у ортодонта; анкетирование родителей.

В процессе диагностического обследования по выявлению состояния функции речи использовались приемы: беседа, повтор за врачом, обозначение предметов, пересказ; проведен анализ характеристик голоса: силы, высоты, тембра, общего звучания речи (темпа, ритма, интонированности, внятности).

Для ускорения процесса обследования речи и разработки мер, способствующих преодолению речевого нарушения, была разработана логопедическая форма, включающая паспортные данные ребенка и его родителей, пренатальный анамнез и анамнез жизни, строение артикуляционного аппарата (губ, неба, языка, уздечки языка, ее подвижность, тонуса языка, саливации, вида врожденной патологии, характера аномалии прикуса, степень патологии дыхательных путей, состояние мелкой моторики рук).

Для каждого пациента составлен индивидуальный план лечения, включающий в себя изготовление ортодонтического аппарата, комплекс дыхательной гимнастики (на основе разработанной Базы данных «Дыхательная гимнастика» Свидетельство о государственной регистрации №2014621136 от 13.08.2014г.), логопедических упражнений. Выполнение данных упражнений необходимо начинать с раннего детского возраста в виде игры, поскольку нервно-мышечные движения, из которых в общем состоит упражнение, выполняются детьми гораздо охотнее, чем подростками и взрослыми; кроме речевого эффекта, эти упражнения подготавливают хороший мышечный фон для последующей операции, обеспечивая положительный результат.

Результаты исследования. В процессе проведения обследования у пациентов с данной патологией выявлены дефекты: гнусавость, картавость, шепелявость, косноязычие. Чаще всего, в 95% случаев, наблюдается искажение звуков [п], [б], [д], [г], [к], [т], [с], [ф], [ч], [у], [в]; в 63% – искаженное произношение звука [л]; реже, в 45% случаев – [е], [а], [и], [я], в 37% случаев – нарушается произношение звуков [з], [ш], [ж]. После проведения курса мероприятий по восстановлению функций звукопроизношения и нормализации положения зубов и челюстей улучшилась речевая функция, стабилизировался эстетический оптимум зубочелюстной системы.

Разработанная анкета позволила объективно оценить величину, степень функциональных нарушений речи, определить и внедрить пути их устранения в результате повышения мотивации пациентов. При лечении 26 ортодонтических пациентов с применением ортодонтических аппаратов, комплекса дыхательной гимнастики, логопедических упражнений, функция речи улучшилась на 47% по сравнению с начальными показателями.

Выводы. Врожденная патология челюстно-лицевой области принадлежит к числу наиболее часто встречаемых пороков развития органов человека. Дети с обсуждаемой патологией относятся к наиболее тяжелой группе детей инвалидов. Пациентам необходимо комплексное, своевременное и многоэтапное лечение, целью которого является не только устранение анатомических нарушений, но и восстановление функционального оптимума и предотвращение их инвалидизации. [2]

Необходимо проводить профилактику развития тяжелых форм патологии зубочелюстной и дыхательной систем. Предложенная нами интерактивная презентация База данных «Дыхательная гимнастика» является руководством по выполнению упражнений дыхательной гимнастики в процессе ортодонтического лечения пациентов. Она интересна и увлекательна, облегчает передачу информации, особенно детям, легко обновляется, ее можно дополнить, легко найти любое упражнение, при желании пациент может считывать информацию с телефона, может распечатать любое упражнение. Проводится апробация демонстрационной версии мобильного приложения «Дыхательная гимнастика» (разработка и создание которой поддержано грантом Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере «УМНИК-2015»).

У детей с врожденной патологией привычка неправильного произношения может укорениться настолько, что для перевоспитания требуются длительные годы тренировок и часто, несмотря на большие успехи восстановления артикуляции, гнусавый оттенок произношения все же остается. Объединения усилий нескольких врачей: челюстно-лицевого хирурга, педиатра, анестезиолога, ЛОР врача, ортодонта, логопеда, невропатолога; качественное проведение оперативного вмешательства, ортодонтического лечения, стремления пациента и его родителей, являются основными условиями для достижения цели и достижения стойких результатов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дистель, В.А. Комплексный метод определения качества речи. Достижения и перспективы развития стоматологии в регионе / В.А. Дистель // Материалы региональной научно - практической конференции, посвященной 80-летию О. М. Омбоевой. – Улан-Удэ: Издательство ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2009. - С. 215-219.
2. Липова, Ю.С. Оценка частоты рождения детей с врожденной патологией в г. Кемерово / Ю.С. Липова// Фундаментальная наука и клиническая медицина — Человек и его здоровье: Тезисы XVII Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием). — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2014. – С. 268-269.

УДК 616.379-008.64-0

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Лифа Н.В.

Иркутский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии с курсом урологии

Научные руководители: д.м.н. проф. Белобородов В.А., к.м.н., доц. Фролов А.П.

В последнее десятилетие проблемы, связанные с различными осложнениями сахарного диабета (СД), вызывают все больший интерес. Это связано с ежегодным увеличением выявления на 5-7% случаев СД, и их удвоением каждые 10 лет. В настоящее время СД страдает не менее 4-5% населения планеты. В России в 2000 году их было зарегистрировано около 3 млн. В 20-80% наблюдениях СД приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), который в 50-75% случаях приводит к необходимости ампутации конечности на различных уровнях. Среди всех ампутаций «высокие» ампутации выполняются у каждого второго больного. ВОЗ основной задачей лечения ставит снижение количества высоких ампутаций СД на 50%. Летальность при высоких ампутациях достигает 24-85%. Патогенез СДС сложен, обусловлен развитием полинейропатии, ангиопатии, остеоартропатии и некоторых других расстройств. При выборе лечебной тактики необходимо учитывать все эти особенности, а так же СДС при развитии гнойно-некротических осложнений их распространенность и глубину [1-4].

Цель исследования – провести анализ клинических проявлений осложнений СДС и результатов их лечения.

Проведен ретроспективный анализ 151 наблюдений СДС у больных, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №1» в 2013 г. Средний возраст больных составил 63,6±1,0 г., мужчин было 87 (57,6%), женщин – 64 (42,4%).

Среди 151 больных, имеющих осложнения СДС, СД 1 типа был у 12 (7,9%), 2 типа – у 139 (92,1%). При госпитализации у больных средний уровень глюкозы крови составил $10,6 \pm 0,4$ ммоль/л, средний уровень гликированного гемоглобина – $8,9 \pm 0,2$ ммоль/л при должном – $7,6 \pm 0,2$ ммоль/л. У всех 151 больного имела диабетическая ангиопатия, из них: микроангиопатия в сочетании с макроангиопатией – у 133 больных, макроангиопатия – у 5 больных, микроангиопатия – у 13. Диабетическая невропатия была в 140 наблюдениях, что обуславливало нейроишемическую форму СДС. Ишемическая форма СДС была у 11 больных, нейропатическая форма – отсутствовала. Ретинопатия отмечена в 6 наблюдениях, артропатия – в 30, нефропатия – в 27. В соответствии с классификацией СДС F. Wagner (1981) 0 стадия, которая проявлялась целлюлитом, имела у 7 больных, 1 стадия – у 19, 2 стадия – у 11, 3 стадия – у 32, 4 стадия – у 45, 5 стадия – 37. Поражение обеих стоп имело место в 32 наблюдениях, правой – в 62, левой – 51. Средняя продолжительность развития гнойно-воспалительного осложнения составила $31,4 \pm 3,3$ день. Подавляющее число больных (140) имели сопутствующую патологию: ИБС – 106, артериальную гипертензию – 129, ожирение – 28. В 119 наблюдениях больные принимали простой инсулин в дозе $23,8 \pm 0,5$ ЕД/сут., который в 109 случаях сочетался с приемом продленного инсулина в дозе $27,2 \pm 1,3$ ЕД/сут. В 14 наблюдениях инсулинотерапия сочеталась с приемом сахароснижающих таблетированных препаратов. В 12 наблюдениях уровень глюкозы корректировался только таблетированными препаратами, в 6 – коррекция медикаментозными препаратами не проводилась.

В соответствии с выявленными с ведущими звеньями патогенеза гнойно-некротических осложнений СДС, проводилась комплексная терапия, включающая коррекцию углеводного обмена, лечение ангиопатии, полинейропатии. С учетом характера возбудителя инфекционного процесса проводилась антибактериальная терапия. Консервативное лечение гнойно-некротических осложнений СДС выполнено 66 больным, у которых основными проявлениями заболевания были целлюлит стопы и трофические язвы. Оперировано по поводу гнойно-некротических осложнений СДС 85 больных, из них 6 больным выполнено вскрытие флегмоны с последующим консервативным лечением раны, 59 – выполнены ампутации на различных уровнях нижней конечности и 20 – операции на артериях (у 9 – в последующем выполнились операции на стопе по поводу гнойных осложнений).

Среди 59 больных, которым были выполнены ампутации, 40 – проведены «малые» ампутации с сохранением опорной функции конечности. Показанием к «малым» ампутациям была ограниченная гангрена в пределах пальцев или дистальной части стопы при сохраненном или восстановленном консервативным или хирургическим методом артериальном кровотоке на стопе. Из них: ампутации пальцев выполнены в 33 наблюдениях, краевая резекция стопы – в 5, ампутации стопы – в 2.

«Высокие» ампутации были выполнены 19 наблюдениях. Показаниями к выполнению этих ампутаций были распространенная гангрена стопы и ограниченная гангрена при невозможности восстановления артериального кровотока на стопе консервативным или хирургическим методом. Ампутация на уровне бедра выполнена в 14 наблюдениях, на уровне голени – в 5 наблюдениях.

Для нормализации кровотока на стопе 20 больным выполнены операции на артериях. Из них 3 больным проведено шунтирование и протезирование с пластикой артерии, 7 – пластика артерий в сочетании баллонной дилатацией и 10 – баллонная дилатация со стентированием. Операции на артериях сочетались с операциями на стопе (9) по поводу гнойно-некротических осложнений. В 1 наблюдении восстановление магистрального кровотока было не эффективно, в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса на стопе была выполнена ампутация голени.

Средняя продолжительность лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС составила $17,1 \pm 0,6$ дня. Летальных исходов после проведенных операций не было.

Таким образом, среди больных с СДС в отделении гнойной хирургии больные с 3-5 стадией СДС по Wagner составляют 75,5%. В подавляющем числе наблюдений (92,7%) у них отмечается нейроишемическая форма СДС. Оперировано 85 (56,3%) больных, из них 59 (39,1%) выполнены ампутации конечности на различных уровнях, у 19 (12,6%) – они были «высокие». Низкий уровень «высоких» ампутаций обусловлен внедрением в комплексное лечение реконструктивных операций на артериях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вопросы патогенеза и тактики комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы сахарного диабета / А.М. Светухин, А.Б. Земляной, В.Г. Истратов и др. // Хирургия – 2003. – №10. – С. 85-88.
2. Котов, С.В. Диабетическая невропатия. Клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей. / С.В. Котов, А.П. Калинин, И.Г. Рудакова – М., 2000. – 39 с.
3. Синдром диабетической стопы: Пособие для врачей. / И.И. Дедов, Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмаков, О.В. Удовеченко – М., 2003. – 115 с.
4. Фармакотерапия диабетической ангиопатии. Пособие для врачей / В.М. Кошкин, А.И. Кириенко, Л.В. Дадова, И.В. Кошкина / Под ред. В.С. Савельева, И.И. Дедова – М., 2004. – 19 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лобастова А.А., Баба А.С., Осинцева Т.М., Эпова А.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Научные руководители: к.м.н., проф. Кочетова Л.В., к.м.н., доц. Белобородов А.А., к.м.н., доц. Толстихин В.Ю.

Варикозная болезнь, осложненная венозной недостаточностью представляют собой важную социально-экономическую проблему, так как в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, росту числа осложненных форм и, как следствие – к формированию стойкой нетрудоспособности [1, 3].

На лечение больных с патологией вен в развитых странах расходуется ежегодно до 3% выделенных на здравоохранение бюджетных средств [8].

Тенденцией развития хирургического лечения ВБ в последнее десятилетие является активное применение стационарозамещающих технологий и эндоваскулярных методов, лечение ВБ, позволяющих сократить послеоперационный период и количество осложнений, а также ускорить реабилитацию пациентов [4-7].

Частота варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) составляет 20-25%, около 15% пациентов страдают декомпенсированными формами ВБНК [4, 5]. Ежегодный прирост заболеваемости ВБНК составляет 2,5%, женщины болеют в 1,5-2 раза чаще чем мужчины [4, 5]. Как видим из рисунка 1, заболеваемость колебалась от 29121 до 29207 за последние три года, поэтому мы поставили перед собой цель провести сравнительный анализ малоинвазивных эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), радиочастотная абляция (РЧА) и традиционного метода лечения варикозной болезни нижних конечностей.

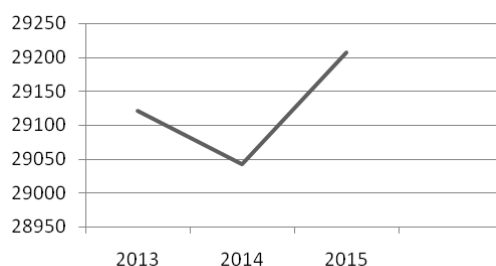


Рисунок 1 – График заболеваемости варикозной болезнью в Красноярском крае по данным Министерства Здравоохранения края.

Для оценки качества жизни больных ВБ использовали общий опросник SF-36 и CIVIQ-2 [1, 2].

SF-36 – самый широко используемый опросник КЖ, зарекомендовавший себя как в популяционных, так и специальных исследованиях, рассчитанных на лиц от 14 лет и старше.

CIVIQ-2 позволяет получить представление о физическом состоянии, наличии болевого синдрома, социальной активности, психологическом комфорте респондента максимально.

Он максимально специфичный применительно к больным с хроническим заболеваниями вен, признан большинством российских и зарубежных флебологов.

Материалом нашего исследования явились данные о 190 пациентов с ВБНК, мужчин было 41 человек (21,6%), женщин 149 (78,4%).

Средний возраст составил $56 \pm 4,2$ года. При этом доля пациентов старше 50 лет составила 58,9%.

У обследуемых больных давность ВБ ко времени обращения за медицинской помощью составила от 3 до 26 лет; у 104 (45%) она была более 10 лет (55%).

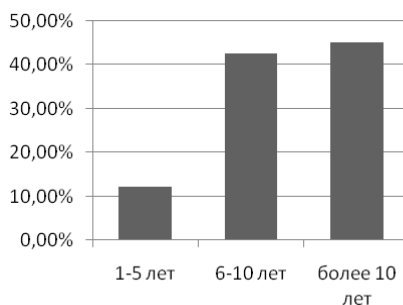


Рисунок 2 - Распределение больных по давности ВБ, оперированных в период с 2010 по 2014 г.

На момент обращения за медицинской помощью 83,6% пациентов предъявляли жалобы на отечность нижних конечностей, боль в ногах 34% пациентов, чувство тяжести в икроножных мышцах возникающие к вечеру - в 90% случаев.

Все 190 пациентов с ВБ были оперированы. Показаниями к оперативному вмешательству (хирургическому или склерохирургическому), наряду с клиническими симптомами ВБ и хронической венозной недостаточности, служили следующие ультразвуковые признаки: несостоятельность остиального клапана сафенофemorального соустья, наличие патологического венозного рефлюкса по стволу большой подкожной вены.

По виду оперативного вмешательства пациенты были разбиты на 3 группы, сопоставимые по полу, возрасту, классу ВБ. Различия показателей качества жизни по шкалам SF-36 и CIVIQ-2 между группами до операции статистически незначимы.

Флебэктомия по Троянову-Тренделенбургу была выполнена 80 пациентам, эндовенозная лазерная абляция с длиной волны 1470 нм и радиочастотная абляция 60 и 50 пациентам соответственно. ЭВЛА и РЧА дополнялись минифлебэктомией перфорантных вен по Мюллеру. Флебэктомия по Троянову-Тренделенбургу проводилась под внутривенным наркозом, эндовенозная лазерная и радиочастотная абляция выполнялись под местной анестезией. Среднее время традиционной флебэктомии составило 56,2 минуты, РЧА и ЭВЛА 42,4 и 41,8 минут соответственно.

В послеоперационном периоде пациенты получали компрессионную терапию 2 класса компрессии круглосуточно в течение 5 суток. В последующие 4 недели ношение компрессионного трикотажа в дневное время суток.

Для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде всем пациентам назначались нестероидные противовоспалительные препараты. При флебэктомии анальгетики назначались в среднем 3,8 дня, при малоинвазивных методиках: РЧА - 1,4, при ЭВЛА - 1,1 дня.

В послеоперационном периоде у пациентов перенесших флебэктомию, качество жизни по данным опросника CIVIQ-2 было достоверно хуже, чем у пациентов, оперированных с применением внутрисосудистых вмешательств.

На 1-е сутки после флебэктомии пациенты чувствовали себя хуже, чем до оперативного вмешательства, отмечая улучшение состояния по сравнению с дооперационным только к 8-10 суткам после операции. Длина кожных разрезов в среднем при флебэктомии составила 25,2 см и была достоверно выше, чем при ЭВЛА и РЧА.

После флебэктомии отмечались подкожные гематомы, преимущественно по ходу большой подкожной вены, средняя площадь гематом составила 45,6 см². После внутрисосудистых вмешательств гематомы в среднем не превышали 12,3 см² и локализовались в местах минифлебэктомий перфорантных вен.

Послеоперационный период после флебэктомий колебался от 5 до 12 дней и в среднем составил 8,3 дня. После РЧА и ЭВЛА средний койко-день достоверно не отличался друг от друга и составил 1,8 и 1,6. Соответственно, но он был значительно ниже, чем при традиционной флебэктомии.

Отдаленные результаты прослежены через год у 174 (91,6%) пациентов. Из 174 человек явления хронической венозной недостаточности купированы у 169 (94,8%) пациентов, у 5,2% остался отечный синдром за счет лимфатического компонента.

В группе пациентов оперированных с применением РЧА и ЭВЛА ХВН купирована в 98% случаев. У всех пациентов из трех групп исчезли чувство тяжести и боль в нижних конечностях.

При внутрисосудистых вмешательствах облитерация ствола подкожной вены в срок наблюдения до 1-го года отмечена у 100% пациентов.

В отдаленном периоде качество жизни по шкалам SF-36 и CIVIQ-2 у пациентов с флебэктомией Троянову-Тренделенбургу было ниже, чем у пациентов с внутрисосудистыми вмешательствами, при этом достоверного отличия показателей не наблюдалось.

Таким образом, комбинированные эндовенозные вмешательства являются высокоэффективным и малотравматичным способом лечения ВБНК, позволяют уменьшить операционную травму и получить более высокий косметический эффект, в 4 раза сокращают послеоперационный койко-день и достоверно повышают качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богачев, В.Ю. Хронический венозный отек (С3 по СЕАР): новые международные рекомендации и консенсусы / В.Ю. Богачев, О.В. Голованова, А.Н. Кузнецов // Ангиология и сосуд. хирургия. – 2013. – Т. 19, № 3. – С. 75-82.
2. Бокерия, Л.А. Оценка качества жизни пациентов после радикального хирургического лечения варикотромбофлебита с использованием опросника CIVIQ-2 / Л.А. Бокерия, С.И. Прядко, А.В. Сергеев // Анналы хирургии. – 2009. – № 4. – С. 11-14.
3. Основы клинической флебологии / Под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко. – 2-е изд., испр и доп. – М. Шико, 2013. – 336 с.
4. Порембская, О.Я. Обзор материалов 4-го Европейского венозного форума (Стокгольм, Швеция) / О.Я. Порембская, А.Ж. Мельцова, В.Л. Булатов // Ангиология и сосуд. хирургия. – 2014. – Т. 20, № 2. – С. 105-108.
5. Савельев, В.С. Проспективное обсервационное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, И.А. Золотухин // Флебология. – 2012. – № 1. – С. 4-9.

6. Стойко, Ю.М. Эндовенозная лазерная облитерация: стандарты и протокол Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова: учеб.-метод. пособие / Под ред. акад. РАН Ю.Л. Шевченко / Ю.М. Стойко, К.В. Мазайшвили, А.В. Цыпляшук и др. – М., 2014. – 70 с.
7. Шайдаков, Е.В. Сравнительная характеристика радиочастотной облитерации ClosureFAST и классической флебэктомии: многоцентровое проспективное сравнительное нерандомизированное исследование / Е.В. Шайдаков // Флебология. – 2013. – №1. – С. 47-54.
8. Mansilha, A. A review of the efficacy of micronized purified flavonoid fraction in reducing venous symptoms / A. Mansilha // Int. Angiol. – 2013. – Vol. 32, Suppl. 1 to Is. 5. – P. 167-168.

616.248+616.24-036

СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Локтионова М.М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. Демко И.В., д.м.н., доц. Собко Е.А.

Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — два самостоятельных хронических заболевания респираторной системы, наиболее распространенные среди населения. Несмотря на определенные различия между БА и ХОБЛ по механизмам развития, клиническим проявлениям, принципам профилактики и лечения, эти два заболевания имеют некоторые общие черты [1,4]. Кроме того, возможно и сочетание этих двух болезней у одного человека – синдром перекреста БА+ХОБЛ или ACOS-синдром. «ACOS-синдром характеризуется персистирующим ограничением воздушного потока, рядом признаков, ассоциированных с астмой, и рядом признаков, ассоциированных с ХОБЛ» [2]. Существует общее соглашение о том, что у пациентов с признаками БА+ХОБЛ отмечаются частые обострения, для них характерны более низкое качество жизни, быстрое ухудшение функции внешнего дыхания и высокая смертность. Кроме того, эти пациенты нуждаются в более интенсивном использовании ресурсов здравоохранения, чем пациенты только с БА или только с ХОБЛ [1,2].

Цель исследования – изучение клиничко-функциональных показателей у больных ACOS-синдромом.

Задачи исследования:

Оценить клиничко-анамнестические особенности больных ACOS-синдромом в сравнении с больными БА и ХОБЛ тяжелого течения.

Оценить характер и динамику изменений функционального состояния дыхательных путей и структуру легочных объемов у больных ACOS-синдромом в сравнении с больными БА и ХОБЛ тяжелого течения.

Выявить возможные взаимосвязи между клиническими особенностями показателями бронхиальной проходимости у больных ACOS-синдромом, БА и ХОБЛ тяжелого течения.

Проведено обследование 129 больных, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошло 51 пациентов с сочетанием БА и ХОБЛ, во 2-ю группу включено 38 больных БА тяжелого течения, 3-ю группу составили 40 пациентов с ХОБЛ тяжелого течения (III спирометрический класс по GOLD 2014). Контрольную группу составили 40 относительно здоровых лиц. По гендерному составу в группе больных БА и БА+ХОБЛ преобладали женщины и составили 84,3% и 57% соответственно, в то время как в группе пациентов ХОБЛ преобладали лица мужского пола (92,5%, $p<0,05$). Исследование было открытое, сравнительное проспективное с периодом наблюдения 52 недели. Всем пациентам проводилось тщательное клиническое обследование, оценка функции внешнего дыхания и дыхательных объемов методом спирометрии и общей плетизмографии. Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы «Statistica» версии 7,0.

Выявлено, что для ACOS-синдрома характерно более тяжелое течение заболевания, что подтверждается большей потребностью в КДБА как на момент включения в исследование, так и через 12 месяцев наблюдения в сравнении с пациентами 2-й и 3-й групп ($p<0,05$). Одним из признаков, характеризующим более тяжелое течение заболевания является количество обострений и госпитализаций за последний год [1]. По данным литературы при ACOS-синдроме обострения заболевания отмечаются в 2,5 раза чаще. Наши результаты демонстрируют, что в группе больных с сочетанием БА+ХОБЛ два и более обострения отмечали 86,2% пациентов, против 65,8% во 2-й группе и 67,5% в 3-й группе ($\chi^2=8,56$, $p=0,003$; $\chi^2=7,56$, $p=0,046$ соответственно). При включении в исследование две и более госпитализации регистрировались в 33,3% случаев среди больных 1-й группы против 21,1% случаев во 2-й группе и 25% в 3-й группе ($p=0,025$; $p=0,068$ соответственно). Кроме того, отмечена тенденция к более частому постоянному использованию системных ГКС (СГКС) в группе больных БА+ХОБЛ, что составило

56,8%, против 52% среди больных 2-й группы ($\chi^2=2,39$ $p=0,061$). В группе пациентов с ХОБЛ СГКС получали 25% пациентов.

При оценке спирометрических данных во всех исследуемых группах регистрировалось снижение показателей функции внешнего дыхания в сравнении с контролем. Наиболее выраженные нарушения бронхиальной проходимости выявлены в группе больных ХОБЛ, наименее выраженные в группе пациентов БА. В группе пациентов БА+ХОБЛ показатели функции внешнего дыхания значимо отличались от результатов больных 2-й и 3-й групп, принимая при этом промежуточное значение.

По изучении показателей бронхиального сопротивления по данным бодиплетизмографии установлено, что в период обострения во всех исследуемых группах регистрировалось повышение сопротивления дыхательных путей как на вдохе, так и на выдохе в сравнении с контролем. Наименьшие отклонения выявлены в группе пациентов БА. Кроме того, в данной группе в динамике заболевания показатель отношения сопротивления дыхательных путей в фазе выдоха к сопротивлению в фазе вдоха (СДП выд/ СДП вд) значимо уменьшался и через 12 месяцев был сопоставим с результатом контрольной группы. Данный факт свидетельствует о наличии обратимости бронхиальной обструкции в результате проводимой противовоспалительной терапии даже при тяжелой БА. Необходимо отметить, что в динамике заболевания показатели бронхиального сопротивления в группе больных ACOS-синдромом и ХОБЛ не имели тенденцию к улучшению, что может быть обусловлено клапанным механизмом бронхиальной обструкции вследствие утраты легкими эластических свойств [3]. При изучении легочных объемов и емкостей выявлены значимые отклонения в сравнении с контролем в группе больных ХОБЛ и ACOS-синдромом вне зависимости от периода наблюдения, в то время как в группе больных БА только при включении в исследование наблюдалось повышение некоторых показателей (общая емкость легких за счет остаточного объема, внутригрудной объем). Высокие показатели функциональной остаточной емкости легких (ФОЕЛ), внутригрудного объема (ВГО) в группе больных ACOS-синдромом и ХОБЛ свидетельствуют о наличии гиперинфляции легочной ткани. По результатам корреляционного анализа развитие гиперинфляции ассоциировано с выраженностью клинических проявлений и длительностью заболевания, о чем свидетельствует наличие прямой взаимосвязи между бронхиальным сопротивлением выдоха и суточной потребностью в КДБА ($r=0,58$, $p=0,018$); между длительностью заболевания и ФОЕЛ ($r=0,57$, $p=0,018$).

В группе пациентов с ACOS-синдромом курение регистрировалось в 50,9% случаев. Среди этих больных длительность заболевания была наименьшей и составила 6 [14;15] лет против 14 [12;24] лет в группе некурящих пациентов. В группе некурящих пациентов чаще встречались пациенты с ожирением ($ИМТ>30$ $кг/м^2$) ($p<0,001$). Одним из возможных факторов риска развития ACOS синдрома у некурящих больных, по нашему мнению, могло быть длительное отсутствие базисной противовоспалительной терапии – 7 [6;12] лет с момента постановки диагноза, а также более частые обострения бронхолегочной инфекции ($p<0,05$) в сравнении с группой курящих больных. При оценке показателей функции внешнего дыхания и дыхательных объемов не было выявлено существенных различий между группами. Результатами корреляционного установлено, что длительный стаж курения взаимосвязан с повышением бронхиального сопротивления выдоха ($r=0,51$, $p=0,003$) и ассоциирован с повышением внутригрудного объема ($r=0,71$, $p=0,0001$). В группе некурящих пациентов установлены отрицательные корреляционные взаимосвязи между показателем ОФВ1/ФЖЕЛ, длительностью заболевания и ИМТ ($r=-0,63$, $p=0,001$; $r=-0,71$, $p=0,0034$). Таким образом, фиксированная бронхиальная обструкция в группе пациентов с ACOS-синдромом может быть обусловлена интенсивностью и длительностью курения, повышенным индексом массы тела, длительностью заболевания и поздним началом применения базисной противовоспалительной терапии.

Выводы:

1. Сравнительный анализ показателей клинического течения ACOS-синдрома, бронхиальной астмы и ХОБЛ тяжелого течения продемонстрировал статистически значимые различия между группами по потребности в препаратах неотложной помощи, количеству обращений за медицинской помощью в связи с обострением заболевания и необходимостью госпитализаций в стационар. Более выраженные клинические проявления регистрировались в группе больных ACOS-синдромом.

2. У больных ACOS-синдромом, а также пациентов с тяжелым течением бронхиальной астмы и ХОБЛ наблюдается ограничение воздушного потока на протяжении всего периода исследования. При обострении бронхиальной астмы тяжелого течения регистрируется повышение воздушности легочной ткани, о чем свидетельствует увеличение бронхиального сопротивления и остаточного объема легких, которые подвергаются обратному развитию и полностью регрессируют в процессе динамического наблюдения. При ХОБЛ тяжелого течения и при overlap-синдроме отклонения данных показателей более значительны и проявляются повышением функциональной остаточной емкости легких и внутригрудного объема на протяжении всего периода обследования, что свидетельствует о поражении дистальных бронхов и развитии легочной гиперинфляции.

3. Выраженность клинических проявлений, нарушение бронхиальной проходимости и показатели легочной гиперинфляции у больных ACOS-синдромом взаимосвязаны: бронхиальное сопротивление выдоха и суточная потребность в КДБА ($r=0,58$, $p=0,018$); длительность заболевания и функциональная остаточная емкость легких ($r=0,57$, $p=0,018$); стаж курения и повышение внутригрудного объема ($r=0,71$, $p=0,0001$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Andersen H., Lampela P., Nevanlinna A., Saynajakangas O., Keistinen T. High hospital burden in overlap syndrome of asthma and COPD. // Clin. Respir. J. – 2013. Vol. 7. – P. 342-346.
2. GINA and GOLD. Diagnosis of diseases of chronic airflow limitation: asthma, COPD and asthma-COPD overlap syndrome (ACOS). URL: <http://www.ginasthma.org/>
3. Golpe R., Sanjuan L.P., Cano J.E., Castro A.O., Perez de Llano L.A. Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke. // Arch. Bronconeumol. – 2014. – Vol. 50. – P. 318-324.
4. Tamimi A., Serdarevic D., Hanania N.A. The effects of cigarette smoke on airway inflammation in asthma and COPD: therapeutic implications. // Respir. Med. – 2012. – Vol. 106. – P. 319-328.

УДК 611.018:001.4

ЭПОНИМЫ В ГИСТОЛОГИИ

Лукьянова Е.И., Рожнов С.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра анатомии и гистологии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Торопова Г.В.

В современной медицине широкое применение получили термины, в состав которых входят имена собственные. Такие термины называются «эпонимами», в переводе с греческого *εponυμος* - «дающий свое имя». Эпонимами называют любые имена собственные, ставшие именами нарицательными. В научном понимании под эпонимом мы понимаем явление, например, какой-либо болезни, понятие, структуры или методы по имени или фамилии человека, впервые обнаружившего или описавшего их (болезнь Бехтерева, ядро Якубовича, пучок Гисса) [1].

Эпонимы окружают нас повсюду, встречаются в самых разных областях. Широкое употребление эпонимов в терминологии объясняется, прежде всего, существующей традицией, стремлением увековечить имена врачей и ученых - первооткрывателей, внесших вклад в развитие медицины, биологии, химии, географии и других наук.

Трудно представить область медицины, в которой бы не использовались эпонимические термины. Процесс эпонимизации начался в медицине с наименования болезней по именам собственным в области неврологии. В 20 веке этот процесс охватил все области медицины. Именно эпонимы являются одним из самых многочисленных пластов медицинской терминологии. Они используются для обозначения разнообразных понятий: болезней, их симптомов, методов исследования, обследования и лечения. Доля эпонимических терминов в базовой медицинской терминологии составляет 10-12 %. В эпонимах увековечены имена свыше 6 тысяч врачей и ученых, которые представляют свыше 60 стран мира [2].

Медицинский термин является результатом теоретического обобщения и должен наиболее точно отражать суть описываемого явления, поэтому эпонимы с точки зрения медицинской терминологии имеют как положительные, так и отрицательные характеристики. Они малоинформативны, эпонимы не отражают полной научной точности. За одним эпонимом могут закрепиться несколько терминов. Например, существует несколько менингеальных симптомов Брудзинского (верхний, нижний, средний), несколько симптомов и рефлексов Бехтерева (Тыльно-стопный рефлекс Менделя-Бехтерева, Бехтерева-Якобсона рефлекс). Часто эпонимы громоздки, создают дополнительные синонимические ряды. Но, также эпонимы, несомненно, удобны в применении и облегчают запоминание, так как на ментальном уровне реципиент получает целостную картину изображения объекта действительности. Например, вместо «сочетание тикообразных подергиваний мышц лица, шеи и плечевого пояса, произвольных движений губ и языка с частым покашливанием и слюевыванием», специалисты употребляют «синдром Туретта», это облегчает работу и ускоряет работу специалиста. Эпонимические термины широко употребительны, и очень часто они не воспринимаются как эпонимы. Например, «базальный комплекс» или «мембрана Бруха», можно использовать в любом из двух значений, это не будет являться ошибкой [1, 4].

Среди медицинских эпонимов значительную часть занимают эпонимы в области гистологии. Однако, по данным международной гистологической номенклатуры, утвержденной федеральным комитетом по анатомической терминологии (FICAT) выделяют не более 125 единиц гистологических эпонимов [3].

При составлении современной гистологической номенклатуры эпонимы были заменены другими названиями, которые отражают структурно-функциональные и топографические особенности обозначаемых структур. Несомненно, такой подход к унификации гистологической номенклатуры вполне объясним. Однако, исключить эпонимы из номенклатуры так же не разумно, как и удалить имена первооткрывателей. Например, вместо Берингова пролива мы бы использовали обозначение Азиро-Северо-Западно полушарный пролив. Это вполне доказывает то, что эпонимы имеют полное право существовать наравне с современными номенклатурными названиями. Они отражают историю науки и вклад исследователей в её развитие. Следовательно, отказ от использования эпонимической терминологии является нецелесообразным [9].

В связи с вышесказанным, была поставлена цель исследования - провести анализ учебной литературы с поиском эпонимов по гистологии, для актуализации эпонимической терминологии - создать электронное справочное пособие по дисциплине «Гистология, цитология и эмбриология», а также оценить знания студентов эпонимической терминологии по теме «Пищеварительная система».

Анализ учебной литературы по гистологии показывает, что в более новых источниках эпонимы встречаются значительно реже. Это связано, очевидно, с тем, что работы научно-исследовательского характера требуют применение общепринятой латинской номенклатуры. Тем не менее, часть эпонимов остаются популярными и используются во всех учебниках [5-7].

На кафедре анатомии и гистологии человека студентами специальности «Педиатрия» было создано электронное справочное пособие «Эпонимы в гистологии» в формате html, в котором отражены 126 эпонимов (по данным международной гистологической номенклатуры). И в дополнение к основному пособию, разработано приложение «Эпонимы в гистологии: гистология полости рта» студентами специальности «Стоматология». Данное приложение включает 30 эпонимов.

Электронное справочное пособие «Эпонимы в гистологии» является удобным в использовании, имеет ряд дополнительных функций. При просмотре определенного эпонима можно видеть его международный шифр, а также его латинский и английский эквивалент русского написания. В пособии имеется ссылка на самого автора эпонима, факты его жизни, и другие его работы. При этом все проиллюстрировано по мере доступности.

Данное пособие может пригодиться при изучении исторических аспектов, поскольку содержит библиографические данные ученых, их автопортрет. Справочное пособие будет полезно студентам, выполняющим научно-исследовательские работы, поскольку в справочнике дано латинское название, английское, русскоязычное толкование, его международный шифр, согласно общей гистологической номенклатуре. Студент может легко и быстро найти нужный термин и грамотно применить его в своей работе. Данный справочник также имеет широкое применение на практических занятиях, оно ориентировано на студентов 1-2 курсов, изучающих дисциплину «Гистология, цитология и эмбриология», всех специальностей.

Студентам специальности «Стоматология» справочник поможет в освоении курса гистологии ротовой полости, так как включает более 30 эпонимических терминов.

На знание эпонимической терминологии была проведена работа по оценке усвоения студентами их в разделе «Пищеварительная система» при изучении дисциплины «Гистология, цитология и эмбриология». В статистическом опросе приняли участие студенты 2 курса специальности «Лечебное дело» в количестве 185 человек. Студентам было предложено вспомнить и написать эпонимы по данной теме, общее количество которых составило 10 единиц (островки Ларгенганса, клетки Панета, клетки Купфера, Пейеровы бляшки, пространство Диссе, клетки Ито, Бруннеровы железы, сплетения Ауэрбаха, сплетения Мейснера, тельца Фатера – Пачини).

Результаты опроса показывают (рисунок 1), что наиболее часто студенты указывали на следующие эпонимы: сплетения Мейснера (90,3%) и тельца Фатера - Пачини (88,6%), наименее часто отмечали островки Ларгенганса (69,2%), клетки Панета (53,5%) и сплетения Ауэрбаха (50,8%). Среди студенческих ответов количество менее 50% составили эпонимы - Бруннеровы железы (44,9%), клетки Купфера (44,7%), Пейеровы бляшки (41,6%), пространство Диссе (34,0%) и клетки Ито (15,1%).

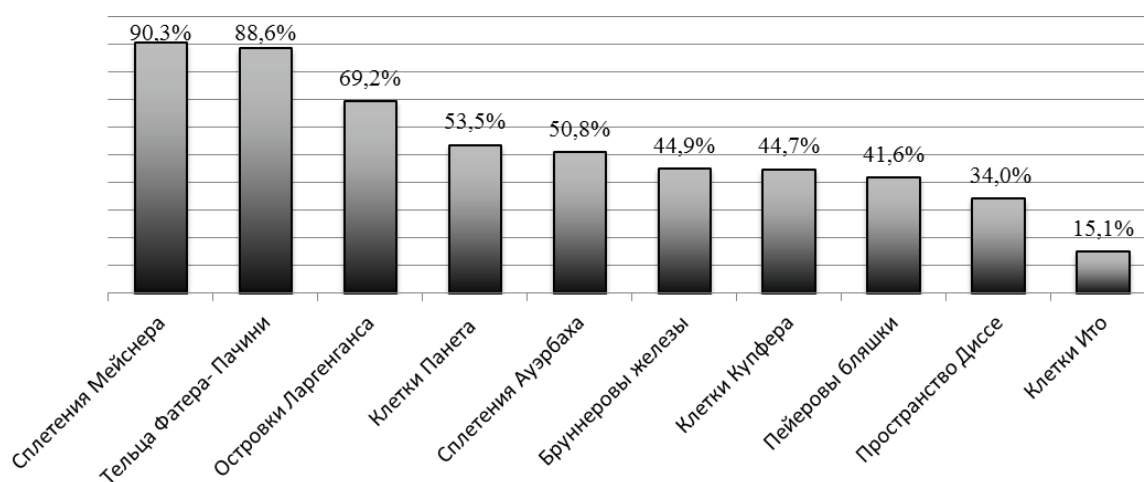


Рисунок 1 – Результаты опроса на предмет знания студентами 2 курса специальности «лечебное дело» эпонимичных терминов по теме «Пищеварительная система».

Полученные данные имеют логическое объяснение. Так, наиболее часто упоминаемые эпонимы сплетения Мейснера и тельца Фатера - Пачини, которые непосредственного отношения к пищеварительной системе не

имеют, но встречаются в стенке пищеварительной трубки (нервные сплетения Мейснера) и в паренхиме поджелудочной железы (тельца Фатера – Пачини) изучались студентам ранее, при изучении общей гистологии в теме «Нервная ткань». Так же следует отметить, что эти эпонимы наиболее часто встречаются в учебной литературе. Островки Ларгенганса, клетки Панета реже упоминаемые студентами, изучались только в разделе частной гистологии. И наиболее редко отмеченные студентами Бруннеровы железы, клетки Купфера, Пейеровы бляшки, пространство Диссе и клетки Ито оказались не столь популярными. Анализируя учебную литературу, пришли к выводу о том, что названия этих эпонимов чаще встречаются не в виде эпонимов, а в виде синонимов. Например, синонимом клеток Купфера являются клетки синусоидные или клетки эндотелиальные звездчатые макрофаги. Пейеровы бляшки в литературе чаще называются групповыми (обобщенными) лимфоидными узелками. Пространство Диссе чаще называют перисинусоидальным пространством, а клетки Ито в медицинской литературе встречаются в виде синонимов звездчатая клетка печени, жирозапасующая клетка, липоцит. Бруннеровы железы чаще называют дуоденальными железами [7].

Эпонимическая медицинская терминология чрезвычайно распространена, она широко применяется в медицинской практике, в специальной и учебной литературе, в интернете, в Международной классификации болезней [2].

Таким образом, эпонимы представляют медицинскую науку в ее историческом развитии как живую череду ученых, ее создавших. Исследование терминов-эпонимов позволяет сохранить для науки имена не только тех ученых, которые еще остаются в памяти благодарных потомков, но и тех, которые когда-то внесли вклад в науку, а потом были незаслуженно забыты [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах. – М.: Советская энциклопедия, 1984.
2. Кондратьев, Д.К. Современная медицинская эпонимическая терминология / Д.К. Кондратьев // Оригинальные исследования. - 2008. - №3. - С.129-131.
3. Быков, В.Л. Международные термины по цитологии и гистологии человека с официальным списком русских эквивалентов / В.Л. Быков, В.В. Банин // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 272с.
4. Извекова, Т.Ф. Эпонимы медицинской терминологии / Т.Ф. Извекова, Е.В. Грищенко, А.С. Пуртов // 10.00.00 филологические науки. – 2014. - №3. – С.4.
5. Быков, В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В.Л. Быков // Учебное пособие. Шестое издание. Издательство: Сотис, Санкт-Петербург, 2012. – 224с.
6. Магид, Е.А. Атлас по фантомному курсу в терапевтической стоматологии / Е.А Магид, Н.А. Мухин // М.: Медицина, 1981. – 288 с.
7. Кузнецов, С.Л. Атлас по гистологии, цитологии и эмбриологии / С.Л Кузнецов, Н.Н Мушкамбаров. - 2005. - 600 с.
8. Флоренский, П.А. Имена. Метафизика имен в историческом освещении. Имя и личность // Сочинения. В 4 томах. – М.: Мысль, 1999. – 623 с.
9. Рязанце, В.Д. Имена и названия: Словарь эпонимов: имена собственные, перешедшие в названия; образование терминов и понятий; происхождение имен нарицательных; слова, употребляемые в переносном смысле. - М.: Современник, 1998. - 288с.

УДК 618.3:005.584.1

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Любич О.А.

Красноярский медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно- Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сенченко А.Ю.

В связи с задачами, поставленными Правительством РФ перед службой родовспоможения, четко обозначенными целевыми показателями деятельности, актуальными являются исследования по повышению эффективности работы акушерско-гинекологической службы [2,5,10]. Качественными показателями эффективности деятельности являются прежде всего показатели младенческой и материнской смертности. За 2014 год по РФ показатель младенческой смертности составил 7,8 на 1000 родившихся живыми, в сравнении с 2013 г – 8,5 (официальные данные Федеральной службы государственной статистики). По республике Хакасия показатели младенческой смертности превышают российские, составляя за 2014 г. 8,5:1000 родившихся живыми за 2014 г. (9,9 на 1000 за 2013 г).

Нормативно-правовыми актами установлены целевые показатели младенческой смертности 8,5 на 1000, определена необходимость снижения материнской и младенческой смертности в 2 раза к 2020г [6, 7, 8]. Сло-

жившаяся система оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Хакасия не обеспечивает достижения региональных целевых показателей [2, 5]. С целью совершенствования акушерско-гинекологической помощи усилиями Правительства и Минздрава РХ на федеральном уровне достигнуто значимое соглашение по строительству в РХ перинатального центра с ориентировочными сроками сдачи в 2017 году. Учитывая необходимость выполнения целевых показателей на данном этапе, необходима разработка возможных в рамках сегодняшнего финансирования мероприятий по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи.

Показатели младенческой смертности зависят от социально-экономической ситуации в субъекте, состояния здоровья населения и качества предоставляемой медицинской помощи как в организациях родовспоможения 2 и 3 уровней, так и от качества амбулаторного наблюдения за беременными в районных медицинских организациях 1 уровня [4]. Несмотря на действующие программы по привлечению кадров в сельское здравоохранение («Сельский врач»), проблема оказания качественной квалифицированной акушерско-гинекологической помощи на селе остается актуальной [9]. С 2010 г. в РХ функционирует маршрутизация беременных с тяжелыми осложнениями в учреждения 2 и 3 группы, но отсутствие прогноза тяжелых акушерских и перинатальных осложнений, а также неадекватное проведение профилактических мероприятий в учреждениях первичного звена родовспоможения сводят на «нет» комплекс дорогостоящих лечебных мероприятий, оказываемых в экстренных ситуациях.

Виден ряд противоречий:

1. Между необходимостью обеспечения населения качественной и доступной медицинской помощью с учетом актуальности вопросов демографии и дефицитом квалифицированных кадров для оказания помощи в учреждениях 1 уровня.

2. Между необходимостью соблюдения Порядков и Стандартов медицинской помощи и невозможностью их полного выполнения в учреждениях 1 уровня в виду недостаточной диагностической базы.

3. Между загруженностью отделений патологии беременных межмуниципальных центров, перевыполнения объемов госзадания и отсутствием финансирования объемов сверх запланированных в виду ошибок диагностики в учреждениях 1 уровня [1, 3].

Указанные противоречия предопределили проблему исследования: оптимизация системы оказания медицинской помощи беременным женщинам в Республике Хакасия.

Цель исследования – разработка мероприятий по оптимизации системы автоматизированного мониторинга беременных женщин в Республике Хакасия.

Объект исследования: система оказания медицинской помощи беременным женщинам в РХ.

Предмет исследования: система автоматизированного мониторинга беременных женщин в Республике Хакасия

Гипотеза: Оптимизация системы автоматического мониторинга будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и снижению младенческой смертности в Республике Хакасия.

Объект, предмет, цель и гипотеза исследования обусловили постановку следующих задач:

Провести анализ системы оказания медицинской помощи беременным женщинам в РХ.

Оценить результаты внедрения системы автоматизированного мониторинга беременных женщин высокой группы риска на территории РХ.

Разработать мероприятия по оптимизации автоматизированного мониторинга беременных женщин высокой группы риска на территории РХ.

В результате проводимой работы выявлены проблемы внедрения автоматизированного мониторинга: отсутствие мотивации в большей степени врачей районных больниц для внесения данных в программу, а также у сотрудников, принимающих информацию по беременным, внесение в программу некорректных данных о беременной, возможные простои в работе в связи с несовершенством информационного обеспечения. С целью устранения выявленных проблем необходимо дополнительное финансирование для материального стимулирования сельских врачей за своевременность внесения данных в мониторинг, введение показателей ведения мониторинга в критерии качества для распределения стимулирующих выплат, усиление мер контроля над ведением мониторинга на всех административных уровнях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, О.Ю. Правовая основа медицинской деятельности по оказанию качественной медицинской помощи / О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев, Т.В. Тимошенкова // Здравоохранение. - № 10. – 2006. - С. 117-126.
2. Вопилова, Л.В. Научное обоснование организационных и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение перинатальных потерь в Республике Хакасия: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Красноярск, 2008.
3. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение в системе обязательного медицинского страхования / А.М. Рабец, В.Ф. Чавпецов, В.В. Гришин, В.Ю. Семенов. — М. :Айс, 2009.-152с.
4. Кульбаева, И.А. Мониторинг беременных высокой группы риска в снижении репродуктивных потерь: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2005.

5. Любич, О.А. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при беременности с маловодием: автореф. дис. ...канд. мед. наук. Омск, 2009.
6. Постановление Правительства РХ от 30.12.14 № 721 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Хакасия на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: информационно-правовая справочная система Консультант Плюс.
7. Постановление Правительства РХ от 13.11.13 №614 «Государственная программа РХ «Развитие здравоохранения РХ до 2020г», подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» (с изменениями от 15.07.2014 постановление Правительства Республики Хакасия N 346),(с изменениями от 30.07.2014 постановление Правительства Республики Хакасия N 384).
8. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»
9. Шевский, В.И. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы. Концепция Государственного университета. / В.И. Шевский, С.В. Шишкин, И.М. Шейман – Высшей школы экономики. 2008. –52 с.
10. Бантьева, М.Н. Вопросы оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической службы / М.Н. Бантьева, Л.П. Суханова // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. - 2011. - №3. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/lang,ru/> (дата обращения 12.02.2014)

УДК 613.96

РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ДЕВУШЕК ПРЕОБЛАДАНИЕМ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Моерчук В.И.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова

Кафедра общепрофессиональных дисциплин

Научный руководитель: д.м.н., доц. Агеева Е.С.

Проблема повышения функциональных возможностей и работоспособности организма в условиях увеличения учебной нагрузки при разной специализации студентов представляется весьма актуальной задачей в настоящее время. Специфика труда студентов характеризуется воздействием на организм большого объема информационной нагрузки на фоне недостаточной физической активности, что приводит к прогрессирующему снижению уровня здоровья [8]. Низкий объем физической активности в сочетании с другими факторами риска учебной деятельности является одним из ведущих факторов увеличения заболеваемости студентов [5]. В настоящее время в оценке функционального состояния организма, в определении его резервов, степени адаптации к различным факторам среды основное внимание уделяется исследованию сердечно-сосудистой системы. Учитывая актуальность выше изложенной проблемы необходимо обратиться к ней, тем более, что многие ее аспекты до сих пор остаются не выясненными.

Целью работы являлось оценить реакцию сердечно-сосудистой системы у девушек с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Исследование проводилось на базе кафедры фундаментальной медицины и гигиены ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова». В нем приняли участие 59 девушек студенток Медико–психолого–социального института, в возрасте от 20 до 24 лет. В ходе исследования рассчитывались такие показатели как индекс Кердо, частота сердечных сокращений, систолической и диастолическое артериальное давление. На основании регистрируемых показателей рассчитывали пульсовое давление (ПД), систолический (СОК) и минутный объем крови (МОК). В качестве физической нагрузки применяли пробу Мартинэ–Кушелевского. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ Statistica 6.0. и при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2007. Проводили проверку выборки на нормальность распределения вариантов. Результаты исследования в тексте представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (Q1÷Q3). Статистическую значимость различий между изучаемыми выборками по анализируемым показателям оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона (для сравнения зависимых выборок). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы обеспечивает координирующую функцию и достижение оптимальных адаптационных результатов к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.

Для более детального анализа вклада симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы все обследованные девушки были разбиты на три группы в зависимости от индекса Кердо. Группу А (n=22) – 37,2 % составили студентки с преобладанием симпатического тонуса; группу В (n=15) - 25,6 % - были отнесены студентки с балансом регуляции ВНС. К группе С (n=22) – 37,2 % – с преобладанием парасимпатического отдела в регуляции ВНС.

Анализ полученных данных показал, что в обследуемой группе в равной степени отмечается достоверное преобладание активности как симпатического (37,2% (n=22), $p<0,005$), так и парасимпатического отдела (37,2% (n=22), $p<0,005$) вегетативной нервной системы. Среднее значение индекса Кердо у девушек с преобладанием симпатического отдела ВНС было равно 19,6 (13,5÷26,5), с преобладанием парасимпатического отдела ВНС – 22,3 (–25,6 ÷ –15,9). Девушки с нормотонией встречались реже n=15 (25,6%), при этом среднее значение индекса Кердо было равно 1,2 (0,0÷7,9).

Установлено, что в покое у девушек симпатотоников САД выше, чем у девушек нормотоников (133,0 (128,0÷144,0) против 128,0 (118,0÷138,0) мм рт. ст., $p<0,05$). По уровню ДАД различия между девушками обеих групп (89,0 (84,0÷93,0) и 78,0 (73,0÷91,0) мм рт. ст., соответственно, оказалось статистически не значимо $p>0,05$). Можно предположить, что у девушек группы А более высокое АД поддерживалось, в большей степени, за счет увеличения систолического объема, т. е. силы сердечных сокращений и более высокого сосудистого тонуса. Частота сердечных сокращений у девушек нормотоников ниже (84,0 (75,5÷92,0) уд/мин), чем у девушек симпатотоников (88,0 (80,0÷96,0) уд/мин). Следует отметить, что ЧСС имела значимые различия между двумя группами ($p<0,05$).

Величина кровяного давления зависела главным образом от систолического объема крови и диаметра сосудов, тонус которых регулируется вегетативной нервной системой. В нашем исследовании выявлено достоверное отличие в величинах систолического объема крови (СОК). Как видно из представленных результатов (рис.3), у девушек симпатотоников в исходном положении показатели СО (49,5 (40,0÷58,0) мл) достоверно выше ($p<0,05$) величины этого же показателя у девушек нормотоников (48,3 (40,0÷55,3) мл).

Выявлены достоверные отличия в величинах минутного объема крови (МОК) у девушек в покое: у девушек симпатотоников данный показатель (4,3 (3,7÷5,0) л/мин) достоверно выше ($p<0,05$), чем у девушек нормотоников 3,9 (3,5÷4,1) л/мин. Однако увеличение минутного объема крови у девушек группы А обусловлено большей величиной ЧСС, что соответствует худшему состоянию сердца и гемодинамики в целом, включая регуляторные механизмы.

Реакция организма на физическую нагрузку у студенток с разным вегетативным тонусом существенно различается. В условиях физической деятельности наблюдалось снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, выраженное у студенток симпатотоников.

Известно, что физические нагрузки вызывают изменение функционального состояния, связанное с активацией организма. Одним из проявлений подобной активации является увеличение кровотока и соответствующая перестройка сердечной деятельности. После физической нагрузки во всех обследованных группах ЧСС повышалось: в группе А в среднем на 17,5 уд/мин (16,6 %), в группе В на 13 уд/мин (13,5%) соответственно. Наименьшие по величине показатели ЧСС отмечены у нормотоников 97,0 (89,0÷115,0) уд/мин, наибольшие - у симпатотоников 105,5 (94,0÷120,0) уд/мин. При этом у девушек симпатотоников повышение ЧСС носило более выраженный характер.

Наблюдаемые сдвиги обусловлены смещением баланса вегетативной регуляции в сторону симпатических воздействий. Такое изменение вегетативного равновесия показывает, что основную роль в срочной перестройке работы сердца на новый режим функционирования играет снижение тонуса парасимпатической нервной системы, что и влечет за собой значительное изменение ЧСС.

Характерной особенностью гемодинамического реагирования на физическую нагрузку у девушек симпатотоников явилось то, что САД, будучи изначально несколько выше в состоянии относительного покоя в конце эксперимента достигло своего максимума 143,0 (137,0÷150,0) мм рт. ст.

У студенток группы А в большей степени происходило изменение величины ПД. Самые высокие показатели ПД у них отмечены после нагрузки 51,5 (46,0÷61,0) мм рт. ст.; ниже были зарегистрированы показатели у девушек группы В 57,0 (51,0÷60,0) мм рт. ст.

Увеличение СО (у девушек симпатотоников – на 3 мл; у девушек нормотоников на 2,3 мл) и МОК (у девушек симпатотоников на 10 л/мин (23,2%); у девушек нормотоников на 1,2 л/мин (30,7%)) при физической нагрузке обусловлено, в первую очередь, увеличивающейся потребностью организма в кислороде. Необходимый МОК у девушек в обеих группах в равной степени обеспечивался увеличением ЧСС и СО, что по мнению ряда исследователей [7] является более эффективным.

Для девушек нормотоников оказалось характерным иное соотношение параметров гемодинамики: высокая ЧСС на фоне относительно более низких значений систолического и диастолического давления. Следовательно, у девушек нормотоников основная нагрузка в поддержании нормальных параметров системы кровообращения при физической нагрузке ложится на системы, участвующие в регуляции ЧСС. Низкие значения АД могут быть отражением как относительного (с группой сравнения) снижения сократительной способности миокарда, и гладкомышечного элемента сосудистой стенки, так и сравнительного уменьшения соотношения стенка — просвет сосуда.

Наблюдаемая в обеих группах динамика изученных показателей позволяет нам предполагать, что студенты, у которых физическая нагрузка вызывает меньшие физиологические затраты, характеризуются высоким уровнем функциональных резервов, дающих им возможность успешно адаптироваться к учебной деятельности.

Выявлено следующее распределение типов реакции сердечно – сосудистой системы на физическую нагрузку по изменению пульса и артериального давления у девушек симпатотоников.

По изменению пульса в покое чаще всего наблюдалась допустимая реакция сердечно-сосудистой системы у двенадцати девушек. В первые 10 секунд после пробы чаще наблюдалась благоприятная реакция (у четырех девушек), неблагоприятная реакция наблюдалась у одной девушки. По изменению систолического АД чаще наблюдалась благоприятная ответная реакция сердечно – сосудистой системы. По показателю диастолического АД в равной степени наблюдалась как благоприятная (у девяти девушек), так и допустимые реакции сердечно – сосудистой системы.

Таким образом, можно сделать вывод, что у девушек обеих групп как в покое, так и при проведении функциональных проб, баланс отделов вегетативной части нервной системы сдвигается в ответ на физическую нагрузку в сторону незначительного увеличения симпатического тонуса. Вместе с тем, выявляется разница в реализации эффекта такого повышения, которая зависит от морфологических особенностей структуры сердечно-сосудистой системы: в группе у симпатотоников основная нагрузка в перераспределении крови при физической нагрузке наряду с увеличением ЧСС ложится на сосуды, в том числе и на вегетативную нервную систему.

Следовательно, обсуждая механизмы регуляции АД в ответ на незначительное по силе воздействие, можно говорить не о преобладании одного из отделов вегетативной части ЦНС, а о морфологических особенностях сердечно – сосудистой системы, которые и определяют конкретный вариант реакции и его механизмы. И эти варианты, и механизмы можно рассматривать как способность или неспособность сократительных элементов сердца или сосудов адекватно реагировать на симпатическую стимуляцию. У тех девушек, у которых велики гемодинамические показатели, реакция поддержания АД обусловлена исключительно увеличением ЧСС. У девушек с невысокими индексами реагирования АД изменяется либо путем увеличения сократительной функции миокарда, либо повышением сосудистого тонуса, т. е. повышением сократительной способности гладких мышц резистивных сосудов [2].

По данным Гаттарова Р.У., (2007), Пиковской Н. Б., (2010), симпатикотонический тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку у студенток свидетельствует о перенапряжении адаптационных механизмов вегетативной нервной системы. Особенно ярко выражены признаки напряжения и перенапряжения адаптационных механизмов в группах А и В, где имеется дисбаланс в регуляции вегетативной нервной системы (ВНС).

Полученные данные дают основание предполагать, что представленные морфофункциональные показатели могут быть использованы в качестве критериев комплексной оценки адекватности физических нагрузок различной интенсивности физиологическим возможностям студентов.

Изложенные выше результаты показали, что физическая деятельность сопровождается комплексом вегетативных сдвигов: повышением симпатического тонуса, уровня артериального давления, частоты сокращений сердца. В условиях профессиональной деятельности указанные сдвиги могут быть факторами риска развития заболеваний сердца и сосудов [3].

Очевидно, что в основе различий интенсивности и направленности вегетативных реакций у студентов ведущее значение имеет уровень физической активности. Процессы адаптации к физической нагрузке совершенствуют механизмы аэробного энергообеспечения, гемодинамики и обуславливают смещение вегетативного баланса в сторону преобладания парасимпатических механизмов. Известно, что величина аэробных резервов организма находит свое отражение в интенсивности вегетативных реакций. Чем меньше эти резервы, тем раньше и сильнее выражены реакции пульса и артериального давления как в покое, так и при умственных и физических нагрузках [4].

Таким образом, выявлено, что ответные реакции вегетативной нервной системы на нагрузку вызывают значительное увеличение уровня артериального давления, частоты сокращений сердца, что свидетельствует о перенапряжении адаптационных механизмов вегетативной нервной системы, и может выступать в качестве факторов риска развития заболеваний сердца и сосудов.

Разработаны рекомендации для девушек с преобладанием симпатического тонуса вегетативной нервной системы, основными из которых являются рациональное чередование различных видов деятельности, гигиенически полноценный сон, максимальное пребывание на открытом воздухе, выполнение гигиенических гимнастик, занятие йогой, плаванием и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаттаров, Р.У. Исследование показателей функционального состояния студентов трех медицинских групп здоровья / Р.У. Гаттаров, С.М. Зубков, Т.В. Потапова и др. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». – 2007. – №16 (88). – Вып. 12.– С. 69–75.
2. Геворкян, Э.С. Морфофункциональные показатели как критерии оценки адаптации студентов к дозированной нагрузке / Э.С. Геворкян, Ц.И. Адамян, Г.Г. Туманян и др. // Гигиена и санитария. – 2010. – №2. – С.75-77.
3. Ивакина, Е.А. Сравнительная оценка функционального состояния сердечно – сосудистой системы юношей 17 и 18 лет Тюменской и Челябинской областей / Е.А. Ивакина, О.А. Драгич // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – 2005. – С.20-21.

4. Линник, М.А. Влияние функциональных нагрузок на состояние сердечно-сосудистой системы студентов разных специальностей / М.А. Линник, П.С. Дмитриев, И.А. Артюшик. // Десятилетие суверенного Казахстана: история и перспективы развития: материалы научно-практической конференции. – Петропавловск, 2002. – С. 309-312.
5. Миронова, С.П. Организационно-педагогический аспект мониторинга состояния физической подготовленности студентов / С.П. Миронова // Валеопедагогические аспекты здоровьесформирования в образовательных учреждениях: состояние, проблемы, перспективы. Матер. 2-й рос. науч.-практ. конф. – Екатеринбург: изд-во РГППУ, 2004. – С. 49-52.
6. Пиковская, Н.Б. Особенности артериального давления у юношей в зависимости от вегетативного статуса / Н.Б. Пиковская // Сб. докладов Всероссийской конференции с международным участием «Механизмы регуляции физиологических систем организма в процессе адаптации к условиям среды». – Спб., 2010. – С. 229-230.
7. Скуратович, М.Н. Скрининг-диагностика степени нарушений вегетативной регуляции у студенток / М.Н. Скуратович, Г.С. Дубилей // Организация и содержание физического воспитания в вузе: Материалы научно-практической конференции 30 января 2003 года. – Омск, 2003. – С. 91 - 92.
8. Хватова, М.В. Особенности образа жизни и регуляции сердечного ритма у студентов разных специальностей в динамике обучения / М.В. Хватова, Е.В. Волкова // Валеология. – 2004. – № 3. – С. 75–87.

УДК 612.1/8

КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАССЫ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

Моерчук В. И.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова

Кафедра общепрофессиональных дисциплин

Научный руководитель: д.м.н., доц. Агеева Е.С.

Неправильный режим питания студенческой молодежи на протяжении их учебы в высшем учебном заведении и тяжелые экономические условия могут повлечь как избыточную массу тела, так и потерю массы [1].

В последнее время многие специалисты отмечают серьезные отклонения в показателях уровня здоровья современной студенческой молодежи, подчеркивая при этом выявленные негативные тенденции [3].

Цель работы – оценить качественные характеристики массы тела у студентов 2 курса специальности «Лечебное дело».

Задачи исследования: 1) оценить расчетную величину индекса массы тела у юношей и девушек; 2) рассчитать тощую (безжировую) массу тела в зависимости от типа телосложения; 3) охарактеризовать различия величины метаболической активности массы тела у юношей и девушек в зависимости от типа телосложения.

В исследовании приняли участие 50 студентов (35 девушек и 15 юношей) в возрасте от 18 до 24 лет. Измерение проводилось на добровольной основе в первой половине дня, в светлом помещении стандартным набором антропометрических инструментов и приборов. Антропометрическое исследование включало в себя определение роста, массы тела, обхватных размеров и толщины жировых складок. Оценка массо-ростовых соотношений определялись по индексу Кетле. Результаты индексной оценки трактовались в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999). Были рассчитаны показатели тощей массы тела, величина метаболической активности массы тела, общая масса тела, степень дефицита массы тела [4]. Конституционный тип определяли по индексу Пинье, на основании которого М.В. Черноруцкий (1927) выделял три клинко-функциональных типа: астеники, нормостеники, гиперстеники [2]. Материалы исследований были обработаны статистически с использованием программ Microsoft Excel. Вычислялись: средняя арифметическая и среднее квадратичное отклонение (σ).

Анализ полученных данных показывает, что среднее значение ИМТ у девушек было равно $20,1 \pm 3,1$ кг/м², у юношей – $23,5 \pm 4,0$ кг/м². При этом, индекс Кетле у девушек соответствовал норме в 65,7% случаев, хроническая энергетическая недостаточность наблюдалась в 8,6%, лишний вес в 22,9%. У юношей индекс массы тела был более вариабелен, чем у девушек. Норма у юношей выявлена в 73,3% случаев, лишний вес – в 20,0 %, хроническая энергетическая недостаточность – 0 %, ожирение – в 6,6 %. Установлено, что у 16 человек существует отклонение массы тела от нормы, как в сторону дефицита, так и избытка. Это 32,0 % от общего количества исследованных студентов. То есть, практически у каждого третьего студента масса тела или превышает норму для данного возраста, или же находится за нижней её границей. В этой категории студентов представительство полов было следующее: 4 юношей, что составляет 26,6% от общего их количества, подвергшихся измерениям; 12 девушек, или 34,2% от всех исследованных студенток. Таким образом, можно констатировать, что в данной обследуемой группе проблема отклонения массы тела от нормы у девушек более выражена, по сравнению с юношами, так как их процентное соотношение к общему количеству студенток превышает показатель юношей на 7,6 %. При анализе характера отклонения массы тела у исследуемых студентов выявили, что 4 человека имеют дефицит массы тела. Это 8,0% от количества студентов, принявших участие в исследовании, или 25,0% от числа студентов, имеющих отклонение массы тела от нормы. Больше выявлено студентов, у которых зафиксиро-

рован избыток массы тела. Такими оказались 11 человек, что составило 22,0% от общего количества измерений и 68,7% от группы студентов с отклонениями в массе тела. Следовательно, можно говорить о том, что в данной обследуемой группе избыток массы тела у студентов более распространенное явление, чем её дефицит.

Среди студентов, имеющих избыток массы тела, девушек оказалось больше – 9 человек, что составило 45,2% от этой совокупности. Юношей было несколько меньше – 3 человека (25,0%) от всей этой группы. Таким образом, можно утверждать, что проблема избытка веса более выражена у девушек, чем у юношей.

Полученные результаты на примере одного из типичных небольших вузов России позволяют сделать определенное заключение. Количество студентов с избыточной массой тела превышает количество студентов с дефицитом массы. То есть, проблема избыточного веса у современной студенческой молодёжи, по крайней мере, в пределах одного высшего учебного заведения, по величине несколько больше, чем проблема дефицита массы тела [2].

Возможно, что сделанные выводы правомерны и для всей студенческой молодёжи России, однако для этого необходимо провести более масштабное исследование в различных регионах страны.

Достоверны половые различия в пользу юношей в обхватных размерах: окружность талии у юношей больше, чем у девушек на – на 14,5%, окружности бедра на – 3,5%.

Среднее значение индекса окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) у девушек составляет $0,71 \pm 0,04$ см, у юношей – $0,81 \pm 0,05$ см. Таким образом, полученные данные ОТ/ОБ у юношей и девушек находятся в пределах нормы, что доказывает отсутствие ожирения у обследуемого контингента.

Индекс Пинье равен в обследованной группе у девушек – $32,7 \pm 15,0$, у юношей в среднем $15,1 \pm 23,4$, достоверно различаясь по половому признаку. По результатам оценки индекса Пинье по схеме Черноруцкого у девушек астенический тип телосложения встречался чаще других – у 57,1%, реже атлетический – в 37,1 % случаев, еще реже пикнический – у 5,7 %. Юноши по схеме Черноруцкого имели в 40,0% случаев атлетический и в 33,3% случаев пикнический тип телосложения, меньше всего выявлено астеников – 26,6 %.

Достоверны половые различия в показателях тощей массы тела в пользу юношей. У девушек с астеническим типом телосложения средний показатель тощей массы тела составляет $39,0 \pm 4,9$ кг, с нормостеническим – $44,9 \pm 5,7$ кг, с пикническим – $55,3 \pm 9,5$ кг, у юношей с астеническим типом – $53,3 \pm 6,3$ кг, с нормостеническим – $58,3 \pm 7,7$ кг, с пикническим – $65,8 \pm 8,2$ кг, соответственно. Таким образом, можно констатировать выраженную тенденцию увеличения показателей ТМТ в зависимости от возрастания массы тела, как у девушек так и у юношей.

Средние значения величины метаболической активности массы тела юношей достоверно превышает таковые у девушек на 21,2%. Так, среднее значение величины метаболической активности массы тела у юношей астенического типа телосложения равен $54,7 \pm 6,3$ кг, атлетического – $60,0 \pm 7,6$ кг, пикнического – $68,4 \pm 9,4$ кг, у девушек с астеническим типом – $39,9 \pm 4,8$ кг, атлетическим – $46,4 \pm 5,6$ кг, пикническим – $57,9 \pm 9,1$ кг. В целом средние значения величины метаболической активности массы тела юношей превышают значения девушек на 21,2%.

Среднее значение общей массы тела всех юношей на 19,4% превышает таковые значения девушек, что говорит о достоверном преобладании массы тела юношей, по сравнению с девушками.

Высокие показатели степени дефицита общей массы (таб. 3) тела имеют юноши (24,2%) и девушки (20,3%) астенического типа телосложения по сравнению с показателями лиц пикнического типа, это напрямую связано с недостатком общей массы тела у студентов.

Выводы:

1. Установлено, что у каждого третьего студента масса тела превышает норму для данного возраста или находится за нижней её границей. При анализе характера отклонения массы тела у исследуемых студентов выявлено, что 8,0 % студентов (от количества студентов, принявших участие в исследовании) имеют дефицит массы тела. Избыток массы тела зафиксирован у большего количества студентов (22,0 %), из них 45,2 % девушек и 25,0 % юношей.

2. В категории студентов, имеющих отклонения массы тела от нормы, было 4 юношей и 12 девушек, что свидетельствует о более выраженном отклонении массы тела от нормы у девушек, по сравнению с юношами.

3. Показатели величины тощей массы тела у юношей и девушек имеют выраженную тенденцию к увеличению в зависимости от возрастания массы тела, что связано также с типом телосложения студентов. Студенты (юноши и девушки) астенического типа телосложения имеют более низкие показатели (юноши – $53,3 \pm 6,3$ кг, девушки – $39,0 \pm 4,9$ кг), уступая студентами с более высокими показателями пикнического типа телосложения (юноши – $65,8 \pm 8,2$ кг, девушки – $55,3 \pm 9,5$ кг).

4. Средние значения величины метаболической активности массы тела юношей достоверно превышают таковые значения у девушек на 21,18%.

5. Выявлена зависимость показателей величины метаболической активности массы тела от типов телосложения. Студенты астенического типа имеют более низкие показатели, чем студенты пикнического типа. У девушек астенического типа телосложения показатели величины метаболической активности массы тела меньше

таковых показателей у девушек пикнического типа на 31,1 %, у юношей пикнического типа превышают таковые показатели астенического типа на 20,0 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев, В.В. Масса тела студентов: насколько она идеальна? / В.В. Афанасьев, Л.Г. Гришко, О.П. Пелипейко, В.К. Щербаченко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. - № 3. – С. 8-11.
2. Галкина, Т.Н. Антропометрические и соматотипологические особенности лиц юношеского возраста в Пензенском регионе: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Т.Н. Галкина. – Волгоград, 2008. – 152с.
3. Егорычева, Е.В. Исследование отклонений массы тела у современной студенческой молодежи / Е.В. Егорычева, С.В. Мусина // Современные исследования социальных проблем. – 2011. - № 4. – С. 1-6.
4. Медведев, М.А. Оценка физического здоровья взрослых и детей методом индексов / М.А. Медведев, В.Б. Студницкий. – Томск, 2006. – 200 с.

616.36-003.826

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Моерчук В.И.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова Медико-психолого-социальный институт

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: д.м.н., доц. Агеева Е.С.

В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти [4].

Тесная связь неалкогольной жировой болезни печени с избыточной массой тела дает основания рассматривать это заболевание как печеночный компонент метаболического синдрома [3].

В последние годы отмечается возрастание интереса к данной проблеме, что обусловлено, в частности, увеличением частоты патологического ожирения среди населения промышленно развитых стран и последовавшим за этим ростом заболеваемости неалкогольной жировой болезнью печени. Пациенты, страдающие метаболическим синдромом, имеют максимальный риск развития неалкогольной жировой болезни печени [3].

Углубленное изучение состояния систем гемостаза и фибринолиза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и метаболическим синдромом, возможно, позволит расширить спектр терапевтических влияний, уменьшив тем самым распространенность и тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний у данной категории пациентов [4].

Целью настоящего исследования являлось оценить нарушения системы гемостаза и фибринолиза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

Задачи исследования: 1) проанализировать показатели системы гемостаза и фибринолиза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в зависимости от наличия/отсутствия абдоминального ожирения; 2) установить особенности нарушений системы гемостаза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с абдоминальным ожирением и без ожирения; 3) установить характер взаимосвязи между показателями системы гемостаза и фибринолиза и наличием абдоминального ожирения у больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы исследования. Проведено ретроспективное исследование 62 медицинских карт пациентов (форма №003/у) находящихся на стационарном лечении в III терапевтическом отделении, в Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской» в период с января 2012 года по февраль 2015 года.

По результатам анализа медицинских карт количество женщин с неалкогольной жировой болезнью печени и признаками метаболического синдрома составило 36 человек в возрасте от 40 до 76 лет (средний возраст — 61 (55÷65) год), мужчин — 26 в возрасте от 43 до 74 лет (средний возраст — 58,5 (53÷63) лет).

Все пациенты в зависимости от наличия/отсутствия абдоминального ожирения в клиническом диагнозе были разделены на две группы. Первую группу составили 20 человек (12 женщин и 8 мужчин) без абдоминального ожирения (АО), имевших ИМТ менее 30 кг/м². Вторую группу составили 42 человека с АО (24 женщины и 18 мужчин). Средний возраст больных в первой и во второй группах составил 61 (56÷70) год и 59,5 (54÷64) лет соответственно. Критериями включения больных в исследование являлось наличие признаков жировой инфильтрации по данным ультразвукового исследования печени (гепатомегалия, повышенная эхогенность печени, обеднение сосудистого рисунка), отсутствие в анамнезе злоупотребление алкоголем в гепатотоксических дозах (более 20 г в сутки для женщин, 30 г — для мужчин). Исключали больных, с вероятным или верифицированным

токсическим, лекарственным, вирусным поражением печени. Для исключения вирусной этиологии поражения печени определяли маркеры гепатитов В и С методом ПЦР. Диагноз абдоминального ожирения верифицировали согласно классификации ВОЗ (1997). Показатели системы гемостаза были определены на базе клинико-диагностической лаборатории ФГУЗ РКБ им. Г.Я. Ремишевской по стандартным методикам [1].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ Statistica 8.0. и при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2007. Результаты исследования в тексте и таблицах представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (Q1÷Q3). Статистическую значимость различий между изучаемыми выборками по анализируемым показателям оценивали с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни. За достоверный уровень значимости принимался $p < 0,05$.

Для оценки взаимосвязи изучаемых признаков проводили корреляционный анализ Спирмена. При анализе учитывали корреляции с $r \geq 0,3$, $p < 0,05$.

Среди обследованных больных с неалкогольной жировой болезнью печени доля мужчин составила 41,9% (26 чел.) и женщин – 58,1% (36 чел.), что согласуется с данными о преобладании женщин среди данной категории пациентов [5]. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил 26,3 (24,9÷28) кг/м² у пациентов первой группы и 34,9 (32,6÷38,8) кг/м² – у пациентов второй группы. Таким образом, индекс массы тела у пациентов с АО в 1,3 раза превышал аналогичный показатель у больных без АО.

Выявлено, что у 80% больных первой группы и 57,1% больных второй группы наблюдаются нарушения углеводного обмена в виде сахарного диабета 2 типа. Это согласуется с данными Ю.Н. Петровой (2007), указывающей на большую распространенность (44–75%) нарушений углеводного обмена у данной категории больных. Нарушение углеводного обмена при неалкогольной жировой болезни печени подтверждает общность патогенеза этого заболевания с метаболическим синдромом.

Проанализировав полученные результаты, можно сказать, что большинство показателей (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, МНО, число тромбоцитов) у пациентов обеих групп были в пределах референсных значений. Показатели гемостаза среди обследованных пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели свертывающей системы крови в сравниваемых группах, (Me(Q1÷Q3))

Показатель	1 группа (n=20)	2 группа (n=42)	Референсные интервалы
АЧТВ, сек	31,4 (28,4÷40,4)	33 (29,6÷36,3)	28-38
ПТВ, сек	11,1 (10,8÷12,3)	11,9 (11,1÷12,8)	10-14
ПТИ, %	118,9 (91÷122,8)	103,4 (89,1÷117,4)	80-125
МНО, у.е.	0,9 (0,9÷1,1)	0,9 (0,9÷1)	0,9-1,2
Ф, г/л	4,4 (4,1÷5,1)	4,1 (3,4÷4,8)	1,8–3,5
РФМК, мг/100мл	5,5 (5÷6)	7,2 (6,5÷7,5)	–<3,5
Число тромбоцитов, 109/л	193,5 (179,5÷253,5)	259,5 (206÷314)	150–400

При оценке состояния внутреннего механизма фибринолиза, отмечалось повышение активности фибриногена (гиперфибриногенемии) у больных неалкогольной жировой болезнью печени первой и второй групп. Среднее значение уровня фибриногена в крови обследуемых первой группы составило 4,37 (4,1÷5,1) г/л, у обследуемых второй группы 4,1 (3,4÷4,8) г/л, что 1,1 раз превышает физиологическое значение. При этом превышение референсных величин выявлено у 65 % (13 чел.) больных первой группы и у 85,7% (36 чел.) больных второй группы ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание и увеличение содержания в сыворотке крови растворимого фибринмономерного комплекса (РФМК) в 1,5 раза у пациентов первой группы, и в 2 раза у пациентов второй группы. РФМК является маркером тромбофилии и тромбозов, увеличение его содержания указывает на активацию процесса тромбообразования у обследуемых пациентов. Среднее содержание РФМК у пациентов 1 группы составляет 5,5 (5÷6) мг/100 мл, у пациентов 2 группы – 7,2 (6,5÷7,5) мг/100 мл ($p < 0,05$).

МНО у пациентов обеих групп в среднем составило 0,9 (0,92÷1,1)/(0,94÷1,06), при этом у 11,2% (7 чел.: у двух больных из первой группы и у пяти – из второй группы) пациентов отмечалось его уменьшение менее 0,88, свидетельствующее о наличии прокоагулянтного состояния.

Значение АЧТВ в обследуемых группах составило 31,4 (28,4÷40,4) и 33 (29,6÷36,3) сек ($p < 0,05$), при этом у 6,4% (4 чел.: у двух больных первой и второй группы) обследованных оно было менее 28 сек, что также свидетельствует о прокоагулянтном статусе данных пациентов.

В целом, те или иные протромбогенные нарушения в системе гемостаза (снижение МНО, укорочение АЧТВ, гиперфибриногенемия, увеличение РФМК) были выявлены у 54,8% (32 чел.) обследованных. У 12,5% (4 чел.) из

них отмечалось наличие одновременно несколько патологических сдвигов в системе свертываемости и снижение факторов защиты, что также свидетельствует о потенциально высоком риске тромботических осложнений.

При анализе взаимосвязей исследуемых показателей обнаружена умеренная положительная корреляция АЧТВ с возрастом ($r=0,43$; $p<0,05$). Отмечалась также отрицательная корреляция ПТИ и ПТВ ($r=-0,72$; $p<0,05$). Число тромбоцитов в плазме крови было отмечено слабой положительной взаимосвязью с ИМТ ($r=0,28$; $p<0,05$).

Выявленные в ходе данного исследования протромбогенные изменения у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением на фоне инсулинорезистентности подтверждают наличие высокого риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов такой категории.

Полученные результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о различных нарушениях гемостаза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением, которое является фактором риска развития метаболического синдрома и, соответственно, тромбофилии, независимо от возраста пациента [6]. Действительно, включенные в исследование пациенты различались по возрасту (в среднем от 59,5 до 61 года). При этом была выявлена умеренная положительная корреляция АЧТВ с возрастом ($r=0,43$; $p<0,05$).

Известно, что абдоминальное ожирение и метаболический синдром характеризуются протромбогенными нарушениями в системах гемостаза и фибринолиза. В целом те или иные протромбогенные нарушения в системе гемостаза (снижение МНО, укорочение АЧТВ, гиперфибриногенемия, увеличение РФМК) были выявлены в настоящем исследовании у 54,8% (32 чел.) обследованных пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением. Эти результаты соотносятся с данными литературы, подтверждающими, что абдоминальное ожирение и метаболический синдром характеризуется протромбогенными нарушениями [6]. Нами выявлены следующие нарушения: укорочение АЧТВ (6,4% (у 4 чел.)), снижение МНО (11,2% (у 7 чел.)), гиперфибриногенемия (79% (у 49 чел.)), увеличение РФМК (80% (у 50 чел.)).

У 79% пациентов, принявших участие в нашем исследовании, выявлена гиперфибриногенемия. По мнению большинства исследователей, фибриноген является одновременно маркером сосудистого воспаления и прокоагулянтного состояния, во многих исследованиях показана связь повышения уровня фибриногена и абдоминального ожирения, инсулинорезистентности при метаболическом синдроме [6]. В нашем исследовании выявлена положительная корреляция между уровнем числа тромбоцитов в плазме крови с ИМТ ($r=0,28$; $p<0,05$), что также свидетельствует о повышенном сочетанном риске развития тромбогенных нарушений и сердечно-сосудистых осложнений.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой распространенности различных протромбогенных нарушений в свертывающей и противосвертывающей системах у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением. Получены данные о положительной и отрицательной взаимосвязи отдельных выявленных нарушений гемостаза с возрастом и индексом массы тела. Выявленные нарушения гемостаза создают предпосылки для возникновения тромбофилии и привносят дополнительный вклад в повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов данной категории [6]. Это диктует необходимость более тщательного и углубленного обследования пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением с целью выявления и коррекции патологических изменений систем гемостаза и фибринолиза на максимально ранних стадиях.

Таким образом, выявлено, что показатели ПТВ, ПТИ, число тромбоцитов у пациентов двух групп с неалкогольной жировой болезнью печени были в пределах референсных значений, в то время как показатели фибриногена и РФМК превышали данные значения.

В целом те или иные протромбогенные нарушения в системе гемостаза были выявлены в настоящем исследовании у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением.

Обнаружена слабая положительная корреляция между уровнем числа тромбоцитов в плазме крови с индексом массы тела, что также свидетельствует о повышенном сочетанном риске развития тромбогенных нарушений и сердечно-сосудистых осложнений у больных с абдоминальным ожирением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Камышников, В.С. Методы клинических лабораторных исследований / В. С. Камышников. – Москва: МЕДпресс-информ. – 2011. – 678 с.
2. Комшилова, К.А. Неалкогольная жировая болезнь печени при ожирении / К.А. Комшилова, Е.А. Трошина, С.А. Бутрова // Ожирение и метаболизм. – 2011. – №3. – С. 3–11.
3. Кособян, Е.П. Современные концепции патогенеза неалкогольной жировой болезни печени / Е.П. Кособян // Сахарный диабет. – 2010. – № 1. – С. 55–64.
4. Курская, А.Г. Клинико-патогенетическое значение системного воспаления в формировании неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с метаболическим синдромом: диссертация кандидата медицинских наук / А.Г. Курская. – Тюмень, 2014. – 133 с.
5. Петрова, Ю.Н. Клинико – лабораторная характеристика неалкогольной жировой болезни печени у больных с метаболическим синдромом: автореферат диссертации кандидата медицинских наук / Ю.Н. Петрова. – Санкт-Петербург, 2007. – 22 с.
6. Шишкова, В.Н. Развитие основных нарушений гемостаза у пациентов с ожирением / В.Н. Шишкова // Кардиология. – 2012. – № 2. – С. 59–64.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Молодцова А.В., Кошелев Н.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Научные руководители: асс. Черняева М.С., кмн., доц. Каскаева Д.С.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) в наше время не просто прихоть, а необходимость. Ежедневный стресс и плохая экология оказывают на жителей городов крайне негативное влияние. И для того чтобы поддерживать свое здоровье на достойном уровне мы должны вести здоровый образ жизни: правильно питаться, проводить активно свой досуг и конечно же отказаться от вредных привычек. Ни для кого не секрет, студенты медицинского ВУЗа смогут в дальнейшем успешно реализовать себя в медицинской специальности только при условии, что своим примером правильного образа жизни они будут наставлять не только своих пациентов, но и окружающих. Для этого формировать здоровый образ жизни нужно с самого начала обучения, ведь недаром КрасГМУ называют территорией здорового образа жизни. И для того, чтобы проследить как, все-таки формируются принципы здорового образа жизни у студентов медицинского университета, мы решили исследовать именно учащихся первого и шестого курса. Наши студенты изучают ЗОЖ как предмет не только на первом курсе, за шесть лет обучения они проходят такие клинические дисциплины, как: пропедевтику внутренних болезней, общую хирургию, клиническую иммунологию, дерматовенерологию, инфекционные заболевания и т.д. Важно проследить, как за время обучения меняется их отношение к своему здоровью и формируется ли у них именно здоровый образ жизни.

Цель исследования - сравнение отношения студентов Красноярского государственного медицинского университета к формированию здорового образа жизни.

Задачи исследования:

1. Изучить отношение к здоровому образу жизни у студентов 1 курса
2. Изучить отношение к здоровому образу жизни у студентов 6 курса
3. Сравнить результаты студентов 1 и 6 курса

Нами были опрошены студенты 1 и 6 курсов лечебного факультета в количестве 508 человек, которые были разделены на 2 группы: 1 группа - студенты 1 курса. Число опрошенных составило 361 человек из 487, где мужчин – 132(36,5%), а женщин – 229(63,5%). 2 группа – студенты 6 курса. Количество в 147 человек разделилось на 104 - человека женского пола (70,7%) и 43 – мужского(29,3%). Для выяснения отношения к посещениям лекций мы выбрали метод анкетирования, преимущество которого заключается в том, что он удобен для быстрого выяснения мнений большой группы опрашиваемых, и результаты удобно подвергать анализу методами математической статистики. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ Statistica версия 7,0 (StatSoftInc., 2004), электронных таблиц MS Excel. Описательная статистика для качественных признаков представлена в виде абсолютных значений и процентных долей. Статистическая значимость различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

В ходе исследования было опрошено 359/480(74,8%) студентов 1 курса и 146/317(46,1%) студентов 6 курса. Мы разделили всех опрошенных (505 человек) на 2 группы: 1 курс (359 и 6 курс (146 человек) и сравнили полученные результаты в исследуемых группах. Установлено, что как среди первокурсников, так и студентов 6 курса большая часть (около 80% выходцы больших городов), остальная часть (в пределах 20%) из сельских населенных пунктов. Установлено, что 288/359 первокурсников (80,2%) считают, что они здоровы, практически такое же количество шестикурсников (85%) уверены в том же. Тем не менее, ведут здоровый образ жизни, на данный момент, лишь 60% опрошенных. Почти половина первокурсников (162/359; 45%) предпочитают в качестве ЗОЖ регулярное посещение врача с целью профилактики и (149/359; 41,5%) выбирают широкий круг интересов, богатую духовную жизнь и наличие хобби, в то время как 6 курс поставил на 1 место богатую духовную жизнь и наличие хобби (69/146; 47,2%) и отметил умение справляться со своими эмоциями, гармонию с собой (62/146; 42,5%). В обеих испытуемых группах (около 90% опрошенных) отметили, что возможность вести ЗОЖ зависит только от них самих, а 80 % из них готовы на соблюдение определенных правил для улучшения здоровья. Несмотря на то что, на первом курсе был пройден курс «Здоровый Образ Жизни», лишь 5,6% студентов знают все основные показатели своего организма (вес, АД, уровень сахара, уровень холестерина, окружность живота).

В то время как 1/3 студентов 6 курса знали эти показатели, это можно связать не только с обучением в медицинском университете, но и с ростом заинтересованности студентов в своем здоровье. 76% анкетированных в обеих группах отмечают, что они хоть и стараются придерживаться принципов здорового питания, но не всегда это получается. Приятно отметить, что больше половины (212/359; 59,3% среди 1 курса и 96/146; 65,7% среди 6 курса) осуществляют профилактические мероприятия, а именно: первокурсники отмечают ежегодные медицинские осмотры (136/359; 37,7%), профилактические прививки (135/359; 37,6%) а так же регулярно при-

нимают витамины (122/359; 34%). А вот студенты 6 курса наряду с медицинскими осмотрами (99/146; 67,8%) отмечают так же регулярное принятие витаминов (ровно 50%) и периодическое обследование (диспансеризацию) и лечение (66/146; 45,2%). Порядка 70% из заявленных групп отметили, что в случае заболевания предпочитают лечиться самостоятельно. Это показывает, что даже обучающиеся медицинского вуза не полагаются в вопросах оздоровления на медиков. И лекарственные препараты принимают при малейших симптомах лишь 30% (109/359 первокурсников и 38/146 6 курса). Принимать витамины студенты 1 курса предпочитают в виде фруктов и овощей (159/359; 44,3%) и лишь 26,2% (96/359) принимают витамины в виде лекарственных форм из аптеки. А вот студенты 6 курса наоборот, отдают предпочтение витаминам из аптеки (68/146; 45,9%), а с фруктами витамины получают лишь 1/3 (44/146; 29,5%). Большая часть респондентов обеих групп исследования, а именно около 70-80%, заявили, что для поднятия жизненного тонуса им требуется соблюдать режим дня, заниматься спортом и регулярные прогулки на свежем воздухе. Одухотворенную литературу же предпочли лишь 30% опрошенных студентов. Большая часть (227/359; 63,2% первокурсников и 94/146; 64,4% шестикурсников) указали на отсутствие заболеваний каких-либо систем органов, хотя, среди студентов 6 курса так же выделяется группа (35/146; 23,4%) с заболеванием желудочно-кишечного тракта, что можно объяснить из не правильного питания, которое присуще большинству студентов. Интересно отметить, что практически 90% опрошенных студентов обеих курсов уверены, что ЗОЖ способствует успеху в жизни и других сферах человеческой деятельности (учеба, работа). Занимательный факт, но лишь 30% первокурсников и 20% шестикурсников верят в существование абсолютно здоровой нации. В ходе исследования респондентам была предоставлена возможность выбрать наиболее важные на их взгляд жизненные ценности. Интересно, что студенты, как первого, так и 6 курса расставили свои приоритеты одинаково:

- на первое место поместили хорошую семью и детей (296/359; 82,5% - 1 курса и 110/146; 75% - 6 курса)
- на втором месте оказалось хорошее здоровье (239/359; 66,3% - 1 курса и 111/146; 76% - 6 курса)
- третье место заняли любимая работа и успешная деловая карьера (244/359; 68% - 1 курса и 119/146; 81,5% - 6 курса)
- на почетное четвертое студенты определили материальное благополучие и экономическую независимость (218/359; 60,7% - 1 курса и 106/146; 72,6% - 6 курса)
- и в конце списка оказались содержательный и интересный досуг, увлечения и свободное время (142/359; 39,5% - 1 курса и 63/146; 43,1% - 6 курса).

Выводы:

1. Проведя анализ результатов анкетирования первого курса, удалось выяснить, что студенты оценивают состояние своего здоровья, так же как и ведение ими здорового образа жизни, по десятибалльной шкале на довольно высокие баллы (от 5 до 9). Они относят к аспектам ЗОЖ регулярное посещение врача, доброжелательное отношение с людьми и умение справляться со своими эмоциями. Первокурсники считают, что ведение здорового образа жизни зависит только от них самих, и они готовы улучшить состояние своего здоровья. Большинство из опрошенных с точностью могут назвать такие параметры своего здоровья, как: вес, артериальное давление и окружность живота, это напрямую связано с тем, что в процессе обучения студенты изучали параметры своего организма на дисциплинах ЗОЖ и антропология. Не смотря на загруженность и активный ритм университетской жизни, первокурсники все таки стараются придерживаться здорового питания, хоть и признаются, что не всегда получается, отсюда и заболевания желудочно-кишечного тракта у немногочленной части опрошенных. Чуть больше половины опрошенных проводят различные профилактические мероприятия для укрепления своего здоровья, и чаще всего это: ежегодные медицинские осмотры, которые проводит ОВП КрасГМУ, прививки и диспансеризация. Первый курс предпочитает лечиться самостоятельно, и при этом принимают фармакологические препараты при первых же симптомах и витамины в виде фруктов и овощей. Для поднятия жизненного тонуса первокурсники предпочитают постоянные прогулки на природе, занятия спортом и соблюдение режима дня. Они считают, что ЗОЖ способствует успеху в жизни и, не смотря на то, что абсолютно здоровая нация для них скорее иллюзия, первый курс чаще, чем шестой выбирал вариант: здоровая нация – это реальность. В заключении первокурсники выбрали жизненные ценности, среди которых преобладали: семья и дети, любимая работа, здоровье и материальное благополучие.

2. Результаты опроса шестого курса показали, что студенты оценивают состояние своего здоровья и ведение ЗОЖ по десятибалльной шкале на высокие балы (от 5 до 9). Они так же относят к аспектам здорового образа жизни ежегодное посещение врача с целью профилактики, доброжелательное отношение к другим людям и умение справляться со своими эмоциями, дабы избегать стрессовых ситуаций. Их ведение здорового образа жизни зависит не только от них самих, но и от медицинских работников, скорее всего данная тенденция связана с тем, что шестикурсники уже близко знакомы с обязанностями врачей и медицинского персонала и знают, что их долг наставлять пациентов на соблюдение здорового образа жизни. Шестой курс готов соблюдать правила здорового образа жизни для улучшения состояния своего здоровья. Они, в отличие от первого курса, знают все показатели своего организма, включая не только вес, артериальное давление и окружность

живота, но и уровень сахара, уровень холестерина в крови. Это связано с тем, что пройдя обучение в КрасГМУ, студенты узнали не только о способах изучения организма, но и состояниях своего собственного. Они так же придерживаются принципов здорового питания, хоть это и не всегда получается и признаются, что последствиям этих недочетов являются серьезные заболевания желудочно-кишечного тракта, которые встречаются у них чаще, чем у первого курса. Значительно больше, чем половина шестого курса осуществляет профилактические мероприятия, из которых наиболее частые: прием витаминов, в виде биологических добавок и фармакологических витаминных препаратов, ежегодный медицинский осмотр в ОВП КрасГМУ, прививки и диспансеризация. Шестикурсники предпочитают лечиться самостоятельно, но принимают лекарственные препараты только в случаях крайней необходимости, считая, что организм должен справиться сам. Это связано с их знаниями по дисциплине фармакология, они осознают, что лекарственные препараты не панацея от всех болезней, у них бывают побочные эффекты, а неправильный прием лекарств может быть не только неэффективным, но и опасным для здоровья. Для поднятия жизненного тонуса шестой курс предпочитает прогулки на природе, занятия спортом и соблюдение режима дня. Студенты уверены, что ЗОЖ является неотъемлемой частью жизненного успеха, но, абсолютно здоровая нация, по их мнению, это скорее иллюзия, чем реальность. К жизненным ценностям шестой курс относит, прежде всего, любимую работу, ради которой они и оканчивают медицинский университет, на втором месте семья, здоровье и материальное благополучие. Таково отношение к формированию ЗОЖ у студентов КрасГМУ.

3. Студенты шестого курса более осведомлены о составляющих ЗОЖ, в отличие от студентов первого курса.

УДК 616.1-084

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Москалева К.А.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

к.м.н., асс. Страхова Н.В., к.м.н., доц. Красноруцкая О.Н.

Сердечно-сосудистые заболевания остаются самой серьезной угрозой для общественного здоровья в настоящее время. Они являются лидирующей причиной инвалидности и смертности населения не только в России, но и других странах[1]. Ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от сердечно-сосудистых заболеваний. Следует отметить, что не только сердечно-сосудистые заболевания, но и распространенность факторов риска, которые приводят к ним возрастает с каждым годом.

Целью исследования является изучение частоты встречаемости кардиоваскулярных факторов риска среди амбулаторных пациентов.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у амбулаторных пациентов в зависимости от возраста и половой принадлежности.
2. Ранжировать выявленные факторы риска в зависимости от их распространенности среди обследованных лиц.
3. Предложить практические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у населения участка исходя из полученных результатов исследований.

Материалом для исследования стало обследование 195 человек, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью в БУЗ Воронежской области «Городская поликлиника №3» по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы. В исследование были включены больные в возрасте от 47 до 79 лет, средний возраст $58,5 \pm 7,6$ лет, из них 52,5% мужчины, 47,5% женщины.

Среди факторов риска любой патологии выделяют неустраняемые и устраняемые [2]. Основные неустраняемые факторы риска для сердечно-сосудистой патологии: пол и возраст – мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет в большей степени подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям (среди обследованных пациентов 52,5% находятся в перечисленных возрастных группах), менопауза у женщин (практически все обследованные женщины находятся в менопаузе), наличие сахарного диабета 1 и 2 типа 19,9%.

Устраняемые факторы риска – это группа факторов, влияние которых можно тем или иным способом скорректировать или устранить вовсе. Среди обследованных пациентов выявлено, что курят 42,33%, злоупотребляют алкоголем 39,35%. По данным лабораторных исследований, проведенных в течение последних двух месяцев, имеют гиперхолестеринемию 84,15%, дислипидемию 76,5%. При измерении артериального давления на приеме выявлено повышение систолического артериального давления выше 140 мм рт. ст. у 59,67%, а диастолического выше 90 мм рт. ст. у 56,1%; по данным анкетирования повышенное потребление соли в рационе отмечают

17,85%, ожирение у 85,68%, малоактивный образ жизни ведут 14,79%, постоянные стрессы разного характера испытывают 91,25%, затруднительное социально-экономическое положение имеют 79,05%.

На основе анализа полученных данных можно сделать вывод, что в профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний на участке первостепенное значение имеет борьба со стрессом, нормализация отношений людей в семье и коллективе; борьба с избыточным весом (снижение ИМТ на 5-10% от исходного и удержание в пределах 22,5-25 кг/м²), правильное питание (увеличение потребления растительной пищи по 300-400 грамм в сутки, зерновых, молочных продуктов, рыбы не менее двух раз в неделю, уменьшение потребления животных жиров), увеличение посильных физических нагрузок (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, групповые аэробные занятия, фитнес продолжительностью не менее 30 минут в течение 3-5 дней в неделю), отказ от курения и злоупотребления алкоголем, достижение целевых уровней артериального давления.

На основании представленного исследования, можно сделать вывод, что у амбулаторных больных городской поликлиники №3 наиболее распространенным фактором риска кардиоваскулярных осложнений является фактор стресса. На втором месте стоит ожирение, гиперхолестеринемия и дислипидемия. На третьем месте по распространенности – повышенный уровень артериального давления.

УДК 616-092.4

МЕТОДЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЭБ

Москалева П.В.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Малиновская Н.А.*

Гематоэнцефалический барьер – высокоорганизованная морфофункциональная система, включающая церебральные эндотелиоциты и комплекс поддерживающих структур: базальную мембрану, перициты и астроциты [5]. ГЭБ обеспечивает поддержание гомеостаза мозга: с одной стороны, ограничивая транспорт из крови в мозг потенциально токсичных и опасных веществ, а с другой – обеспечивая транспорт газов, питательных веществ к мозгу и удаление метаболитов [7]. С помощью ГЭБ осуществляется избирательная проницаемость в головной мозг нейромедиаторов и нейропептидов центрального действия; таким образом, не происходит избыточного воздействия на нейроны головного мозга нейромедиаторов периферического действия. Кроме того, одной из важнейших функций ГЭБ является сохранение баланса концентрации ионов и необходимого объема жидкости в головном мозге для создания оптимальных условий функционирования нейронов [1].

Изучение механизмов функционирования ГЭБ – одна из ключевых задач, решение которой имеет не только фундаментальное, но и прикладное значение [2]. Трудно переоценить роль ГЭБ в нормальном функционировании центральной нервной системы, но в то же время наличие ГЭБ является ключевым фактором, ограничивающим возможности фармакотерапии нейropsychических заболеваний [5].

Известно, что физиологическая проницаемость ГЭБ отличается от патологической при различных видах патологии ЦНС (ишемия, гипоксия головного мозга, травмы и опухоли, нейродегенеративные заболевания), ее изменения избирательны и зачастую становятся причиной неэффективной фармакотерапии [7]. Особенности строения и межклеточных взаимодействий ГЭБ вызывают повышенный интерес к особенностям его функционирования со стороны многих ученых, как теоретиков, так и клиницистов.

Механизмы проникновения через ГЭБ как эндогенных, так и экзогенных веществ обусловлены его морфологическими и биохимическими особенностями [1]. В зависимости от задач исследователей, используются различные модели ГЭБ и способы оценки его проницаемости.

Цель исследования - изучить информацию о методах моделирования и оценки гематоэнцефалического барьера.

Задачи исследования:

1. По данным литературы представить преимущества и недостатки существующих методов моделирования и оценки проницаемости ГЭБ.
2. Выбрать методы оценки проницаемости ГЭБ, наиболее предпочтительные для осуществления в последующих экспериментах (in vitro и in vivo).

Были рассмотрены основные способы моделирования и оценки проницаемости гематоэнцефалического барьера in vivo, in vitro и in silico. Впервые существование гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) продемонстрировал Ehrlich в 1885 г. Он установил, что введенный в кровь краситель, связанный с альбумином, не проникает в паренхиму мозга [3]. Принцип этого метода и лежит в основе современных моделей ГЭБ на животных. Плюсы и минусы моделей in vivo представлены в таблице 1.

Преимущества и недостатки моделей ГЭБ *in vivo*

Плюсы	Минусы
1. Введение красящих веществ (Evans Blue)	
Самый первый и надежный способ проверки функционирования ГЭБ.	Дает информацию исключительно о проницаемости ГЭБ.
2. Радиоизотопные методы	
При исследовании мозга декапитированного животного (анализ pH, осмотического давление, способности веществ связываться с белками); При позитронно-эмиссионной томографии (можно установить область накопления вещества).	1) Короткий период полураспада изотопов 2) Высокая стоимость используемого оборудования; 3) Отсутствие возможности определения проницаемости исходного вещества и его метаболитов.
3. Зондовые методы	
Возможность многократного использования зондов и проведение исследований на свободно двигающихся животных.	Нестабильность результатов, зависящая от локализации зонда и степени травматизации животного при проведении имплантации.

Проведение широкого ряда исследований (в том числе скрининг) потенциальных нейро- и психотропных препаратов, требует адекватной и воспроизводимой модели ГЭБ *in vitro*. Основное требование, предъявляемое к такой модели, — наличие объективных признаков барьерного эндотелия: высокого трансэндотелиального сопротивления и низкой проницаемости для гидрофильных низкомолекулярных молекул [5].

Классификация моделей *in vitro* [2]:

1. По количеству видов культивируемых клеток в модели:

- моноклеточные (культивирование одного вида клеток);
- мультиклеточные (сокультивирование двух и более видов клеток).

2. По источнику используемых клеток:

- на основе клеток немозгового происхождения (MDCK Nazer et al., 2008, HUVES Palmiotti et al., 2014)
- на основе клеток мозгового происхождения

первично выделенные клетки (Deli et al., 2005 – из сосудов ГМ крыс, мышей, свиней; Bernas et al., 2010 – на основе клеток человека)

клеточные линии (RBE4, GP8 – эндотелиоциты ГМ крысы (Lupo et al., 2005 - изучение внутриклеточной сигнализации); hCMEC/D3 – эндотелиоциты капилляров мозга человека (изучение особенностей внутриклеточной сигнализации (Fischer et al., 2011) и регуляции транспорта веществ (Carl et al., 2010)).

- комбинированные модели.

3. Модели ГЭБ с учетом наличия имитации кровотока:

- статические (клетки находятся в неподвижной среде), в которых не учитывается влияние движения крови или питательных сред;
- динамические, с имитацией кровотока (Micro fluid technology (Tarbell, 2010)).

Первичной и важнейшей структурой ГЭБ являются эндотелиоциты церебральных микрососудов (ЭЦМ), локализованных на границе раздела ЦНС и сосудистого русла. Уникальными структурными характеристиками ЭЦМ являются: наличие плотных контактов, соединяющих мембраны соседних клеток, как замок «молния», высокое содержание митохондрий, низкий уровень пиноцитоза и отсутствие фенестр. Данные барьерные свойства эндотелия обуславливают очень высокое трансэндотелиальное сопротивление (от 4000 до 8000 W/cm² *in vivo* и до 800 W/cm² в сокультурах эндотелиоцитов с астроцитами *in vitro*) и практически полную непроницаемость монослоя барьерного эндотелия для гидрофильных веществ [5]. Именно к таким параметрам стремятся исследователи при создании моделей. Все указанные способы имеют свои недостатки и преимущества, связанные с особенностями получения и использования.

Проницаемость ГЭБ в модели анализируют при сканирующей лазерной конфокальной микроскопии с помощью иммуногистохимического окрашивания, в результате которого визуализируются антитела к специфическим маркерам ЭЦМ, и иммунофенотипирования клеток-компонентов ГЭБ. Экспрессия ЕВА (endothelial barrier antigen) в областях, содержащих фенестрированный эндотелий, то есть, где гематоэнцефалический барьер выражен слабо (area postrema, эпифиз, срединное возвышение), и в хориоидном сплетении – значительно снижена. Сосуды твердой мозговой оболочки практически не окрашиваются с помощью моноклональных антител к ЕВА [5].

На основе компьютерных моделей (*in silico*) предпринимаются попытки прогнозировать проницаемость ГЭБ для различных химических соединений в зависимости от их химической структуры. Проницаемость ГЭБ коррелирует с молекулярными свойствами веществ, с липофильностью и молекулярной массой [2]. Сложность исследования взаимодействия с белками-транспортёрами, ответственными за транспорт веществ из крови, обусловлена тем, что в литературе нет достаточного количества данных о взаимодействии низкомолекулярных веществ с конкретным белком-транспортёром.

Р-гликопротеин является наиболее распространенным эффлюкс-транспортером, который экспрессируется на люминальных мембранах эндотелиоцитов, а также на внутриклеточных мембранах (эндоплазматический ретикулум, мембрана ядра), и именно Р-гликопротеин является наиболее важным транспортером, препятствующим достижению терапевтических концентраций ряда физиологически активных веществ в паренхиме головного мозга [1]. Компьютерные модели можно использовать только для первоначального анализа пассивной проницаемости соединений, и пока они не могут полноценно заменить модели ГЭБ *in vitro* и *in vivo* [2].

Развивается направление статических комбинированных мультиклеточных моделей *in vitro*, которые бы максимально соответствовали модели *in vivo* по клеточному составу. Не смотря на сложность создания и высокую стоимость, создаются динамические модели на основе микропотоковой технологии, обладающие рядом преимуществ. При использовании общедоступных компьютерных сетей и баз данных компьютерные модели могут стать широко распространенными, общедоступными и популярными, но пока применяются только для первоначального анализа проницаемости уже известных групп соединений, тяжелых металлов и веществ [2].

Таким образом, большое количество разнообразных моделей ГЭБ свидетельствует о том, что идеальной модели до сих пор нет, следовательно, существует необходимость дальнейших разработок. Ведь понимание основных механизмов реализации барьерных свойств и регуляции проницаемости ГЭБ для макромолекул может способствовать созданию новых высокоэффективных средств для диагностики и терапии заболеваний ЦНС.

Выводы:

1. Все выше представленные модели имеют свои достоинства и недостатки: модели *in vivo* информативны, но для их создания требуется большое количество лабораторных животных; модели *in vitro* в большей степени соответствуют современным биоэтическим принципам проведения экспериментов.

2. Интерес для последующего практического применения вызвали модели с применением красителя Evans Blue (*in vivo*) и с культивированием 3-х клеточной модели НВЕ (*in vitro*).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Компьютерное моделирование проницаемости физиологически активных веществ через гематоэнцефалический барьер / О.А. Раевский, С.Л. Солодова, А.А. Лагунин, В.В. Поройков // Биомедицинская химия. – 2014. – Т. 60, №2. – С. 161-181.
2. Модели гематоэнцефалического барьера *in vitro*: современное состояние проблемы и перспективы / А.В. Моргун, Н.В. Кувачева, Ю.К. Комлева и др. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т. 6, № 4. – С. 42-52.
3. Получение трехклеточной модели нейроваскулярной единицы *in vitro* / Е.Д. Хилажева, Е.Б. Бойцова, Е.А. Пожиленкова и др. // Цитология. – 2015. – Т. 57, № 10. – С. 710-713.
4. Проницаемость гематоэнцефалического барьера в норме, при нарушении развития головного мозга / Н.В. Кувачева, А.Б. Салмина, Ю.К. Комлева и др. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 4 (Вып. 1). – С. 80-86.
5. Фундаментальные и прикладные аспекты изучения гематоэнцефалического барьера / В.П. Чехонин, В.П. Баклаушев, Г.М. Юсубалиева и др. // Вестник РАМН. Материалы сессии РАМН. – 2012. – № 8. – С. 66-78.
6. Blood-brain barrier dysfunction in disorders of the developing brain / R. Moretti, J. Pansiot, D. Bettati et al. // Front. Neurosci. – 2015. – V. 9. – P. 40.
7. Nanoscale drug delivery systems and the blood-brain barrier / R. Alyautdin, I. Khalin, M. I. Nafeeza et al. // Int. J. Nanomedicine. – 2014. – V. 9. – P. 795-811.
8. TEER measurement techniques for *in vitro* barrier model systems / B. Srinivasan, A. R. Kolli, M. B. Esch et al. // J. Lab. Autom. – 2015. – V. 20. – P. 107-126.

УДК 616.613-007.63-07-08

ВЫБОР МЕТОДА И СРОКОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЕЛОУРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА НА ОСНОВЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО КЛАССИФИКАТОРА

Мылыгашев М.П., Ершов А.В., Приходько А.М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научный руководитель: Капсаргин Ф.П.

Обструкция пиелоуретерального сегмента приводящая к гидронефротической трансформации почки, является актуальной проблемой урологии. Среди урологических заболеваний стеноз пиелоуретерального сегмента с гидронефрозом является самым частым показанием к хирургической коррекции.

Однако, несмотря на большое количество работ по проблеме пластики ПУС, остаются неисследованными некоторые вопросы, в частности, определения оптимальных сроков дренирования верхних мочевых путей, основанных на закономерности восстановления уродинамики в послеоперационном периоде.

Используя прикладные компьютерные программы, можно прогнозировать сроки восстановления перистальтики мочеоточника и лоханки после пластики ПУС, проводить мониторинг качества комбинированного лечения.

Целью исследования является выявление и изучение значимости параметров, влияющих на выбор метода и сроков дренирования при пластике ПУС, разработка алгоритма индивидуального прогноза сроков дренирования ВМП.

Основу работы составил данные ретроспективного анализа истории болезни 122 пациентов, оперированных в урологическом отделении Краевой клинической больницы г. Красноярска за период 2013-2015 гг.

Из них было 57 – мужчин, 65 женщин. Пациенты разделились по степени выраженности гидронефроза: 92 – II степень, 30 – III степень. Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента в 97 случаях, в 25 случаях стали причинами гидронефротической трансформации почки вазоуретральный конфликт. У 19 больных образовались вторичные камни, у 5 ХБП 1 ст. на фоне прогрессирования данной патологии.

Группы пациентов на основе морфологической картины стенок ЛМС (Таблица 1). Все пациенты обследованы по диагностическому алгоритму, включающему лабораторные и рентгенологические методы, они позволяли выбрать оптимальный метод лечения, основанный на анатомо-функциональном состоянии верхних мочевых путей, степени дилатации полостной системы почек, степени выраженности пиелонефрита.

Сформирована единая система признаков, призванных выдать единое решение по выбору оперативного лечения и сроков дренирования ВМП. Значения признаков формируются на основании данных, получаемых при обследовании пациентов, согласно стандартам оказания помощи данной группе пациентов.

Путем совместной экспертной оценки определен вклад каждого из признаков в определении классификационной принадлежности объекта к выделенным классам. Составлен априорный перечень 36 признаков x_i , теоретически влияющих на сроки дренирования при пластике ПУС.

Признаки, получаемые по результатам опроса:

- x_1 – Возраст пациента.
- x_2 – Пол пациента.
- x_3 – Длительность заболевания.
- x_4 – Хронический пиелонефрит в анамнезе.
- x_5 – Мочекаменная болезнь в анамнезе.
- x_6 – Предшествующие операции на мочевых путях в анамнезе.

Признаки, получаемые в результате осмотра:

- x_7 – Симптом поколачивания по поясничной области.
- x_8 – Болезненность при пальпации живота в проекции почки.
- x_9 – Степень развития подкожно-жировой клетчатки.

Лабораторные признаки на момент поступления (и после оперативного лечения):

- x_{10} – Уровень мочевины, ммоль/л.
- x_{11} – Уровень креатинина, мкмоль/л
- x_{12} – Степень ХПН.
- x_{13} – Уровень гемоглобина в общем анализе крови, г/л.
- x_{14} – Уровень лейкоцитоза в общем анализе крови.
- x_{15} – Уровень палочкоядерного сдвига нейтрофилов в общем анализе крови, %.
- x_{16} – Количество эритроцитов в осадке мочи, в поле зрения.
- x_{17} – Количество лейкоцитов в осадке мочи, в поле зрения.
- x_{18} – Уровень pH мочи.
- x_{19} – Нарушения свертывающей системы крови.
- x_{20} – Бактериологическое исследование мочи.

Признаки, получаемые по результатам ультразвукового исследования:

- x_{21} – Толщина паренхимы почки, мм.
- x_{22} – Паренхиматозный индекс.
- x_{23} – Визуализация вторичного камня при УЗИ
- x_{24} – Степень гидронефроза по данным УЗИ.
- x_{25} – Степень нарушения органного кровотока, при эходоплерографии сосудов почки.
- x_{26} – Время дилатации лоханки при фармако-ультразвуковом исследовании почек, мин.
- x_{27} – Степень увеличения лоханки при фармако-ультразвуковом исследовании почек, %.
- x_{28} – Время накопления фармпрепарата при реносцинтиграфии, мин.
- x_{29} – Время выведения фармпрепарата при реносцинтиграфии, мин.

Признаки, получаемые по результатам рентгенологического обследования:

- x_{30} – Визуализация вторичного конкремента камня, мм.

x_{32} – Количество камней, шт.

x_{31} – Размер

x_{33} – Причина гидронефроза, по данным МСКТ.

x_{34} – Изменения на основе морфологической картины стенок ЛМС (после операции)

x_{35} – Методика оперативной коррекции гидронефроза.

x_{36} – Сроки дренирования мочевых путей.

Целью изучения на первом этапе обработки данных - определить прогностическую значимость отдельных параметров предоперационного исследования в развитии возможных послеоперационных осложнений.

Для этого нами применена методика создания и обучения нейросетей, с различными выходными величинами: 1. Развитие рефлюксгенного пиелонефрита в послеоперационном периоде. 2. Несостоятельность анастомоза. 3. Рецидив стриктуры ПУС. 4. Переуретерит.

Обучение нейронной сети состоит в поиске закономерности изменений множества параметров, путем сравнения с эталонами. На выходе должен получиться некий вывод, основанный на предыдущем опыте.

Следующей важной задачей явилось изучение значимости входных параметров, в развитии каждого осложнения.

Обученная нейросеть автоматически удалила наименее значимые из них. В результате исследования была получена нейронная сеть, в которой каждому введенному прогностическому признаку соответствовала степень ее значимости в том или ином послеоперационном осложнении.

Также большое прогностическое значение имело наличие в анамнезе почечной недостаточности, мочекаменной болезни в сочетании с возрастом более 70 лет.

В результате, нами выделено 10 факторов, которые имели наибольшее влияние развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Наиболее значимыми показателями ($p < 0,05$) явились: паренхиматозный индекс (0,67), причина гидронефроза, по данным МСКТ (0,62), Уровень лейкоцитоза в общем анализе крови (0,54), уровень креатинина (0,43), методика оперативной коррекции гидронефроза (0,39), время выведения фармпрепарата при реносцинтиграфии (0,37), степень увеличения лоханки при фармако-ультразвуковом исследовании почек (0,31).

В плане развития рефлюксгенных инфекции мочевых путей, а также стриктур уретры в послеоперационном периоде, большое значение ($p < 0,05$) имели сроки дренирования мочевых путей в послеоперационном периоде. Путем повторных тестирований с разными значениями длительности дренирования, мы установили, что неадекватно раннее удаление дренажей, увеличивает риск послеоперационного обострения пиелонефрита, в среднем на 35%; периуретрита на 12%; а рецидивирования стриктуры ПУС в отдаленном послеоперационном периоде - на 15%.

После этого, 25 пациентов были выделены в группу тестирования и в обучении нейронных сетей не участвовали. Таким образом, эффективность полученных нейросетей в плане прогнозирования сроков дренирования после пластики ПУС тестировалась на пациентах с заранее известными послеоперационными исходами.

Данные каждого из 25 пациентов вносились в обученные нейросети, а далее нейросеть причисляла этих больных к какой-либо группе, в зависимости от того, какой исход являлся выходной величиной, т.е. прогнозировала развитие осложнений.

Например, выходной величиной является наличие рефлюксгенного пиелонефрита в послеоперационном периоде или его отсутствие, нейросеть причисляет нового пациента, руководствуясь его данными, к группе больных с послеоперационным пиелонефритом или к другой группе - без данного осложнения.

В группе тестируемых, у троих пациентов в послеоперационном периоде возник пиелонефрит. Обученная нейросеть правильно предсказала исход во случаях. Еще двое пациентов были ложно причислены нейросетью в группу больных с данным осложнением. Ретроспективный анализ историй болезней показал, что у этих больных послеоперационный период протекал наиболее тяжело. В результате, диагностическая степень уверенности системы составила 85%.

Таким образом, в данном исследовании нами решены следующие задачи:

- сформировано пространство информативных признаков, (в том числе данные субъективных оценок врача) влияющих на сроки восстановления уродинамики у больных со стенозом ПУС.

- разработан нейросетевой классификатор. Рассчитаны показатели значимости параметров, которые имели наибольшее влияние на выбор метода дренирования при пластике ПУС.

- разработан алгоритм индивидуального прогноза сроков дренирования мочевых путей больных с гидронефрозом после пластики ПУС.

- выполнено тестовое прогнозирование разработанной экспертной системы с использованием контрольной выборки пациентов урологического отделения Тестирование проводилось на 25 примерах, при этом степень диагностической уверенности системы составила 85%.

Группы пациентов на основе морфологической картины стенок ЛМС

1 группа	Умеренно выраженные склеротические изменения ЛМС на фоне гипертрофии мышечной оболочки с повышением количества гладкомышечных элементов.	n – 23 (18,9%)
2 группа	Выраженные фиброзные изменения ЛМС, гипертрофия мышечной оболочки и чрезмерное разрастание интерстициальной соединительной ткани.	n – 51 (41,8%)
3 группа	Атрофия мышечной оболочки ЛМС, истончение гладкомышечных волокон.	n – 36 (29,5%)
4 группа	Тотальный фиброз мышечной оболочки.	n – 12 (9,8%)
Всего – 122		

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика мочекаменной болезни с использованием нечеткой логики принятия решений / А.Г. Коцарь, Л.В. Стародубцева, С.Д. Долженков, С.И. Криковцов // Интегративные процессы в науке. Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2011. – С. 118-120.
2. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // Анналы хирургии. – 2009. – № 4. – С. 5-10.
3. Нейронные сети для обработки информации / Осовский С.; пер. с пол. Рудинского И.Д. – Москва: Финансы и статистика. – 2004. – С. 344.
4. New directions in statistical signal processing: from systems to brain / S. Haykin et al. – Cambridge, London: The MIT Press. – 2007. – 514 p.

УДК 616.613-007.63-0

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА**Мылтыгашев М.П., Ершов А.В., Приходько А.М.***Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого**Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО***Научный руководитель: д.м.н. Капсаргин Ф.П.**

Гидронефроз в результате стриктуры пиелоуретрального сегмента (ПУС) остается одним из частых урологических заболеваний. За несколько десятков лет оперативное лечение гидронефроза преодолело путь от неизбежной нефрэктомии в связи с поздней диагностикой, до эффективных реконструктивно-пластических операций, позволяющей сохранить пораженный орган. Еще в 1949 году, Anderson и Hynes предложена методика, которая заключалась в создании анастомоза, между дистальным рассеченным участком мочеточника и нижней частью лоханки, с резекцией ее избыточной части. Этот метод эффективность которого по данным литературы составляет около 90 %, по сей день остается «золотым стандартом» при выполнении пиелопластики в большинстве мировых клиник.

В условиях современной хирургии все более остро встает вопрос о снижении инвазивности различных оперативных вмешательств. Особое место в этом ряду занимает лапароскопическая резекция лоханочно-мочеточникового сегмента, так как при ней сочетается малая инвазивность и полное удаление рубцово измененных тканей. Первую лапароскопическую пиелопластику при обструкции ЛМС в 1993 г. провел W. Schuessler, с отличными функциональными результатами и значительным снижением травматичности. Сравнение результатов перкутанной антеградной эндопиелотомии и лапароскопической пластики показали преимущества последней, особенно при выраженном гидронефрозе и добавочного нижнеполярного сосуда.

Целью работы является анализ результатов лапароскопической пиелопластики проведенных у 30 пациентов оперированных по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента.

В период с 2013 по 2015 г. в Краевой клинической больнице г. Красноярск, на базе урологического отделения лапароскопическая пластика (ПУС) выполнена 30 больным. Среди них было 18 женщин и 12 мужчин, возраст составил от 15 до 64, средний возраст $42,6 \pm 5,6$ года. Лапароскопическая пластика справа произведена у 21 больного, слева - 9. Предварительно всем больным проводилось стандартное обследование включавшее: УЗИ исследование почек, экскреторную урографию и компьютерную томографию.

Согласно классификации нарушений уродинамики верхних мочевых путей, предложенной Н.А.Лопаткиной (1969), гидронефрозом II ст. был выявлен у 28 (93%) пациентов и гидронефроз III ст. у 2 (7%). По данным УЗИ переднезадний размер лоханки варьировал в пределах 22-60 мм (в среднем $42,1 \pm 12,3$ мм), а толщина почечной паренхимы 13-18 мм (в среднем $15,6 \pm 0,9$ мм). По данным рентгенологического обследования у 19 пациентов отмечалось снижение функции почек, это проявлялось более поздним контрастированием дилатированной лоханки и чашечек, у 11 пациентов функция почек была своевременной и картина гидронефроза проявлялась на 10 мин., что косвенно указывало на сохраненную сократительную функцию мочеточника.

Трансперитонеальный доступ в положении больного на контралатеральном боку использовали во всех случаях. Уретральный катетер Фолея №16Ch устанавливали до начала вмешательства. Операции выполнялись через три порта - два 11 мм и одного 5 мм. Оптический троакар устанавливался в параумбиликальной области по наружному краю прямой мышцы живота, 5-мм рабочий троакар - в подреберье по средней или передней ключичной линии, 11 -мм инструментальный порт - в подвздошной области. Диссекция тканей в 14 (%) случаях проводилась с использованием ультразвуковых ножниц, в 16 (%) - при помощи монополярного диссекционного электрода L-типа. Резекцию пиелоуретерального сегмента со спатуляцией мочеточника на 3 диаметра его просвета по латеральному краю выполняли во всех случаях. Пиелоуретероанастомоз формировался в 5 случаях обвивным швом, в 25 отдельными узловыми швами. В качестве шовного материала использовался Монокрил или Биосин 4/0 на колющей игле. С целью дренирования чашечно-лоханочной системы и шинирования места анастомоза использовался мочеточниковый, полиуретановый J-J стент 6Ch или 7 Ch диаметром. Мочеточниковый стент устанавливался антеградно через дополнительно установленный 3 мм порт в подреберье по передней аксиллярной линии после наложения анастомоза задней губы. После установки стента завершали ушивание анастомоза и оставшегося дефекта лоханки. Брюшную полость дренировали одним 19Ch дренажом Blake Drain или двумя полихлорвиниловыми трубчатыми дренажами 10 Ch. Сроки удаления дренажей: 4-6 сутки из брюшной полости, 5-7 день уретральный катетер.

При отсутствии признаков свободной жидкости в брюшной полости по результатам УЗИ, пациенты выписывались на амбулаторное лечение.

Мочеточниковый стент, как правило, удаляли на 21-28 сутки с проведением рентгенологического исследования после удаления стента. Повторная контрольная урография выполнялась через 3-6 месяцев.

Средняя продолжительность операции составила 205 мин. (от 145 до 360 мин), отмечено сокращение длительности операции после первых 15-ти вмешательств. Средняя кровопотеря составила 140 мл. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,4 дня (от 6 до 15 дней). Добавочный сосуд диагностирован у 6-ти пациентов, стеноз пиелоуретерального сегмента без вазоренального конфликта у 16 и высокое отхождение в 8-ми случаях. Трансперитонеально удалось удалить конкремент у 3-х пациентов. В одном случае удалить конкремент не представлялось возможным. В этом случае в дальнейшем будет проведена дистанционная литотрипсия. Острый пиелонефрит отмечен у 2 (6,6%) пациентов. В одной из первых операций была конверсия в связи с ранением нижней полой вены, в последующем выполнена люмботомия, ушивание дефекта и пластика по Кучера. Кровопотеря не составила гемодинамических значимых показателей и переливания крови данному пациенту не потребовалось. Предварительное дренирование верхних мочевых путей в связи с обострением хронического пиелонефрита потребовалось одному пациенту, затем была выполнена пластика на стенте.

У всех пациентов отмечен практически полный регресс расширения чашечно-лоханочной системы. Нормализация анализов мочи у всех больных зарегистрирована в течение 1 месяца после операции. Перед выпиской в анализах крови показатели лейкоцитов составили от 4,5 до 10,1 $\cdot 10^9/\text{л}$ (в среднем 7,15 $\cdot 10^9/\text{л}$), скорость оседания эритроцитов от 5 до 30 мм/час (в среднем 17,4 $\pm$ 3,4 мм/час).

При морфологическом исследовании стенок лоханочно-мочеточникового сегмента, удаленных у 30 пациентов, обнаружили следующие изменения (таблица 1).

Таблица 1

Морфологическая характеристика стенок лоханочно-мочеточникового сегмента

I – группа	Умеренный фиброз, лейкоцитарная инфильтрация	8 (27%)
II- группа	Выраженный фиброз, лейкоцитарная инфильтрация, нарушение архитектоники, "удушенные" мышечные волокна	12(40%)
III- группа	Атрофия мышечной оболочки (диффузный фиброз с облитерацией просвета мочеточника или резкое истончение стенок мочеточника с фиброзом, полное отсутствие слизистой).	9 (30%)
IV- группа	Тотальный фиброз мышечной оболочки, (при окраске по Ван-Гизону - пучки мышечных волокон практически не определяются	1 (3%)

Проведенный анализ гистологических срезов показал, что у пациентов со сниженной функцией почки, резецированный участок лоханочно-мочеточникового сегмента представлен выраженным склеротическими изменениями, со скудным элементами мышечных волокон и периваскулярного склероза. В тех случаях, где функция почки была своевременной и рентгенологически выполнялась чашечно-лоханочная система, гистологическая картина была представлена только фиброзно-мышечными изменениями и лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией.

В 1949 году, когда впервые была описана пластика методом Хайнс-Андерсона, эта операция являлась «золотым стандартом», однако травматичность люмботомного доступа значительно осложняет течение послеоперационного периода. В 1992 году Schussler выполнив впервые в мире лапароскопическую пиелопластику по методике Хайнс-Андерсона, показал не менее эффективную методику по устранению симптомов обструкции. В течение последующих лет появляется большое количество публикаций, в которых описывается применение

этой методики. Большинство авторов при этом указывают, что длительность операции, являющаяся одним из основных ограничивающих факторов, имеет явную тенденцию к снижению по мере накопления хирургического опыта. Несмотря на трудности внедрения лапароскопическая пиелопластика является операцией отвечающей современным требованиям минимально инвазивной хирургии. Это обусловлено снижением травматичности, уменьшением болевого синдрома, сокращением периода госпитализации и сроков реабилитации, не уступающая результатам открытой операции.

Лапароскопическая пиелопластика дает больше рабочего пространства для выделения анатомических структур, позволяет ограничиться только внутренним дренированием. Интраоперационное антеградное установление стента не является сложной манипуляцией. Анализ результатов гистологии не исключает предположить о возможности в более раннем сроке удалить стент

Результаты лапароскопической пиелопластики сопоставимы с обычными открытыми операциями, при этом отсутствие серьезных осложнений, минимальная травматичность, существенное сокращение времени пребывания в стационаре и как следствие значительно более быстрое выздоровление. Полученная морфологическая картина указывает на необратимость структурных изменений, что обосновывает удаление измененного участка в более ранние сроки. Таким образом эндовидеохирургический метод лечения стриктуры пиелоуретерального сегмента, нужно рассматривать как приоритетный способ для хирургов с опытом работы в лапароскопии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наш опыт лапароскопической пластики лоханочно-мочеточникового сегмента / Баранов А.В., Биктимиров Р.Г. и соавт. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - №1. – С. 9-11.
2. Гидронефроз / Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. (ред.) // М: ГЭОТАР –Медиа. – 2011. – С. 68.
3. Трансперитонеальная лапароскопическая пиелопластика / Гулиев Б.Г., Шипилов А.С. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - №2. – С. 26-30.
4. Причина гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / Карпенко В.С., Карпенко В.С. // Урология. – 2002. – С. 43-46.
5. Mocolaparoscopy versus conventional laparoscopy in transperitoneal pyeloplasty / Benson A., Juliano T., Vipkrasit D. et al. // J. Endourol. – 2014. - Dec 28 (12). – 1404-1408.
6. Laparoscopic pyeloplasty: the 100 cases / Jarret T.W., Chan D.Y., Charambura T.C. et al. // J. Urol. – 2002. – 167. – 1253-1256.
7. Measuring the true success of laparoscopic pyeloplasty / Maynes L.J., Levin B.M., Webster T.M. et al. // J Endourol. – 2008. – 22. – 1193-1198.
8. Laparoscopic dismembered pyeloplasty: technique and results in 105 patients / Wagner H.C., Greco F., Inferrera A. et. // World J Urol. - 2010. – 28. – 615-618.
9. Standart vs mini-laparoscopic pyeloplasty: perioperative outcomes and cosmetic results / Fiori C., Morra I., Dertolo R. et. al. // BJU Int. – 2013. – 111. - E121-6.

УДК 159.9.072

ТРЕНИНГ КАК ФОРМА РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Набиуллин А.О., Гараев И.И., Андрианова П.И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра педагогики и психологии с курсом ПО

Научный руководитель: преподаватель Дайнеко И.А.

Актуальность работы заключается в том, что нам, как будущим врачам нужно будет находить общий язык с пациентами за короткое время. Уметь определить его психо-эмоциональное состояние на данный момент времени. Мотивировать на общение и убедить в правильности выбранного нами метода лечения.

Цель исследования – формирование коммуникативной и социальной компетенции.

Задачи исследования:

Обучение эффективным способам общения в рамках пациент-врач

Расширение психологических знаний

Отработка навыков, повышающих результативность общения пациент-врач

Развитие способности адекватного и полного познания себя и других

Гипотеза: влияют ли тренинги на развитие коммуникативных способностей студента как будущего врача.

Новизна: коммуникативные тренинги важны для будущих врачей.

В ходе исследовательской работы нами был проведен тренинг для студентов первого и шестого курса специальностей стоматология и педиатрия соответственно. Ранее подобный тренинг был опробован на студентах первого курса специальности стоматология во время студенческой практической конференции «Коммуникативная культура врача-стоматолога», где мы являлись модераторами.

Количество участников – 40 человек. Тренинг рассчитан на 3 академических часа.

В начале и в конце тренинга участникам предлагалась методика определения коммуникативной компетенции под редакцией А.А. Карелина (Психологические тесты, том 2). Она предполагает ответить на ряд вопросов «Согласны ли вы с утверждением...» для диагностики знаний и навыков проведения беседы с пациентами. Так же нами был самостоятельно составлен ряд вопросов, касающихся непосредственно общения пациент-врач (таблица 1).

Таблица 1

Перечень вопросов, предлагаемых в опросе

Утверждение	Согласен	Не согласен
Закрытые жесты эффективны в переговорах пациент-врач		
Активное слушание заключается в доброжелательном и терпеливом ожидании того, чтобы пациент заговорил		
Закрытые вопросы предполагают развернутый ответ		
В переговорах следует подчеркивать значимость пациента		
Общение служит средством повышения качества совместной деятельности в оказании медицинской помощи		
Деловое общение помогает в разрешении внутриличностных конфликтов		

Первый опрос показал, что порядка 60% опрашиваемых на тренинге студентов имеют проблемы с коммуникацией. Так же выяснилось, что эти проблемы имеют студенты как первого, так и шестого курса, то есть коммуникативные навыки не отрабатываются в течении курса обучения в университетах в полной мере. Это может повлечь за собой проблемы в будущей врачебной деятельности.

Далее последовало упражнение на тему «Невербальные средства общения». Целью этого упражнения является развитие невербальных коммуникативных способностей, поиск способа расположения людей к себе, упрочнение благоприятного климата для отношений врач-пациент.

Упражнение «Зеркало». Проводится в группах по 10 человек. Участники сидят в кругу. Задача участников передать эмоцию с помощью жестов, мимики, рукопожатий по кругу. Каждый участник передает эмоцию своему соседу слева, при этом глаза других участников закрыты. По завершению круга оценивается правильность передачи (та ли эмоция пришла к первому участнику). Обсуждение: какие чувства испытывали? Каков механизм узнавания чувств? Что помогает и мешает в процессе общения?

Следующее упражнение было из блока «Способы активного слушания». Целью выполнения служит отработка техники формулирования закрытых вопросов в общении пациент-врач.

Упражнение «Отгадай симптом». Участники распределяются по парам. Каждому участнику на спину прикрепляется листок бумаги с названием распространенного симптома. После этого группа получает следующую инструкцию: «У вас на спине прикреплен листок бумаги с названием симптома. Вам нужно, не снимая и не читая, что у вас там написано, угадать название симптома. Угадывать можно только с помощью только закрытых вопросов, партнер может говорить только «да» или «нет». Вы не можете сами посмотреть написанное, но это может сделать ваш партнер. Обсуждение. Какой алгоритм построения закрытых вопросов? Как формулируются открытые вопросы, закрытые вопросы? В каких случаях в общении пациент-врач используются эти виды вопросов?

Следующее представленное упражнение было из блока «Аргументация, способы убеждения». Целью этого упражнения была отработка навыка убеждения людей в обоснованности своих слов. Этот навык потребуется нам, как будущим врачам для того, чтобы доказывать свою правоту в правильной постановке диагноза пациенту.

Упражнение «Умение убеждения». Их всех участников выбираются двое человек. Каждому из них выдается маленькая коробочка. В одной из них лежит мягкая игрушка. Участнику нужно доказать, что именно в его коробочке находится сюрприз, даже если его коробочка пуста. Обсуждение: Какие методы убеждения являются наиболее эффективными? Как эти методы могут использоваться в общении пациент-врач?

Ритуал прощания. Целью выполнения являлось позитивное окончание тренинга.

Упражнение «Благодарю». Стоя в кругу, участники держатся за руки и говорят: «Мы все сегодня плодотворно поработали, и все заслужили благодарность. Поблагодарите рукопожатием вашего соседа слева, теперь поблагодарите рукопожатием соседа справа, а теперь поблагодарите соседа справа и слева одновременно»

После ряда упражнений последовал повторный опрос. Он показал, что процент студентов, имеющих низкую коммуникативную компетенцию снизился с 60% до 35% при едино разовом тренинге.

Таким образом, в ходе проведенной работы нам удалось выявить закономерность в улучшении коммуникативных способностей студентов при проведении тренингов. Тем самым мы предлагаем проводить подобные тренинги чаще.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карелин, А.А. Психологические тесты - том 2, 1999.
2. Анн, Л.Ф. Психологический тренинг с подростками, 2004.

3. Большаков, В.Ю. Психологический тренинг. Социодинамика, игры, упражнения, 2006.
4. Вачков, И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие – 2-е издание, 1998.
5. Грецов, А.Г. Тренинг креативности для старшеклассников и студентов, 2007.
6. Григорьева Т.Г., Линская Л.В., Усольцева Т.П. Основы конструктивного общения, 1999.
7. Сидоренко, Е.В. Тренинг коммуникативной компетенции, 2008.
8. Хрящева Н.Ю., Макшанова Н.И., Сидоренко Е.В. Психогимнастика в тренинге, 2006.
9. Чуричков А., Снегирев В. Копилка для тренера: сборник разминок, необходимых в любом тренинге, 2006.

УДК 616.37-004-036:612.6.05

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Насакина Л.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Чикунов В.В., д.м.н., проф., зав. каф. детских болезней с курсом ПО Ильенкова Н.А.

Муковисцидоз (МВ) – частое моногенное заболевание с абсолютной панкреатической недостаточностью и развитием нутритивного дефицита [1]. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует кормить исходно здорового ребенка грудным молоком до 2 лет и более. Несмотря на то, что обязательное введение прикорма в рацион детей, находящихся как на естественном, так и на искусственном вскармливании, признают все исследователи, работающие в области детской нутрициологии, вопросы о сроках введения, последовательности введения различных видов прикорма и их ассортименте остаются предметом дискуссий, особенно у детей с хронически заболеваниями. Так, к примеру, ВОЗ рекомендует: первые 6 месяцев здоровый ребенок должен получать исключительно грудное молоко, а начиная с 6 месяцев рацион ребенка дополняется другими пищевыми продуктами. Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) считает, что введение дополнительных продуктов желательно в 6 месяцев, но допустимые сроки от 17 до 26 недель. Американская педиатрическая академия (ААР) предлагает вводить в рацион младенца дополнительные продукты, обогащенные железом, приблизительно в 6 месяцев и как исключение с 4 до 8 месяцев [1]. У больных МВ организация питания, введение продуктов прикорма имеет свои особенности, которые довольно часто игнорируются врачами-педиатрами.

Цель работы – изучение особенностей вскармливания детей с муковисцидозом на первом году жизни в Красноярском крае.

Задачи исследования: 1) Изучить продолжительность грудного вскармливания у больных муковисцидозом в Красноярском крае на первом году жизни. 2) Изучить особенности введения прикормов у больных муковисцидозом в Красноярском крае.

Работа выполнена на кафедре детских болезней с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого и в Региональном отделении российского центра муковисцидоза (руководитель – д.м.н., профессор Н.А. Ильенкова). Обобщены результаты наблюдений за 77 пациентами с МВ, которые наблюдались в период с 1998-2015 гг. Для изучения особенностей вскармливания и физического развития детей первого года жизни, причин прекращения грудного вскармливания (ГВ) использовали опросно-анкетный метод, изучались карты динамического наблюдения за больными МВ, данные Российского регистра больных МВ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистических прикладных программ Statistica 6.0. for Windows (Stat Soft Inc. 1995 г.) и пакета программ «Biostat».

Идеальным питанием для новорожденных и детей первого года жизни с МВ является непастеризованное грудное молоко, так как оно содержит широкий спектр защитных факторов и биологически активных веществ. Важную роль играет активность термоллабильной липазы в нативном (непастеризованном) грудном молоке. Среди 77 детей с МВ грудное молоко получили хотя бы один раз – 60 (77,92%) детей. В первые 2 месяца – 14 (18,18%) детей, первые 3 месяца – 5 (6,49%), первые 4 месяца – 3 (3,89%), первые 6 месяцев – 4 (5,19%), первые 12 месяцев – 38 (49,35%).

Новорожденные и дети первых месяцев жизни, которые не могут самостоятельно высасывать необходимый объем молока из груди ввиду тяжести состояния (общая слабость, одышка, сердечно-легочная недостаточность), должны получать сцеженное непастеризованное материнское молоко из бутылочки или через назогастральный зонд. Среди наших пациентов к подобной мере прибегали в 18,8% случаев. При недостаточной прибавке в весе молоко рекомендуется обогащать добавлением на каждые 100 мл 5 г сухой смеси на основе гидролизата белка с СЦ, что проводилось у 5,19% нами наблюдаемых пациентов.

По результатам опросно-анкетного метода, на искусственном вскармливании (ИВ) с рождения находилось 17 (22,08%) детей. Смеси в качестве докорма из 36 детей употребляло 22 (61,11%) ребенка, в качестве основного

питания 17 (38,89%) детей. При смешанном/ИВ предпочтение должно отдаваться высококалорийным смесям, которые имеют в качестве жирового компонента СЦТ и растительные жиры в эмульгированной форме, что позволяет улучшить утилизацию жира и снизить дозу панкреатических ферментов. Стартовые смеси при ИВ или переходе на смешанное, у нами наблюдаемых пациентов, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Стартовые смеси у больных муковисцидозом

	с рождения (n=8)	с 1-3 месяцев (n=18)	с 4-6 месяцев (n=10)
«Фрисопеп»	3 (37,5%)	0	2 (20%)
«Альфаре»	1 (12,5%)	1 (5,55%)	0
«НАН 1»	1 (12,5%)	1 (5,55%)	0
Адаптированная смесь	1 (12,5%)	7 (38,88%)	6 (60%)
«Нестожен»	1 (12,5%)	1 (5,55%)	0
«Фрисовом»	1 (12,5%)	0	0
«Нутрилон 1»	0	3 (16,72%)	0
«Симилак неошур»	0	1 (5,55%)	0
«преНАН»	0	1 (5,55%)	0
«НАН ГА»	0	1 (5,55%)	0
«Бабушкино лукошко 1»	0	1 (5,55%)	0
«Малютка 1»	0	1 (5,55%)	1 (10%)
«Нутрилак пептиды СЦТ»	0	0	1 (10%)
Соевая смесь	0	0	1 (10%)

У больных МВ сроки ведения прикормов отличаются от сроков у здоровых детей. Полученные нами данные представлены в таблице 2. Больные с МВ нуждаются в повышенном количестве белка из-за его потерь (мальабсорбции) и дополнительном поступлении его во время эпизодов катаболизма при легочных обострениях. Рекомендуемые величины потребления белка у детей с МВ на первом году жизни составляют 3-4 (до 6) г/кг/сутки. Источниками полноценного белка для детей первого года жизни являются грудное молоко, специализированные молочные смеси с повышенным содержанием белка, а также продукты прикорма (мясо, птица, рыба, кисломолочные продукты, творог, сыры, молоко, яйца). Мясо содержит полноценный животный белок, количество которого в говядине, нежирной свинине, мясе кролика, кур, цыплят, индейки, конины доходит до 20–21%. Мясо содержит хорошо усвояемое гемовое железо, магний, цинк, а также витамины А, В1, В2, В6, В12. У наблюдаемых нами пациентов отмечается более позднее введение мясного прикорма – 6,38 (4-12) месяцев, однако рекомендуемые сроки введения 5-5,5 месяцев. При этом американские специалисты рекомендуют введение мяса в качестве первого прикорма, как хороший источник белка, цинка и железа.

Зерновой прикорм больным МВ начинают вводить с 4 месяцев) (на молочной смеси или гидролизате белка). Это один из основных источников углеводов, растительных белков и жиров, пищевых волокон, железа, селена, витаминов В1, В2, РР и другого. Прикорм на основе злаков следует начинать с безглютеновых круп (рисовой, гречневой, позднее кукурузной). В дальнейшем могут использоваться глютенсодержащие каши (овсяная, ячневая, пшеничная, манная) и каши из смеси круп с добавлением фруктов. Средние сроки введения каши составили 4,33 (4-8) месяцев.

Далее вводят фруктовые пюре, с помощью которого ребенок постепенно привыкает к более густой пище. Фруктовые пюре содержат сахара, органические кислоты и пищевые волокна в большом количестве, могут вызывать метеоризм. С 4,5 месяцев можно рекомендовать: яблоки, груши, сливы, персики, абрикосы, черная смородина, манго, вишня, черешня, далее миксты из этих фруктов (яблоки – тыква, яблоки – морковь, яблоки – груши, яблоки – абрикосы, абрикосы – тыква). Средние сроки введения фруктового пюре составили 4,39 (4-11) месяцев.

Овощное пюре – источник органических кислот, калия, железа и пищевых волокон, включая пектины. Отдельные виды овощей (морковь, тыква, шпинат и др.) богаты β-каротином, предшественником витамина А. К овощному пюре добавляют рафинированное, дезодорированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое). В нашем исследовании овощи были введены в среднем в 4,27 (4-6) месяца, а вот сроки введения растительного масла составили 9,81 (5-12) месяцев, при рекомендуемых сроках в 4-4,5 месяца.

Особенностью введения прикормов при МВ является то, что блюда прикорма подсаживают. Не все родители были осведомлены врачом педиатром об этой особенности. Творог и яичный желток – ценные источники жи-

вотного белка и жира, минеральных веществ (кальций, фосфор и др.), а также витаминов А, группы В. Средние сроки введения творога составили – 9,35 (4-12) месяцев. При рекомендуемых сроках в 4-4,5 месяца; желток – 6,42 (4-12) месяцев (рекомендуемые сроки 5 месяцев); сыр – 9,06 (5-12) месяцев. Рыба – полноценный источник белка и жира, содержащего большое количество полиненасыщенных жирных кислот в том числе класса ω -3, а также витаминов В2, В12, D, минеральных веществ. Рыбу вводят в питание детей с 8–9 месяцев с осторожностью, учитывая индивидуальную переносимость. Ее используют 1–2 раза в неделю вместо мясного блюда. С 8-9 месяцев вводят тунец, хек, судак, лососевые, минтай, пикша и другие. В нашем исследовании средние сроки введения рыбы составили 8,13 (5-12) месяцев. Соки содержат органические кислоты (яблочную, лимонную и др.), положительно влияющие на процессы пищеварения. Средние сроки введения соков составили – 6,18 (4-12) месяцев. Кроме того, отмечается более позднее введение сливочного масла 8,28 (5-12) месяцев.

Таблица 2

Сроки начала введения прикормов у больных МВ (в месяцах)

	ЕВ	ИВ	Общее
Овощи	4,13 (4-6)	4,24 (4-6)	4,27 (4-6)
Фрукты	4,16 (4-7)	4,36 (4-11)	4,39 (4-11)
Каша	4,11 (4-6)	4,34 (4-8)	4,33 (4-8)
Сок	6,18 (4-12)	6,18 (4-12)	6,18 (4-12)
Мясо	6,13 (6-8)	6,39 (4-12)	6,38 (4-12)
Творог	9,37 (4-10)	9,31 (4-12)	9,35 (4-12)
Желток	6,11 (5-8)	6,33 (4-12)	6,42 (4-12)
Рыба	8,05 (6-10)	8,07 (5-12)	8,13 (5-12)
Сыр	9,02 (8-10)	9,06 (5-12)	9,06 (5-12)
Сухари, хлеб	7,11 (6-10)	7,26 (4-12)	7,26 (5-12)
Масло сливочное	8,14 (6-12)	8,28 (5-12)	8,28 (5-12)
Молоко	11,75 (4-12)	11,42 (4-12)	11,42 (4-12)
Кефир, йогурт	10,77 (6-11)	10,45 (4-12)	10,45 (4-12)
Масло растительное	9,86 (6-12)	9,8 (5-12)	9,81 (5-12)

Выводы:

Грудное вскармливание в первые 12 месяцев получало 49,35% детей, только первые 6 месяцев 5,19%, первые 3 месяца 6,49%, первые 4 месяца 3,89%, в первые 2 месяца 18,18% детей с последующим переходом на ИВ или смешанное вскармливание. Грудное молоко получили хотя бы один раз 77,92% детей.

Отмечается несоответствие сроков Продолжительность грудного вскармливания у больных МВ на первом году жизни в Красноярском крае составила: введения прикормов у больных МВ в Красноярском крае в сравнении со сроками, которые рекомендуются международными программами по коррекции нутритивного статуса у больных с данной патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus / M. Sinaasappel, M. Stern, J. Littlewood et al. //J. Cystic Fibrosis. – № 1. – 2002. – P. 51–75.

УДК 159.9.07

СПЕЦИФИКА КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ

Овечкина К.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Василькова Ж.Г.

Проблема «Часто болеющих» детей в наше время очень актуальна. Сегодня, в период кардинального социально-экономического переустройства общества, по данным многих исследователей, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей. Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой педиатрии № 3 с курсом не-

онатологии медицинской академии последипломного образования МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Федор Петрович Романюк отметил, что на долю часто болеющих детей (ЧБД) приходится от 25 до 50% всех случаев заболеваний детей. Среди детей дошкольного возраста ЧБД составляют 26%, до 3-х лет – 42%. В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70–75%, а 15–20% имеют хронические заболевания. Часто болеющие дети (ЧБД), таким образом, являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медико-психолого-педагогической поддержке. [2]

Повторные респираторные заболевания приводят к нарушению развития функционирования различных органов и систем: органов дыхания, ЖКТ, вегетативной нервной системы, способствуют снижению иммунорезистентности организма и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов. В связи с частой заболеваемостью изменяется режим двигательной активности, дети реже находятся на свежем воздухе, что способствует развитию фоновых заболеваний (рахит, дистрофия, анемия и др.) и отставанию в физическом и психомоторном развитии.

У ЧБД широко и чаще неоправданно используется большое количество медикаментов (полипрагмазия), в том числе салицилаты и антибиотики, которые обладают иммуносупрессивным действием. У ЧБД нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками. Все это может привести к повышению тревожности ЧБД. [5]

Ключевые слова: часто болеющие дети, тревожность, дошкольный возраст

В настоящее время растет число тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью. Связанные с тревогой неприятные чувства мешают детям не только в эмоциональном плане, но и препятствуют их социальному и интеллектуальному развитию.

Слово "тревожный" отмечается в словарях с 1771 года. Существует много версий, объясняющих происхождение этого термина. Автор одной из них полагает, что слово "тревога" означает трижды повторенный сигнал об опасности со стороны противника. [4]

Сама по себе тревожность показывает внутреннее отношение ребенка к определенным ситуациям, по ней можно многое узнать об отношениях со сверстниками и взрослыми в семье, детском саду, школе. У каждого человека существует свой оптимальный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Когда же этот уровень превышает оптимальный, можно говорить о появлении повышенной тревожности. Он может свидетельствовать о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям. Вместе с тревогой и ощущениями неуспеха у такого ребенка постепенно формируется отношение к себе как к слабому и неумелому. А это, в свою очередь, порождает общую установку на неуверенность в себе и сниженную самооценку. [3]

Мое исследование проходило в три этапа. На первом этапе были определены контрольная и экспериментальная группы. Выявлен исходный уровень тревожности детей. На втором этапе реализовывалась разработанная программа тренинговых мероприятий, направленных на понижение тревожности. На третьем этапе проведен контрольный срез с целью определения итогового уровня тревожности. Использованы те же методы, что и на первом этапе.

Для выявления уровня тревожности у детей мной были использованы методики «Рисунок человека», «Рисунок семьи», «Кактус» и разработанная мной анкета для выявления уровня тревожности детей. [1]

Исследование было проведено в Муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Детском саду № 257 комбинированного вида» города Красноярск. В исследовании приняли участие дети подготовительной группы в количестве 36 человек, из них 15 мальчиков и 21 девочка. Исследование проводилось во время основных занятий.

Проанализировав все проведенные методики, мы получили следующие результаты: по методике «Рисунок человека», можно констатировать, что тревожных детей 78% и 22 % не тревожных детей. По методике «Рисунок семьи» тревожных детей 81% и не тревожных 19%. По методике «Кактус» детей с повышенной тревожностью 73% и не тревожных детей 27%.

На основе результатов исследования, мы выделили контрольную и экспериментальную группы по 15 человек, в которые входили дети с повышенной тревожностью. С экспериментальной группой был организован тренинг, направленный не только на снижение тревожности, но и на развитие коммуникативных навыков, на повышение представлений о собственной ценности, на развитие уверенности в собственных силах, а также способности наиболее успешно реализовать себя в поведении и взаимодействии с окружающими людьми.

Для достижения целей предлагалось решить следующие задачи:

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе
2. Создание благоприятных условий тренинга для эффективности программы
3. Формирование коммуникативных компетенций, умений и навыков конструктивно строить общение, избегать эмоциональных конфликтов
4. Способствовать повышению уверенности в себе
5. Снизить уровень тревожности у детей

Программа коррекции включала в себя 10 занятий по 30 минут. Занятия с учащимися проводились два раза в неделю.

Третий этап исследования заключался в проведении повторной диагностики и оценки эффективности программы.

Из результатов повторной диагностики можно сделать вывод, что у экспериментальной группы произошло снижение уровня тревожности, а у контрольной группы уровень тревожности практически не изменился.

Таким образом, с помощью сравнительного анализа результатов исследования видно, что результаты экспериментальной и контрольной групп различны, но, исходя из того, что, испытуемые находились в равных условиях, можно предполагать, что на улучшение результатов испытуемых экспериментальной группы оказала влияние психокоррекционная программа.

Подводя итоги, можно констатировать тот факт, что психологическая коррекция тревожности детей является достаточно трудной задачей и необходимо правильно подбирать тактику коррекции. Благодаря такому подходу улучшится общее самочувствие детей.

Полученные данные могут явиться основой для дальнейших исследований по данной проблеме. Можно сделать вывод о том, что применение целенаправленных коррекционных занятий будут реально оказывать влияние на снижение тревожности у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берчатова, Э.В. Диагностические методики. / Э.В.Берчатова – Москва. - М: Просвещение, 2011. – С. 118-119.
2. Михеева, А.А. Психологические особенности часто болеющих детей. – М: Просвещение, Москва, 1999. С 200-202.
3. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. – 1998. – №2. - 129 с.
4. Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / Прихожан А. М. – М.; Воронеж : МПСИ; МОДЭК, 2000.– 303
5. Самсыгина, Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Практика педиатра. — 2005. — № 12.

УДК: 57.044: 574.2: 574.24: 574.21: 574.23

ВЛИЯНИЯ НЕФТЕПРОДУКТОВ НА БАКТЕРИАЛЬНУЮ МИКРОФЛОРУ ПОЧВЫ И НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСТЕНИЙ

Овчинников Н.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: доц. кафедры биологии с экологией и курсом фармакогнозии Аверчук А.С.

Нефть и нефтепродукты считаются основными загрязнителями почвы, особенно в тех районах, где ведется её добыча и переработка. Загрязненная почва в результате резкого снижения биологической продуктивности и физико-химических свойств не способна полноценно выполнять свои субстратные функции. Исследование почвенной микрофлоры позволяет в короткие сроки обнаружить нарушения в экосистемах и принять меры к их устранению. Загрязнение природной среды вызывает ответные реакции во всех компонентах экосистемы, в том числе и растительно-микробных комплексах [3]. Именно поэтому представляет интерес системное изучение действия нефти на некоторые эколого-физиологические и морфологические показатели роста и развития растений.

Цель исследования – изучить влияние нефтепродуктов на качественные и количественные характеристики бактериальных и растительных организмов.

Задачи исследования: провести сравнительный количественный и качественный анализ состава микроорганизмов в зависимости от вида внесенных нефтепродуктов; установить длину побега и корневой системы у овса посевного под влиянием различных видов автомобильного топлива; установить количество биомассы овса посевного выращенного под влиянием различных видов автомобильного топлива.

Нами были выбраны следующие виды автомобильного топлива: АИ-95, АИ-92, дизельное топливо (ДТ). Были подготовленные 4 контейнера с почвой, для каждого вида топлива, а также контейнер-контроль в котором земля не обрабатывалась нефтепродуктом. В остальные 3 контейнера было залито 50 мл каждого вида топлива (объемная доля – 10 %) после чего, контейнеры оставили на 14 дней для биоремедиации. По истечению этого периода были взяты 6 проб с каждого контейнера (3 с поверхностного слоя земли, 3 с донной части контейнера), пробы разместили в чашках Петри и инкубировали при комнатной температуре (25 – 28°C) 72 часа. За это время на поверхности мясо-пептонного агара выросли колонии бактерий, видимые невооруженным глазом. Характер выросшей микрофлоры и подсчёту числа колоний проводили согласно общепринятым методикам [2].

В чашках Петри на питательной среде выросло большое количество колоний бактерий, как в контрольном варианте, так и с посевом из загрязнённой почвы. Так как нефтепродукты могут использоваться некоторыми

бактериями как питательный субстрат, то при добавлении топлива количество таких бактерий возросло, и общая численность микроорганизмов могла не измениться, или даже увеличиться. Но при этом мог измениться видовой состав микробного сообщества почвы.

Для исследования морфологического разнообразия микроорганизмов провели анализ посевов. Для этого были сделаны окрашенные препараты-мазки из выросших колоний, которые рассматривали под микроскопом. В контрольной незагрязнённой почве присутствовали грамположительные кокки, спорообразующие и грамотрицательные палочки. На препаратах микроорганизмов из почв, загрязнённых бензином марки АИ-95, преобладали грамположительные палочки, в том числе много палочек, образующих эндоспоры. На препаратах микроорганизмов из почв, загрязнённых дизельным топливом, было представлено не только большое количество палочек, образующих эндоспоры, но также много грамположительных кокков.

Таким образом, при загрязнении почвы нефтепродуктами может наблюдаться качественное изменение состава доминирующих микроорганизмов. Результаты сравнительного анализа загрязнённых почв по бактериальной обсеменённости представлены на диаграммах.



Рисунок 1 – Диаграмма измерений количества колоний, выросших из проб верхнего слоя почвы, загрязненной нефтепродуктами.



Рисунок 2 – Диаграмма измерений количества колоний, выросших из проб нижнего слоя почвы, загрязненной нефтепродуктами.

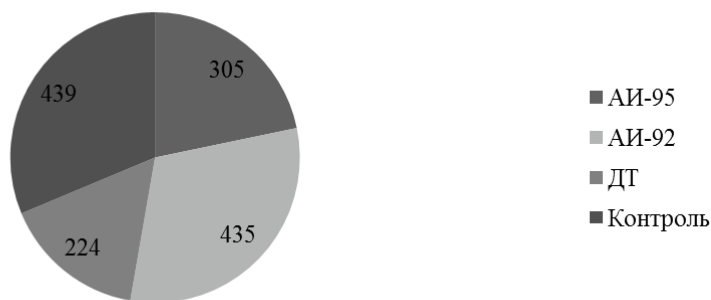


Рисунок 3 – Диаграмма измерений количества колоний, выросших из проб нижнего и верхнего слоя почвы (суммарно), загрязненной нефтепродуктами.

Как следует из полученных данных, в нижнем слое почвы было отмечено несколько большее количество микроорганизмов – 799 колоний против 604 из проб верхнего слоя. Эта тенденция прослеживается в контроле (195 и 244 колоний) и в почве с добавлением бензина марки АИ-92 (184 и 251 колоний). В контейнерах с добавлением АИ-95 значительно большая часть микроорганизмов сосредоточена в верхней части почвы (168 и 137 колоний), а с ДТ – в нижней (57 и 167 колоний).

После в эти же контейнеры были высажены семена растения овса посевного (*Avena sativa*). После 3-х недель выращивания был проведен морфометрический анализ, показавший изменение длины стебля и корневой системы у растений, выращенных на почвах с добавлением исследуемых нефтепродуктов и в контроле, а также массы растений.

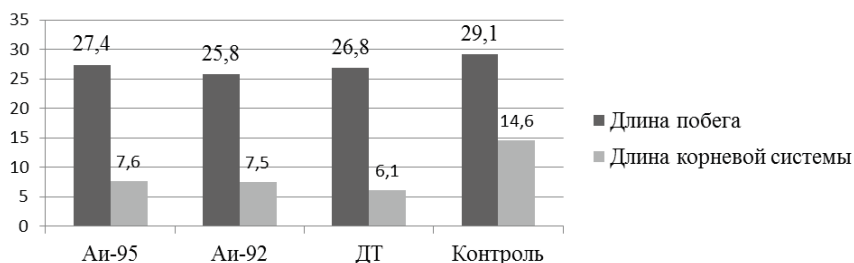


Рисунок 4 – Длина побега и корневой системы овса посевного, выращенного в почве, загрязненной нефтепродуктами.

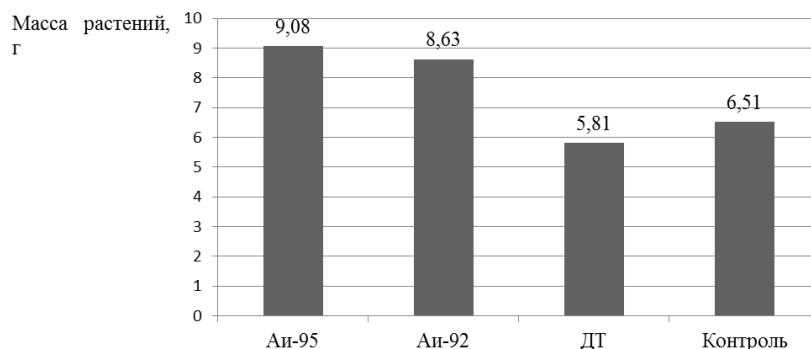


Рисунок 5 – Масса растений овса посевного, выращенного в почве, загрязненной нефтепродуктами.

На развитие корневой системы значительное угнетающее воздействие производят все виды исследуемых нефтепродуктов, но особенно – дизельное топливо, скапливающееся в нижней части почвы.

Минимальный прирост биомассы растений овса посевного, выращенного в почве, загрязненной нефтепродуктами тоже отмечен при загрязнении почвы ДТ. Таким образом, все исследуемые виды нефтепродуктов в той или иной степени снижают прирост растений. Наибольшее влияние оказывает дизельное топливо.

В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

При загрязнении почвы нефтепродуктами наблюдается изменение качественного состава микрофлоры почвы. В почвах загрязнённых бензином преобладали грамположительные палочки в отличие от контроля, в дизельном топливе преобладали грамположительные кокки и палочки.

Разные виды нефтепродуктов по-разному распространяются в почве и приводят к изменению пространственного распределения микроорганизмов.

У растений овса посевного выращенных в почвах загрязнённых различным автомобильным топливом наблюдались снижение морфометрических показателей и массы. Наименьшая биомасса была зафиксирована у растений, выращенных под действием ДТ, а наибольшая – АИ-95.

Все исследуемые виды нефтепродуктов в той или иной степени снижают количество микроорганизмов. Наиболее безопасным является бензин марки АИ-95, а ДТ оказывает наиболее пагубное действие на развитие микрофлоры почвы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние нефтепродуктов на биологическую активность почв / Хазиев Ф.Х., Тишкина Е.И., Киреева Н.А. // Биологические науки. - 1988. - №10. - С. 93-99.
2. Глазковская, М.А. Восстановление нефтезагрязнённых почвенных экосистем / М.А.Глазковская // М., Наука - 1988. - С. 260-26.
3. Лабинская, А.С. Микробиология с техникой микробиологических методов исследования / А.С. Лабинская // Медицина - 1968. – С. 180-183.

УДК 613.24.-057.875

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ К ДИЕТАМ

Окулова Д.Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., асс. Данилова Л.К., к.м.н., доц. Каскаева Д.С.

Недавно Организация Объединенных Наций (ООН) обнародовала отчет на 2015 год, согласно которому Россия занимает 19 место среди самых «толстых» стран мира. По данным РАМН сегодня в России 60 % женщин и 50% мужчин в нашей стране страдают избытком веса, 30% - ожирением. Но не все видят у себя проблему лишнего веса - ис-

следовательский холдинг «Ромир» установил, что полноту видят у себя только 51% женщин и 38% российских мужчин. Все чаще лишний вес у россиян переходит в хроническое ожирение, которое нужно уже лечить медикаментозно.

Нужно помнить, что избыточный вес и ожирение являются ключевыми факторами риска возникновения сахарного диабета, гипертонии, коронарной сердечной недостаточности, ожирению печени, опухолей молочной железы и предстательной железы, нарушениям в деятельности желудочно-кишечного тракта, деформации костей и суставов, нарушениям гормонального фона, психологическим проблемам [2]. Всего лишь 1 килограмм лишнего веса обуславливает повышение артериального давления на 2 мм рт. ст. Основные причины «эпидемии» ожирения - малоподвижный образ жизни и неправильное питание.

Практически все люди, которые худеют, знают, что вес снижаться должен медленно и постепенно [3]. Это важно, так как человек должен не просто худеть, а правильно худеть, не причиняя вред своему здоровью. Но иногда, несмотря на риск, приходится сбрасывать лишний вес очень быстро. Например, скоро день рождения или другое торжество, срочно предложили на работе взять отпуск и поехать на море. В таких случаях, если это не регулярно, можно прибегнуть к быстрым диетам. Но не стоит забывать, что монодиеты - это стресс для организма.

Главный минус быстрых диет – когда вы устанете от голодовок и перейдете на обычное питание, вес снова вернется. Причем часто бывает так, что вес возвращается еще в большем объеме, чем был. И это не чудо, а вполне объяснимый факт. Когда вы сидите на диете, а короткие диеты предполагают значительное ограничение в питании, то организм начинает работать в усиленном режиме. Энергия не тратится, а накапливается. И происходит это, как бы ни было печально, в виде жира. Именно поэтому после возвращения на привычный рацион, даже низкокалорийные продукты воспринимаются организмом неправильно. А учитывая тот факт, что обмен веществ еще не восстановился, отсюда и берутся лишние килограммы.

Цель нашего исследования – изучить отношение студентов КрасГМУ к диетам и их влияние на организм.

Задачи исследования:

1. Изучить индекс массы тела студентов КрасГМУ.
2. Изучить частоту использования диет студентами КрасГМУ.
3. Изучить питание студентов КрасГМУ.
4. Изучить какими диетами пользовались студенты КрасГМУ, и каковых их последствия.

Исследования проводились среди студентов КрасГМУ 1 курса факультета ФФМО. С помощью анкеты были опрошены 173 студента КрасГМУ 1 курса факультета ФФМО. Из них 67,1±3,5% (116) девушек и 32,9±3,5% (57) юношей. Анкета включала вопросы: пол, возраст, рост, вес, сидели ли на диетах с целью снижения веса, сколько раз сидели на диетах, возраст, когда впервые сели на диету, вес до начала диет, название диеты, находитесь ли в настоящее время на диете, были ли дополнительные нагрузки с целью увеличить эффективность диеты, вес после окончания диеты, устроил ли результат диеты, привела ли диета к заболеваниям, имеется ли в анамнезе заболевание, придерживаетесь ли правильного питания, считаете ли, что питаетесь полноценно и рационально, какой пищей питаетесь в основном, сколько раз в день принимаете пищу, перекусываете ли вы между основными приемами пищи, принимаете ли витамины или БАДы, что включает понятие "здоровый образ жизни".

Средний возраст опрошенных девушек составил 18,1±1,5 лет, юношей 18,4±1,8 лет. Средний рост девушек составил 164,7±12,6 см, вес 56,8±10,8 кг, у юношей средний рост составил 176,4±7,8 см и вес 69,9±11,7 кг. Средний индекс массы тела девушек 20,6±3,4, юношей 22,4±3,0. В ходе исследования установлено, что дефицит массы тела был у 23,7±2,5% девушек и 1,8±0,9% юношей. Нормальная масса тела была у 66,1±3,0% девушек и 85,7±3,1% юношей. Избыточная масса тела встречалась у 10,2±3,0% девушек и 8,9±2,5% юношей, а ожирение 3,6±1,1% юношей.

Из всех девушек на диете находились 37,9±4,5%, из всех юношей на диетах находились 8,9±3,8%. В среднем девушки сидели на диетах 2 раза. Впервые девушки садились на диету в 14,4±3,9 лет, а юноши в 16,0±1,2 лет. При этом юноши использовали только белковую диету. Девушки в 25,6±6,5% (11) использовали монодиету, в 14,0±5,2% (6) правильное питание, в 14,0±5,2% (6) белковую, в 14,0±5,2% (6) любимую, в 9,3±4,3% (4) 5 столовых ложек, в 7,0±3,8% (3) девушки 6 лепестков и вегетарианскую. Диету лесенку, диету по группе крови, бессолевую и подсчет калорий использовали только по 1 девушки, что составило 2,3±2,2%.

В анкетах 29 человек указали вес до начала диеты и после, в среднем они похудели на 2,9±10кг. Дополнительные нагрузки с целью увеличить эффективность диеты были у 26,6±3,6% (46) человек. На момент опроса на диете находились только 6,3±1,8% (11) из всех опрошенных.

Из всех опрошенных 32,4±3,6% (56) человек считают, что они питаются правильно и 67,6±3,5% (117) опрошенных считают, что питаются не правильно. В основном питаются домашней пищей 74,6±3,3% (129) человек, в столовой питаются 14,5±2,7% (25), полуфабрикатами 5,8±1,8% (10), в пунктах быстрого питания 5,2±1,7% (9) опрошенных.

На вопрос: "Сколько раз в день вы принимаете пищу?" 17,3±2,9% (30) человек ответили - "Как получится". Три раза в день пищу принимают 37,0±3,7% (64) респондента, 4-5 раз в день 26,0±3,7 (45) респондентов, 1-2 раза 19,7±3,0% (34) опрошенных. Не перекусывают между приемами пищи 20,8±3,1% (36) респондента, 51,5±3,8% (89) респондента перекусывают и 27,7±3,4% (48) перекусывают иногда. Принимают витамины или БАДы 13,9±2,6% (24) человека.

У 1,7±0,9% девушек увлечение диетой привело к аменорее и 6,8±0,9% девушек гастриту. У 0,9±0,6% опрошенных девушек на фоне диеты развилась анорексия. Большинство студентов считают, что понятие «Здоровый образ жизни» включает "быть здоровым и не иметь вредных привычек".

Если выполнять некоторые рекомендации при соблюдении быстрых диет, то можно свести риск возникновения негативных последствий к минимуму [1]. Обязательно соблюдайте питьевой режим, это не менее двух литров жидкости за сутки. Так как быстрые диеты не сбалансированы, то необходимо принимать витаминный комплекс, чтобы избежать авитаминоза. Надо обязательно ввести в рацион необходимое количество клетчатки и ежедневно испражняться. Диетологи не советуют прибегать к быстрым диетам, если только это не крайний случай.

Выводы: 1. Когда либо находились на диете 37,9±4,5% девушек и 8,9±3,8% юношей. В среднем девушки сидели на диетах 2 раза. 2. Чаще всего юноши прибегали к только белковой диете, а девушки в 25,6±6,5% использовали монодиету. 3. Дополнительные нагрузки с целью увеличить эффективность диеты были лишь у 26,6±3,6% человек. 4. В основном питаются домашней пищей 74,6±3,3% опрошенных. 5. Лишь 26,0±3,7 (45) респондентов питаются 4-5 раз в день.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаппарова, К.М. Эффективность и безопасность белковых заменителей пищи в низкокалорийных диетах для пациентов с избыточной массой тела и ожирением / К.М. Гаппарова, М.В. Зейгарник, В.А. Исаков и др.; отв. ред. Х.Х. Шарафетдинов. - М. - 2012. - 43 с.
2. Дубровский, В.И. Валеология: Здоровый образ жизни: учеб. для вузов, обучающихся по спец. Валеология/ В.И. Дубровский. - М.: RETORIKA-A, - 2001. - 558 с.
3. Кунцевич, А.К. Риск метаболического синдрома и питание населения / А.К. Кунцевич // Ожирение и метаболизм. - 2015. - Т. 12, №1. - С. 3-10.

УДК 159.923-053.6

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Онянова К.А.

Красноярский государственный Медицинский университет им. проф. В. Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Живаева Ю.В.

Современное общество находится на невероятном этапе развития. Компьютерные сети и игры – новая ступень социальной реальности. Обществу больше не нужно ходить в библиотеки, на концерты, покупать альбомы любимых групп, ходить по магазинам. Любую, нужную и ненужную информацию можно найти в сети. Встречи с друзьями сменились диалогами в социальных сетях, а развлечения на компьютерные игрушки. Появились новые виды психологического расстройства – Интернет-зависимость и Игровая зависимость.

Немногочисленные психологические и социальные исследования, проведенные в некоторых странах мира, далеко не исчерпывают эту актуальную проблематику. Международное сообщество, признало наличие «игровой угрозы» и ввело в реабилитационную практику специальный медицинский термин данному виду зависимости – лудомания (Международный код F 63.0).

В данной работе изучается проблема Игровой и Интернет зависимостей у подростков. Этот возраст наиболее подвержен различным отклонениям в поведении.

Актуальность исследования Игровой и Интернет зависимостей в подростковом возрасте определяется, во-первых, постоянным увеличением числа подростков – пользователей Интернета и так называемых “геймеров” (только с 2006 по 2010 год число подростков, проводящих за компьютером более трех часов в день, увеличилось в четыре раза), во-вторых, тем, что подобные пристрастия оказывают пагубное влияние на психику ребенка, в-третьих, на данный момент времени, проблема Игровой и Интернет зависимостей подростков только начинает изучаться. Очень мало работ посвящено исследованию этой проблемы, в русскоязычной литературе данная проблема практически не рассматривается.

Таким образом, целью данной работы является изучение возможности профилактики Игровой и Интернет зависимостей детей подросткового возраста посредством программы тренинга.

Исследование было проведено в МОУ СОШ №149 города Красноярска. Основным предметом деятельности школы является реализация образовательных программ начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования, программ углубленного и профильного изучения предметов естественно-математического, информационно-технологического и других профилей. Исследование проводилось в специально отведенное время для классных часов.

В исследовании приняли участие учащиеся восьмых классов в количестве 35 человек: 19 человек 8 «А» класса и 16 человек 8 «Д» класса и 1 педагог-психолог, привязанный к классу исследуемых подростков. Полученные данные были проанализированы и наглядным образом представлены на диаграммах.

Для исследования Игровой и Интернет зависимостей у подростков были подготовлены два теста и бесед. Для выявления уровня зависимости от компьютерных игр был использован тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр, С.В. Красновой [2]. Для исследования уровня Интернет - зависимости был использован тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость.

В ходе исследования были выявлены следующие результаты диагностики 8 «А» класса, по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой. Было протестировано 19 человек.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 37% исследуемых. Для 16% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 47% как таковой Игровой зависимости нет.

Анализируя некоторые комментарии подростков в данной анкете, можно сделать вывод, что во многом проводить большое количество времени за компьютером, в частности за играми, им не позволяют родители, у кого-то забирают шнур, у кого-то стоит пароль на компьютере, так же некоторые написали, что их это не интересует.

Если говорить уже об Интернет – зависимости, тут результаты схожи с результатами теста на Игровую зависимость. Анализируя результаты теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 37% подростков есть Интернет – зависимость. У 26% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 37% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, подобные результаты ожидаемы, сейчас в Интернет можно выйти не только с компьютера, но и с планшета и телефона. Телефоны есть у всех, у большинства планшеты. Поэтому выход в Интернет для них не составляет труда, где бы они не находились, многие говорили, что даже ночью выходят в Сеть. На вопрос, что они там делают, большинство заявило, что в основном для общения с друзьями, кто-то говорил о чтении интересных статей, кто-то толковой причины вообще назвать не мог. Но абсолютно все назвали еще одной причиной – поиск информации для учебы.

В результате проведенной диагностики в 8 «Д» классе, мы получили следующие результаты по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой. Было протестировано 16 человек. Анализируя результаты исследования по «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 37% исследуемых. Так же для 19% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 44% как таковой Игровой зависимости нет.

Из комментариев подростков, о помехах большего времяпровождения за компьютерными играми, стало ясно, что, так же как и в 8 «А» классе, большинству мешают родители, часть из них так же не имеет интереса к компьютерным играм вообще.

Анализируя результаты тестов на Интернет-зависимость подростков по тесту Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 50% подростков есть Интернет – зависимость. У 25% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 25% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, о причинах их пребывания в Сети большинство, как и 8 «А» класс сказали, что в основном беседуют с друзьями, меньшая часть подростков используют Интернет для чтения каких-либо статей, но никого не нашлось, кто бы просто так выходил в Интернет. И, так же как и в 8 «А» классе, абсолютно все сказали, что ищут информацию для учебы. Большинство подростков для выхода в Сеть используют не компьютеры, а телефоны и планшеты.

Говоря об общих результатах исследования в двух классах, то по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, то из 35 опрошенных подростков, зависимы от компьютерных игр – 26%, имеют некоторую зависимость – 12%, не зависимы вообще – 62% опрошенных.

Если же говорить об Интернет – зависимости, то по результатам теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, то зависимы от Интернета – 48%, имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом – 29% опрошенных подростков, и не имеют зависимости вообще – 23%.

Таким образом, исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод, что большинство подростков более подвержены Интернет-зависимости, нежели Игровой зависимости. Исходя из беседы с подростками подобный результат был ожидаем, у части подростков как такового компьютера в доме нет вообще, либо доступ к нему ограничивают родители, в Интернет же выйти проще, так как есть возможность сделать это с телефона или планшета. Так же подростки в Интернете могут реализовывать свою социальную жизнь, общаться на различные темы и даже быть теми, кем не являются.

После проведения исследования, включающего в себя тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, личную беседу с каждым уче-

ником, была выбрана контрольная группа для дальнейшего проведения психопрофилактической работы, направленной на профилактику Игровой и Интернет зависимостей.

Психопрофилактическая работа направлена на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и подростков социально-нормативного жизненного стиля с доминированием здорового образа жизни, действенной установки на грамотное и ответственное умение пользоваться мультимедийными средствами, а также на ресурсы семьи. Внедрение в образовательную среду инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие здорового образа жизни, а также технологий раннего обнаружения случаев развития компьютерной и игровой зависимости среди несовершеннолетних, определяют необходимое стратегическое направление первичной профилактики компьютерной и игровой зависимости.

Цель исследования – изменение ценностного отношения детей и подростков к проблеме компьютерной и интернет зависимости и формирование личной ответственности подростков за своё поведение.

Задачи исследования:

Формирование благоприятного психологического климата в группе;

Формирование «антизависимых» установок в среде подростков по предотвращению возникновения компьютерной и игровой зависимостей;

Сплочение группы;

Развитие умения работать в группе.

Психопрофилактическая программа профилактики Игровой и Интернет зависимостей предназначен для подростков 11-15 лет.

Форма проведения тренинга: групповая.

Метод проведения тренинга: психологические упражнения, небольшие лекции.

Время прохождения тренинга: 2 недели.

Длительность одного занятия: 45 минут.

Программа рассчитана на детей подросткового возраста МОУ СОШ №149 в количестве 35 человек, средний возраст исследуемых 14-15 лет.

Данная программа рассчитана на три занятия. Частота встреч 2 раза в первую неделю и раз во вторую в первой половине дня. Приблизительная продолжительность одного занятия 45 минут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабаева, Ю.Д. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете / Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский, О.В. Смыслова. Под ред. А.Е. Войскунского // Москва: Можайск-Терра, 2010. – С. 431.
2. Бабаева, Ю.Д. Психологические последствия информатизации / Ю.Д. Бабаева, А.Е. Войскунский // Психологический журнал, 2008. - Т. 19. - №1. - С. 89-100.
3. Балонов, И.М. Компьютер и подросток / И.М. Балонов // М.: Эксмо. – 2008. – С. 58.
4. Войскунский, А.Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции / А.Е. Войскунский // 2-я Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. М.: Экспосенстр РОСС. – 2008. - С. 251-253.
5. Выгонский, С.И. Обратная сторона Интернета. Психология работы с компьютером и сетью / С.И. Выгонский. М.: Феникс. - 2010. — С. 320 — (Все обо всем). — 3000 экз. — ISBN 978-5-222-16956-8.
6. Дрепа, М.И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии / М.И. Дрепа // Знание. Понимание. Умение. — 2009. — № 2. — С. 189—193.
7. Жичкина, А.Е. Самопрезентация в виртуальной коммуникации и особенности идентичности подростков-пользователей Интернета / А.Е. Жичкина, Е.П. Белинская // М.: Труды по социологии образования, 2009. – С. 100.
8. Как справиться с компьютерной зависимостью / С.В. Краснова, Н. Р. Казарян, В. С. Тундалева и др. // М.: Бис-принт, 2009. – С. 45.
9. Янг, К. Диагноз - Интернет-зависимость / К. Янг // СПб: Мир Интернет. - 2008. - С.24-29.
10. Egger, O. "Internet Behavior and Addiction" / O. Egger, M. Rauterberg. - 2011.

УДК 616-001.5-089.5-035.7

ПРИЧИНЫ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ

Павлюченко А.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом ПО им. проф. Л.Л.Роднянского

Научный руководитель: к.м.н, асс. Макаров А.Ф.

По данным различных авторов, частота осложнений после переломов длинных костей скелета достигает до 35%. Ошибки и осложнения в травматологии всегда были, существуют и ожидаются, но предотвратить и сводить их к минимуму является актуальной задачей современной травматологии и ортопедии.

Особую категорию пациентов составляют больные, нуждающиеся в помощи после уже оказанной хирургической помощи с допущением ошибок или халатности врача, с незавершенными случаями лечения.

Целью нашей работы является снижение количества ошибок, допущенных при оперативном лечении больных с травмой опорно-двигательного аппарата.

Мы выделили несколько причин, по которым не долеченные пациенты обращаются к другим специалистам:

Больной направлен в другое ЛПУ или к другому специалисту, т.к. дальнейшее лечение не в компетенции лечащего врача (напр., реабилитационные мероприятия после проведенного оперативного лечения);

Больной отказывается от дальнейшего лечения у данного врача (личный выбор пациентом другого врача или ЛПУ по независящим от врача причинам);

Больному «отказано» в дальнейшем лечении. Помощь оказана в неполном объеме или ненадлежащего качества, но в дальнейшем лечении пациенту отказывают по независящим от пациента причинам.

Третий пункт заслуживает особого внимания, т.к. в данном случае специалист нарушает этико-деонтологические принципы отношений не только между врачом и пациентом, но и между коллегами. Логично, что не долеченный больной ищет варианты выздоровления у других специалистов.

Проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии дорожной клинической больницы на ст. Красноярск, с 1 января 2015 года по 31 декабря 2015 года. За указанный период зафиксировано 13 случаев долечивания пациентов, обратившихся из других ЛПУ. Из них 5 – ошибки, допущенные при планировании оперативного лечения; 2 – результат несоблюдения принципов остеосинтеза; 4 – ошибки раннего послеоперационного ведения; 2 – осложнения в результате халатности.

По данным ВОЗ ежегодно от врачебных ошибок умирает больше людей, чем погибает в ДТП. По частоте врачебных ошибок и поводов обращения в суд хирурги всех специальностей занимают третье место.

Считаем, что каждый случай хирургической ошибки или врачебной халатности требует детального анализа для исключения в дальнейшем подобных ситуаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. Тактико-технические ошибки оперативного лечения переломов костей конечностей / Вопросы Клинической Медицины / - 2015. - № 1. - С. 120.
2. Джумабеков, С.А. Несостоятельность пластин при накостном остеосинтезе трубчатых костей / С.А. Джумабеков, А.М. Ташматов // Медицина Кыргызстана № 3. Материалы III Евразийского конгресса травматологов-ортопедов. - Рим, Италия, 2012. - С. 80-81.
3. Кожоматов, С.К. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей / С.К. Кожоматов // Центральнo-азиатский медицинский журнал. Том XII. – 2006. – С. 174-177.
4. Мирошниченко, В.Ф. Анализ причин осложнений при различных видах остеосинтеза / В.Ф. Миршннченко // Травматология и ортопедия XXI века. Материалы VIII- съезда травм.-ортоп. России, глава 10. – Самара - 2006. – С. 1131-1132.

616.728.3 - 073.48

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЗИ И МРТ – ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА

Панкратьева М.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом ПО им. проф. Л. Л. Роднянского

Научный руководитель: к.м.н., асс. Макаров А.Ф.

Коленный сустав травмируется у людей достаточно часто. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности. Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений мягкотканых структур коленного сустава является точность диагностирования существующих изменений, особенно на ранних стадиях заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса. Несовершенство и несвоевременность диагностики повреждений структур коленного сустава и, как следствие, неправильное лечение, приводят к развитию различных форм и степеней его нестабильности, дегенеративно-дистрофических изменений в нем, что сопровождается стойкой инвалидизацией. Для выявления заболеваний и повреждений коленного сустава применяются современные методы диагностики, позволяющие визуализировать не только костные повреждения, но и нарушение структуры и целостности мягких тканей сустава, в частности, менисков и связочного аппарата [2]. К таким методам, в первую очередь, относятся ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. Вопрос о том, насколько информативен каждый из методов по сравнению с другим, и какому из них следует отдать предпочтение в конкретном случае, учитывая дороговизну комплексного обследования, остается актуальным.

Цель исследования – определить параметры комплексной ультразвуковой и МРТ - оценки результатов артроскопических операций при патологии мягкотканых структур коленного сустава, а также разработать показания к различным видам исследования в зависимости от характера патологии и периода лечения.

Задачи исследования:

1. Оценить диагностическую информативность ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии при диагностике мягкотканых структур коленного сустава и провести их сравнительный анализ.
2. Разработать и предложить оптимальный алгоритм клинко-лучевого обследования пациентов с травматическими повреждениями коленного сустава.

Был проведен анализ 110 историй болезни пациентов с патологией коленного сустава, оперированных в отделении травматологии Дорожной больницы на ст. Красноярск за 2015г. Изучалось совпадение клинической картины, установленной при УЗИ и МРТ исследовании, с диагнозом установленным при артроскопии коленного сустава.

30 прооперированных пациентов имели результаты УЗИ. По данным ультразвукового исследования повреждение внутреннего мениска выявлено у 15 больных, наружного мениска у 4 больных, повреждение суставного хряща у 7 больных.

В данной группе больных при артроскопии выявлены следующие нарушения структур коленного сустава: повреждение внутреннего мениска в 10 случаях, повреждения наружного мениска в 2 случаях.

Ценность ультразвукового исследования в совокупности повреждений составила 32%. 80 пациентов в предоперационном периоде проходили МРТ-исследование, по данным которого повреждение внутреннего мениска выявлено у 51 больного, наружного мениска – у 18 больных, частичное повреждение передней крестообразной связки – у 15 больных, полное повреждение передней крестообразной связки – у 7 больных, частичное повреждение задней крестообразной связки – у 4 больных, повреждение суставного хряща – у 22.

В группе больных с МРТ-обследованием при артроскопии выявлены следующие нарушения структур коленного сустава: повреждение внутреннего мениска в 40 случаях, повреждение наружного мениска в 10 случаях, частичное повреждение передней крестообразной связки в 8 случаях, полное повреждение передней крестообразной связки в 5 случаях, частичное повреждение задней крестообразной связки в 3 случаях. Ценность магнитно-резонансной томографии в совокупности повреждений составила 69%.

Наиболее информативным инструментальным методом при выявлении патологии мягкотканых структур коленного сустава является магнитно-резонансная томография. Данный вид исследования может быть использован как самостоятельный. Ультразвуковое исследование рекомендуется проводить только при отсутствии возможности МРТ-исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев А.Ю., Климова И.Б., Шляпак Е.А., Зимин В.Л., Железинская Н.В., Выключок М.В. Ультразвуковое исследование в оценке состояния коленного сустава при деформирующем артрозе // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2001. – №2. – С. 40-58.
2. Дьячкова Г.В., Бакарджиева А.Н., Дьячков К.А. Определение чувствительности и специфичности МРТ и УЗИ при обследовании больных с повреждениями элементов коленного сустава // Гений ортопедии. – 2014. – №1. – 24 с.
3. Карасева, Т.Ю. Применение артроскопических технологий при лечении больных с повреждениями и посттравматическими заболеваниями крупных суставов // Современные методы лечения больных с травмами и их осложнениями : материалы Всерос. науч.-практ. конф. Курган, 2006.
4. Еськин, Н.А. Комплексная диагностика заболеваний и повреждений мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата. - Дис. ... докт. мед. наук. - М., 2001. – 40 с.
5. Крыжин, М.А. Оптимизация применения ультразвукового и МР – томографического методов исследования при повреждении мягкотканых структур коленного сустава. – Томск, 2009. – 24 с.

УДК 615.322 : 615.014.8

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА УПАКОВКИ

Панфилова А.В., Алиева И.А.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научные руководители: к.п.н. Агафонова И.П., Ростовцева Л.В.

В настоящее время фитопрепаратам в медицинской практике принадлежит важное место, так как они обладают широким спектром биологического действия, что позволяет использовать их для профилактики и лечения многих заболеваний.

Одной из самых распространенных и простых форм применения лекарственных растений являются водные извлечения – настои и отвары. Применение данной формы обусловлено целым рядом преимуществ:

для приготовления водного извлечения не требуется сложной аппаратуры и поэтому возможно в домашних условиях;

значительная часть лекарственных веществ, находящихся в растениях, хорошо растворима и легко извлекается с помощью воды;

с биофармацевтической точки зрения водные извлечения обеспечивают хорошую доступность лекарственных веществ.

Из лекарственного растительного сырья, разрешенного государственным реестром лекарственных средств для медицинского применения, около половины используется для приготовления настоев и отваров [1].

В настоящее время на российском фармацевтическом рынке лекарственное растительное сырье представлено в различных видах потребительской упаковки, среди которых наиболее распространены – картонные пачки и фильтр-пакеты. Эти виды продукции предназначены для безрецептурного отпуска в аптеках и самостоятельного приготовления настоев и отваров в домашних условиях, что часто вызывает у потребителей закономерные вопросы – что лучше пачка или фильтр-пакет, в каком случае лечебный настой будет максимально полезным, каково качество лекарственного растительного сырья в фильтр-пакетах?

Номенклатура цельного и измельченного растительного сырья, разрешенного к отпуску из аптек для приготовления настоев и отваров в домашних условиях достаточно обширна и представлена индивидуальными растениями и сборами, относящимися к различным терапевтическим группам.

Для изготовления водных извлечений используют все морфологические группы лекарственного растительного сырья: цветки, листья, траву, почки, плоды, семена и подземные органы. Сырье, выпускаемое в фильтр-пакетах, представлено в основном листьями, травами, цветками, плодами, реже корами и подземными органами. Чаще всего в фильтр-пакеты фасуют травы, листья, цветки.

Фармакологический эффект водных извлечений из лекарственного растительного сырья определяется всей суммой биологически активных веществ, переходящих из сырья в настой [1]. Для характеристики лекарственного растительного сырья, используемого при изготовлении водных извлечений, предложен показатель «экстрактивные вещества при настаивании», который характеризует сумму гидрофильных веществ лекарственного растительного сырья, полученную в условиях, соответствующих условиям получения лекарственной формы «настой» или «отвар» [1].

Цель исследования – определить содержание экстрактивных веществ при изготовлении настоев из лекарственного растительного сырья, фасованного в пачку и в фильтр-пакет.

Задачи исследования:

- исследовать содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье в зависимости от вида упаковки;

- провести сравнительный анализ содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье в зависимости от вида упаковки.

В качестве объектов исследования были взяты наиболее часто употребляемые населением, представленные в пачках и фильтр-пакетах цветки ромашки аптечной (*Chamomillae recutita flores*), цветки календулы лекарственной (*Calendulae officinalis flores*),

крапивы двудомной листья (*Urticae dioicae folia*), трава чабреца (*Thymi serpylli herba*).

Потребительский спрос определялся в ходе беседы с фармацевтами аптек города Красноярск.

Содержание экстрактивных веществ при настаивании из сырья в пачке определяли согласно методике приближенной к фармакопейной технологии приготовления настоев: навеску сырья 10,0 заливали 100 мл воды очищенной, нагревали на кипящей водяной бане в течение 15 мин, затем настаивали 45 минут при комнатной температуре, фильтровали и объем полученного извлечения доводили до 100 мл. 5 мл водного извлечения выпаривали в стеклянном бюксе досуха и взвешивали [2, 3].

Для определения экстрактивных веществ в водном извлечении из фильтр-пакета: один точно взвешенный фильтр-пакет с сырьем заливали 100 мл кипящей воды очищенной, закрывали крышкой и настаивали при комнатной температуре 15 мин (если сырьем являются цветки, листья, трава) или 30 мин (если сырьем являются кора, плоды или подземные органы). Затем фильтр-пакет отжимали, объем полученного извлечения доводили водой до 100 мл; 20 мл извлечения выпаривали досуха и взвешивали [3].

Содержание экстрактивных веществ определяли в процентах по массе в пересчете на абсолютно сухое вещество по формуле:

$$X = \frac{m \cdot 100 \cdot 100}{m_1 \cdot (100 - w)},$$

где m – масса сухого остатка, г; m_1 – масса сырья, г; w – потеря в массе при высушивании, %
Потеря в массе при высушивании сырья (w) в процентах определяли по формуле:

$$X = \frac{(m - m_1) \cdot 100}{m},$$

где m – масса сырья до высушивания, г; m_1 – масса сырья после высушивания, г.

Исследование каждого вида лекарственного растительного сырья проводилось трижды, результаты обрабатывались с использованием методов математической статистики.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание экстрактивных веществ при изготовлении настоев из лекарственного растительного сырья, фасованного в пачку и в фильтр-пакет.

Наименование лекарственного растительного сырья	Вид упаковки	Содержание экстрактивных веществ (%)
Цветки ромашки аптечной	пачка	18,87 ± 0,17
	фильтр-пакет	18,73 ± 0,14
Цветки календулы лекарственной	пачка	36,16 ± 0,24
	фильтр-пакет	35,82 ± 0,24
Листья крапивы двудомной	пачка	16,18 ± 0,17
	фильтр-пакет	16,48 ± 0,14
Трава чабреца	пачка	18,83 ± 0,24
	фильтр-пакет	18,43 ± 0,3

Из данных таблицы 1 следует, что выход экстрактивных веществ у разных видов лекарственного растительного сырья неодинаков, что зависит от химического состава комплекса биологически активных веществ. Полученные данные показали также, что полнота экстракции из лекарственного растительного сырья, фасованного в пачку и фильтр-пакет практически одинакова.

Таким образом, можно утверждать, что применение фильтр-пакетов, так же как и при использовании лекарственного растительного сырья в пачках дает возможность максимально экстрагировать биологически активные вещества при настаивании. При этом следует отметить, что фасовка в фильтр-пакет имеет ряд преимуществ: точность дозирования, удобство и простота в приготовлении настоев и отваров в домашних условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беседина, Н.А. Исследования по стандартизации измельченного лекарственного растительного сырья и его водных извлечений / Н.А. Беседина // Автореф. дис канд. фарм. наук – М. – 2007. – С. 24.
2. Государственная Фармакопея Российской Федерации XIII изд., том 3. – М., 2015. [Электронный ресурс]. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/pharmacopoeia_3/HTML/
3. Сорокина, А.А. Определение содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье / А.А. Сорокина, Н.В. Молчан, И.П. Рудакова, И.А. Самылина // «Фармация. - № 3.- 2010. - С. 3 - 4.

УДК 159.9.07

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ САМООЦЕНКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Парубцова Т.С.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. Волкова О.В.

Изучение психологических и психических особенностей соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, оно связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2004 году государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания до 15-20% (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 2003). Сведений, касающихся психолого-педагогических вопросов, крайне мало, несмотря на то, что в медицинской литературе указывается на недостаточную эффективность традиционных оздоровительных и общеукрепляющих мероприятий и ставится вопрос о необходимости профессиональной психологической помощи этой категории детей (В.К. Таточенко, В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов и др.). Такая необходимость связана, по мнению медиков, с наличием в анамнезе у большинства часто болеющих детей упоминания об острых и хронических психотравмирующих ситуациях. Возраст часто болеющих детей, охваченных современными исследованиями, ограничен дошкольным детством (Г.А. Арина, Н.А. Коваленко, А.А. Михеева). Отчасти это обусловлено тем, что часто болеющие дети считаются

возрастным феноменом: к 8-9 годам их количество резко сокращается (Н.В. Михайлова, А.А. Михеева и др.). Но происходит это не потому, что дети перестают болеть, а потому, что к этому возрасту они приобретают одно или несколько хронических заболеваний и переходят в другую нозологическую категорию.

Именно в старшем дошкольном возрасте развивается сложный компонент самосознания – самооценка (Т.В. Дуткевич, 2012). Относясь к ядру личности, самооценка является важным регулятором ее поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности человека и дальнейшее развитие его личности (С.Ю. Головин, 1998).

В психологической литературе, как в отечественной, так и зарубежной самооценке уделено большое внимание. Проблема развития самооценки, структуры, функций, обсуждаются в работах Л.И.Божович, И.С.Кона, М.И.Лисиной, А.И.Липкиной, Э. Эриксона, К.Роджерса и других психологов. Закономерности формирования самооценки в детском возрасте были исследованы Белобрыкиной О.А., Божович Л.И., Горбачевой В.А., Захаровой А.В., Липкиной А.И., Лисиной М.И., Мухиной В.С., Савонько Е.И., Уманец Л.И. и другие. Вместе с тем, особенности проявлений самооценки в старшем дошкольном возрасте изучены еще не достаточно. Изучение данного вопроса на практике показало, что данной проблеме уделяется недостаточное внимание, воспитатели и родители не всегда знают особенности самооценки часто болеющих детей дошкольного возраста, что может в конечном итоге отразиться на развитии ребёнка. В.А. Ковалевский, О.В. Груздева выявили, что у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе. При оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности, отношение к себе непосредственно – чувственное. Поэтому в это время важно сформировать общую положительную, адекватную самооценку дошкольника, обеспечив условия для нормального развития и принятия себя.

Часто болеющие дети – это группа детей диспансерного наблюдения с частыми респираторными заболеваниями и/или обострениями хронических заболеваний дыхательных путей. Во всех исследованиях подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей. Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении прогрессировании заболеваний. Так, состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей (Муравьева В.Н., 1999; Бутенко Н.И., 1999). Учитывая данные исследования, реабилитацию соматически больных детей необходимо осуществлять посредством воздействия и на социальную ситуацию развития ребенка.

Таким образом, целью данной работы является изучение специфики коррекционной программы, направленной на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Для реализации поставленной цели был использован комплекс методов: теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретация научных данных); эмпирические методы (наблюдение, беседа, опрос, тестирование, анализ продуктов деятельности, методы количественного и качественного анализа, статистические методы). В работе использовались следующие методики: методика «Лесенка», Т.Д. Марциновская; методика «Какой я?», Р.С. Немов; методика «Рисую себя», О.А. Белобрыкина.

В исследовании приняли участие дети 6 лет в количестве 40 человек из них 16 мальчиков и 24 девочек. Исследование проходило в три этапа. Первый этап исследования проведен с целью диагностики уровня самооценки испытуемых. Исходя из результатов диагностики, определены контрольная и экспериментальная группы. Второй этап состоял из разработки и проведения коррекционной программы, направленной на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Третий этап исследования заключался в проведении повторной диагностики и оценки эффективности программы.

Проанализировав все проведенные методики, только у 25 % испытуемых была выявлена адекватная этому возрасту – завышенная самооценка, 35 % имели низкую самооценку, 40 % – среднюю. Таким образом, у исследуемых детей преобладает средний и низкий уровень самооценки.

На основе результатов исследования первичной диагностики были выделены 30 часто болеющих детей со средней и низкой самооценкой. Выборка разделена на контрольную и экспериментальную группы. Объем экспериментальной группы – 15 детей, объем контрольной группы так же 15 детей.

На втором этапе реализовывалась разработанная программа тренинговых мероприятий, направленных на формирование адекватной самооценки детей старшего дошкольного возраста. Тренинговая программа состояла из 12 занятий по 30-40 минут.

Занятия проводились с детьми экспериментальной группы, чьи результаты по методикам показали средний и заниженный уровни самооценки. Коррекционно-развивающую направленность данной программы обеспечивает подбор игр и упражнений, направленных на повышение самооценки и уверенности в себе, формирование позитивного отношения к сверстникам, расширение и обогащение навыков общения, снятие эмоционального и физического напряжения.

После окончания коррекционных мероприятий была проведена повторная диагностика. Результаты повторной диагностики среди экспериментальной группы показали качественное изменение уровня самооценки у 47 % участников, у 53 % – изменений не выявлено. У 40 % наблюдалась завышенная самооценка, у 47% – средний уровень самооценки, у 13% – низкий уровень самооценки.

Для подтверждения эффективности коррекционной программы, была произведена математическая обработка данных, использовался U-критерий Манна-Уитни. Результаты повторной диагностики и сравнительного анализа показали, что у испытуемых экспериментальной группы показатели уровня самооценки имеют различия с показателями контрольной группы. Результат: $U_{Эмп} = 51$.

Таким образом, исходя из анализа теоретических и экспериментальных результатов проводимого исследования с помощью математического анализа, можно сделать вывод о том, что специально разработанная программа психологической коррекции направленная на формирование адекватной самооценки у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста является эффективной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы профилактики и лечения часто болеющих детей / В. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева и др. – Поволжье, 2009. – № 1. – С. 121-135.
2. Арина, Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г.А. Арина, Н.А. Коваленко // Школа здоровья. 1995. № 3. – С. 116-125.
3. Веселов, Н.Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н.Г. Веселов, Е.Ю. Кузнецова, Г.К. Ермакова и др. – Л.: 1990. – 55с.
4. Дусказиева, Ж.Г. Особенности эмоционального восприятия собственной и противоположной половой роли часто болеющими детьми 5-7 лет / Ж.Г. Дусказиева // Сибирский психологический журнал. – Томск. - 2009. – № 32. – С. 65-67.
5. Исаев, Д.Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков/ Д.Н. Исаев // Т2. – Л.: - 1988. – С. 287.
6. Ковалевский, В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В.А. Ковалевский // – Красноярск. - 1997. – С. 122.
7. Ковалевский, В.А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум / В.А. Ковалевский, В.А. Урываев // – Красноярск-Ярославль, 2006. – С. 87.
8. Ковалевский, В.А. Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика социально-психологического развития. [Электронный ресурс] / В.А. Ковалевский, О.В. Груздева // Медицинская психология в России. – Электрон. журн. – 2009. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). – Загл. с экрана.
9. Михеева, А.А. Психологические особенности часто болеющих детей / А.А. Михеева // – М: Просвещение. - 1999. – С. 200-202.

УДК 159.9.072

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ РАЗНЫХ ЖАНРОВ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Первунина А.В.

Открытая эколого-биологическая школа-центр «Фламинго»

МБОУ СШ №152 класс 11

Научный руководитель: п.д.о. Киселева Е.Л.

Множество областей медицины изучены досконально. Но связь деятельности мозга с музыкой остается все еще не до конца изученной. Музыка вызывает интерес в связи с влиянием на память, восприятие, речь и пр. [14]. Музыка может убедить купить что-либо, напомнить о первой любви или вытянуть из депрессии. Для большинства людей она является притягательной силой, не зависимо от образования и способностей [9].

Разработанность проблемы. Почему музыка значима для человека и имеет над ним такую власть? Окончательных ответов у нейробиологов нет, и до 1980 года не было практических исследований [9]. В последние годы начали появляться данные, где и каким образом происходит переработка музыкальной информации [10]. Медицинская нейробиология освоила технологии, позволяющие наблюдать за изменениями в живом мозге во время, когда человек слушает, сочиняет или представляет себе музыку. Изучение пациентов с черепно-мозговыми травмами и исследование здоровых выявило - в головном мозге человека нет специализированного центра музыки. В её переработке участвуют различные области, а размеры активных зон изменяются в зависимости от музыкальной подготовки и опыта человека [10]. Изучали влияние различных ритмов [5], жанров, музыкальных инструментов, отдельно консонансов и диссонансов.

Большинство мифов о влиянии музыки («Эффект Моцарта» [3]; стимулирование нервных связей музыкой - основа интеллектуальных способностей всей жизни; негативное влияние рок-музыки [2]) все еще не развеяны в обществе. Накоплен и растёт объём работ, освещающих механизмы восприятия музыки, и объясняющих, как она связана с редкими заболеваниями мозга. Исследователи кафедры нейро- и патопсихологии МГУ предполагают, что включение музыкальных занятий в реабилитационную практику окажет положительный эффект на процессы восстановления высших психических функций и будет способствовать формированию межфункциональных связей [4]. Это создаёт базу для новых открытий, но врачу не стоит забывать, что «искусство наблюдения больных может быть утеряно, если основываться на исследованиях, игнорируя индивидуальность поведения конкретного пациента» [9].

70% людей «наслаждаются» музыкой, потому что она порождает эмоции и чувства. [10]. Поэтому изучают не только переработку мозгом «акустической» составляющей музыки (волны и ритмы), но и процессы, благодаря которым она эмоционально воздействует на людей. Различные музыкальные жанры по-разному влияют на человека, но каждый разбирается в этом не настолько хорошо, чтобы понять какое именно влияние они оказывают. Многие исследователи уделяют внимание таким жанрам, как классическая музыка, поп-музыка и рок. В данной работе исследуются джаз и блюз, описывается эмоциональное состояние молодых людей, слушающих музыку часто или редко.

Гипотеза: различные музыкальные жанры по-разному влияют на физическое и эмоциональное состояние человека, следовательно, прослушивание подходящих музыкальных композиций является эффективным методом для улучшения эмоционального состояния в различных ситуациях.

Цель исследования – изучить влияние различных музыкальных жанров на человека.

Задачи:

- выяснить с какой целью молодежь слушает музыку и каких жанров;
- сравнить, как влияют различные жанры на физическое и эмоциональное состояние людей, слушающих музыку регулярно, и слушающих ее редко;
- выяснить влияние любимой музыки.

Методы исследования: анкетирование, оценка физического состояния человека через измерение пульса и частоты дыхания, эмоциональная оценка при прослушивании музыкальных композиций различных жанров.

Практическая значимость. Человек с развитыми музыкальными способностями может эффективно воздействовать на своё эмоциональное состояние с помощью музыки. Результаты исследования и изученный литературный материал положены в основу курса «Музыка и мозг», планируемого к реализации в красноярской летней школе (КЛШ-2016). Курс разработан с целью помочь молодым людям подробно изучить влияние музыки на человека, понять работу мозга, его структур, запомнить отделы и зоны. Прослушивание музыки может быть средством терапии для пациентов с нервными заболеваниями (потеря двигательных функций или речи, амнезия, аутизм). Эти и многие другие заболевания потенциально могут быть облегчены с помощью музыкальной терапии [9].

Материалы и методика. Проведено анкетирование молодежи в возрасте 14-18 лет, с целью выяснить, как часто они слушают музыку, а также где и для чего. Выяснилось: музыку, каких жанров слушают анкетированные, и хорошо ли они разбираются в жанрах. С помощью анкеты для исследования были отобраны 14 человек, половина из которых слушают музыку практически ежедневно (категория «слушающие»), и половина - крайне редко («не слушающие»). В исследовании использовалась музыка 4-х жанров (см. табл.1) - основой послужили предпочтения респондентов (рок, джаз и классическая музыка); характеристика музыкальных жанров (исключили поп-музыку за непостоянный характер, тесную связь с другими жанрами и она является танцевальной); учитывалось происхождение жанров (исключили ритм-н-блюз, т.к. происходит от блюза). Таким образом: рок, классическая музыка, джаз и блюз стали музыкальными жанрами нашего исследования.

Таблица 1

Жанры музыки и композиции, предоставляемые в исследовании

Рок			
1	Metallica	Turn The Page	3:00
2	Kiss	I Was Made for Lovin' You	4:33
3	Queen	Bohemian Rhapsody	6:03
Всего:		13:36	
Джаз			
1	Louis Armstrong	What a wonderful world	2:20
2	Benny Goodman	Sing, sing, sing	5:15

3	Dean Martin	Magic moments	2:40
4	Ella Fitzgerald	Sleigh Ride	2:58
Всего:		12:13	
Классика			
1	Рахманинов	Романс «Весенние воды»	2:02
2	Чайковский	Танец Феи Драже	2:21
3	Бетховен	Симфония №5	2:53
4	Бородин	Половецкие пляски	2:57
5	Чайковский	Вальс Цветов	6:07
Всего:		15:4	
Блюз			
1	Eric Clapton	Layla	4:16
2	Johnny Cash	Devil's Right Hand	2:33
3	Tommy Emmanuel	Guitar Boogie	3:58
4	Stevie Ray	Pride and Joy	3:39
Всего:		13:46	

Исследуемые прослушивали композиции одного жанра и действовали по алгоритму:

- 1 - вначале оценивали своё состояние (плохо, хорошо, отлично);
- 2 - измеряли пульс (ЧСС - частоту сердечных сокращений в 1 минуту) и частоту дыхательных движений (ЧДД) в 1 минуту;
- 3 - прослушивание композиции одного жанра в указанном порядке (см. табл.1), не изменяя положения тела, находясь в комфортном положении;
- 4 - измеряли ЧСС и ЧДД в 1 минуту;
- 5 - в конце оценивали своё состояние (плохо, хорошо, отлично);
- 6 - писали комментарий (описание эмоций).

Между прослушиванием музыки разных жанров перерыв не менее суток. Исследуемым сообщался жанр, но не сообщался автор и название композиций. В исследовании «влияние любимой музыки» мы просили исследуемых подобрать себе любимые успокаивающие композиции любого жанра общей длительностью около 15 минут. Большинство выбрало рок. Если не слушающие не могли самостоятельно выбрать музыку, им предлагалось отобрать из предложенных композиций (так поступило трое). Влияние любимой музыки оценивалось по тому же алгоритму.

Результаты исследований. Предпочтения молодежи в музыке: на первое место преимущественно ставят рок, на второе – поп-музыку, на третье – ритм-н-блюз, на четвертое – джаз и классическую музыку, далее электронная музыка, блюз, хип-хоп. Важным пунктом исследования был «Комментарий» (описание эмоций) - некоторые ответы испытуемых дали понять, что прослушивание музыки сопровождается интенсивной, глубокой эмоциональной реакцией. Красочная внутренняя визуализация разных музыкальных жанров говорит о том, насколько существенно и по-разному влияет музыка на человека.

Снижение физиологических показателей при прослушивании жанров видно в правой половине таблицы 2 (преимущественно светло-серый цвет). Музыкальные жанры классическая музыка и блюз, с наибольшей эффективностью успокаивают исследуемых (и слушающих и не слушающих). У большинства повышение физиологических показателей наблюдается от рока и джаза. Рок повлиял на слушающих в большей степени, увеличение физиологических показателей было в два раза больше, чем от джаза. Но этот результат не говорит о том, что рок-музыка негативно влияет на человека. Если рассматривать отдельно слушающих и не слушающих, то можно заметить, что у не слушающих каждый жанр повышал физиологические показатели. Это следствие того, что не слушающие отличаются от слушающих функциональной организацией головного мозга. Восприятие музыки зависит от опыта и подготовленности человека. Значит, если у не слушающих со временем появится такая музыкальная подготовка, начнут развиваться сенсорные слуховые способности, то человек сможет использовать музыку в качестве эффективного средства для повышения работоспособности или для расслабления. По таблице 4 можно сказать, что эмоциональное состояние не слушающих от музыки улучшалось; то, что у слушающих эмоциональное состояние не всегда изменялось в лучшую сторону, можно объяснить несоответствием музыкальных вкусов и их опытом.

Любимая музыка у слушающих, в среднем, улучшает эмоциональное состояние, в отличие от не слушающих. По результатам выбранной молодыми людьми музыки и их собственным эмоциональным описаниям они выбирали музыку, способную вводить в некое забвение, помогающую забыть о проблемах и не связанную с какими-либо воспоминаниями. Это значит музыка, вызывающая ностальгию, не может успокоить, ведь она возбуждает зоны головного мозга. В таблице 3 у каждого наблюдалось снижение показателей - так как исследуемые должны были выбрать именно успокаивающую музыку, то выбор определенной музыки направлено изменял физиологическое состояние человека.

Таблица 2

Влияние музыкальных жанров на физическое состояние

	РОК				ДЖАЗ				КЛАССИКА				БЛЮЗ			
	ЧСС		ЧДД		ЧСС		ЧДД		ЧСС		ЧДД		ЧСС		ЧДД	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
НЕ СЛУШАЮЩИЕ МУЗЫКУ																
1Н	98	73	20	17	71	67	17	15	78	72	18	16	81	80	20	18
2Н	85	90	23	23	75	85	13	16	60	56	25	21	67	62	27	25
3Н	65	70	22	25	58	65	16	18	74	81	21	26	65	70	22	24
4Н	78	81	11	13	75	78	10	11	78	75	12	10	76	79	10	11
5Н	66	69	19	20	69	67	17	16	69	65	19	18	59	56	17	17
6Н	74	86	16	19	72	64	20	18	81	90	14	18	57	81	19	23
7Н	77	77	15	15	83	83	11	11	61	63	15	16	79	83	12	16
Ср	77,57	78	18	18,86	71,86	72,71	14,86	15	71,57	71,71	17,71	17,86	69,14	73	18,14	19,14
	+0,43		+0,86		+0,85		+0,14		+0,14		+0,15		+3,86		+1,00	
СЛУШАЮЩИЕ МУЗЫКУ																
1С	84	72	18	18	84	87	15	24	90	90	16	18	90	90	20	19
2С	69	81	22	29	68	59	24	23	79	64	26	20	68	64	21	20
3С	84	94	24	24	84	94	24	24	84	104	24	27	84	109	24	29
4С	85	101	17	28	79	83	18	20	94	80	21	19	77	85	20	22
5С	72	78	22	27	67	78	17	23	81	72	21	18	87	78	23	21
6С	94	97	15	20	81	78	19	16	80	93	18	20	82	78	19	17
7С	72	84	21	21	85	92	18	20	70	66	18	16	75	68	24	20
Ср	80	86,71	19,86	23,86	78,29	81,57	19,29	21,43	82,57	81,29	20,57	19,71	80,43	81,71	21,57	21,14
	+6,71		+4,00		+3,28		+2,14		-1,28		-0,86		-1,28		-0,43	
ЦВЕТ: светло-серый – снижение показателя; нет цвета – отсутствие изменений; темно-серый – повышение показателя.																

Таблица 3

Влияние любимой (понравившейся) музыки на физическое состояние

Не слушающие	ЧСС		ЧДД		Слушающие	ЧСС		ЧДД	
	До	После	До	После		До	После	До	После
1Н	78	70	18	16	1С	96	90	24	19
2Н	68	64	26	22	2С	76	71	23	22
3Н	70	64	19	18	3С	100	90	25	20
4Н	77	73	14	12	4С	90	79	19	17
5Н	72	66	16	15	5С	85	75	24	22
6Н	93	57	15	12	6С	91	89	18	17
7Н	97	92	18	17	7С	76	70	20	17
Сред	79,29	69,43	18	16	Сред	87,71	80,57	21,86	19,14
	-9,86		-2,00			-7,14		-2,72	
ЦВЕТ: светло-серый – снижение показателя.									

Таблица 4

Влияние музыкальных жанров на эмоциональное состояние.

	РОК		ДЖАЗ		КЛАССИКА		БЛЮЗ	
	До	После	До	После	До	После	До	После
НЕ СЛУШАЮЩИЕ МУЗЫКУ								
1Н	хорошо	отлично	плохо	хорошо	хорошо	отлично	хорошо	отлично
2Н	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично
3Н	плохо	хорошо	хорошо	отлично	хорошо	отлично	отлично	отлично
4Н	хорошо	отлично	отлично	отлично	отлично	отлично	хорошо	отлично
5Н	хорошо	хорошо	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	хорошо
6Н	хорошо	отлично	плохо	хорошо	хорошо	отлично	хорошо	отлично
7Н	плохо	плохо	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	отлично	отлично
Ср								
СЛУШАЮЩИЕ МУЗЫКУ								
1С	плохо	хорошо	плохо	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо
2С	плохо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично	плохо	отлично
3С	отлично	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	хорошо	отлично
4С	хорошо	отлично	плохо	хорошо	хорошо	хорошо	отлично	отлично
5С	плохо	плохо	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично
6С	хорошо	хорошо	хорошо	отлично	хорошо	хорошо	хорошо	отлично
7С	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично	хорошо	отлично
Ср								
ЦВЕТ: светло-серый – улучшение эмоционального состояния, нет цвета – отсутствие изменений; темно-серый – ухудшение эмоционального состояния.								

Таблица 5

Влияние любимой (понравившейся) музыки на эмоциональное состояние

Не слушающие	До	После	Слушающие	До	После
1Н	хорошо	отлично	1С	хорошо	хорошо
2Н	хорошо	отлично	2С	плохо	отлично
3Н	хорошо	отлично	3С	хорошо	отлично
4Н	хорошо	хорошо	4С	плохо	отлично
5Н	хорошо	хорошо	5С	хорошо	отлично
6Н	хорошо	хорошо	6С	хорошо	хорошо
7Н	хорошо	хорошо	7С	хорошо	отлично
Среднее			Среднее		
ЦВЕТ: светло-серый - улучшение эмоционального состояния, нет цвета – отсутствие изменений.					

Выводы: 1. По результатам анкетирования большинство молодых людей слушают музыку с целью расслабления, чаще, чем раз в неделю, и благодаря этому редко подвергаются стрессу. Наиболее популярным музыкальным жанром является рок, вторым по популярности – поп-музыка, третьим – ритм-н-блюз, затем джаз и классическая музыка, а блюз, электронная музыка и хип-хоп заняли последние места.

2. Исследование показало, что блюз и классическая музыка успокаивают людей, в то время как рок и джаз способны придать тонус для выполнения активной деятельности. Рок влияет на слушающих в большей степени, причем наблюдается улучшение эмоционального состояния. Подтвердилось, что физическое и эмоциональное состояние слушающих и не слушающих меняются в разной степени. У большинства слушающих музыка, пред-

ложенная в исследовании, не улучшала эмоциональное состояние. Но физическое состояние изменилось гораздо сильнее, чем у не слушающих.

3 Любимая музыка у слушающих вызывала в среднем улучшение эмоционального состояния, а у не слушающих такого не наблюдалось. По физиологическим показателям заметно снижение как у слушающих, так и у не слушающих. Выбор музыки с определенной целью способен направлено изменять состояние человека.

В целом можно заявить, что гипотеза подтвердилась, и прослушивание музыки определенных жанров, выбранных с конкретной целью, действительно является эффективным методом для улучшения эмоционального состояния в различных ситуациях. В музыке можно найти все: и успокоение, и энергию, и здоровье. Надо лишь уметь слушать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билиц, Г.Л. Анатомия человека / Г.Л. Билиц. - М.: Эксмо, 2015. - С.: 145-169 с.
2. Воздействие звука музыки на организм человека. -12.04.2011. – URL. <http://sait-inform.ru/>
3. Кэмпбелл, Д. Эффект Моцарта. / Д. Кэмпбелл. Пер. с англ. - Минск: Попурри, 1999. - С.: 2-23.
4. Панюшева, Т.Д. Музыка и функциональная пластичность мозга в слуховой сфере: потенциал для восстановительного обучения. / Т.Д. Панюшева // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. Выпуск № 80 / 2008. - С. 476.
5. Петриченко, Е.С. Влияние ритма музыки на организм человека. / Е.С. Петриченко. Калужский гос. ун-т. К.Э. Циолковского. - Калуга: 2015. - С. 2-16.
6. Первунина, А.В. Опрос «Музыка и мозг»: - 10.10.2015. – URL. <https://ru.surveymonkey.com/r/FDKG37L>
7. Плетников, М.В. Структурная асимметрия мозга у музыкантов / М.В. Плетников // Science. - 1995. - С. 699-701.
8. Сакс, О. Человек, который принял жену за шляпу, и другие истории из врачебной практики / О. Сакс. - М.: АСТ, 2015. - 103 с.
9. Сакс О. Музыкафилия: сказки о музыке и мозге. / Пер. с англ. А. Поляринов. Под ред. М. Савченко / О. Сакс. - М.: АСТ, 2015. - С. 2-6.
10. Уэйнбергер, Н. Музыка и мозг / Н. Уэйнбергер // В мире науки. - 2005. - №2. - С. 72-74.
11. Gaser Ch., Schlaug G. Brain structures differ between musicians and non-musicians. // The journal of Neuroscience. – 2003. - P. 9240-9245.
12. Hutchinson S., Lee L.H.-L., Gaab N., Schlaug G. Cerebellar volume of musicians. // Cerebral cortex. - 2003. - Vol. 13, № 9. - P. 943-949.
13. Lee D.J., Chen Y., Schlaug G. Corpus callosum: musician and gender effects. // NeuroReport, Motor system. - 2003. - Vol 14, № 2. - P. 205-209.
14. Schmithorst V.J., Holland S.K. The effect of musical training on the neural correlates of math processing: a functional magnetic resonance imaging study in humans // Neuroscience Letters. - 2004. - P. 354-365.

УДК 159.923-053.6

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ РИГИДНОСТИ У ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ

Первухина Е.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Живаева Ю.В.

Есть работы, указывающие на роль ранней детской или юношеской, не пережитой психологической травмы у больных онкологией. В результате ее, психическая жизнь больных редуцировалась, что проявлялось в ограничении диапазона реагирования и способствовало созданию ригидных связей с окружающими, утрата которых приводила к отчаянию. Отчаяние не имело выхода: они переживали его «в себе», были не способны излить свою боль, обиду, гнев или враждебность на других. Присущая им ригидность, не позволяющая выйти за пределы стереотипов поведения, делала их зависимыми от окружающих и мешала строить отношения с ними на основе доверия к себе, признания ценности и уникальности своей собственной жизни [1].

Тема психическая ригидность у людей с онкологическим диагнозом актуальна, так как можно отметить увеличение количества заболевших людей. По данным ВОЗ, каждый год заболевают 10 млн. человек. Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических до психозов) при онкологической патологии — частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать

ровать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями. Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у людей с онкологическим диагнозом резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль. Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов [2].

Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если оценить тяжесть рака позволяют количественные математические критерии (величина опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным (даже психотическое нарушение позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического), что связано с вовлеченностью в процесс личности с ее экзистенциальными параметрами априорно неподдающимися «учету и контролю». Вследствие этого можно считать нецелесообразным указание на глубину психогенных реакций у онкологически больных трех видов: реакции легкой, тяжелой и средней степени. Даже суицидальные попытки по сути не могут отражать объективной тяжести состояния, т.к. в процессе психического переживания участвуют как минимум два агента: объективное событие и личность со спецификой отношения к событию [2].

Проблема ригидности, у данной категории больных, в основном, особо заметна после постановления клинического диагноза, так как, зачастую, онкобольным приходится менять образ жизни, ломаются сложившиеся жизненные стереотипы, требуется адаптация к заболеванию, социально-психологическим условиям.

С целью изучения ригидности у людей с диагнозом онкология нами было организовано и проведено исследование на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. Крыжановского. Выборка исследования представлена разными категориями больных онкологией в количестве 20 человек. Средний возраст исследуемых 55-65 лет.

С целью исследования ригидности в качестве диагностического инструментария мы использовали Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского. Томский опросник ригидности (ТОР), созданный Г.В. Залевским и позволяющий оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных ее элементов в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации [4].

Анализируя показатели исследования людей с онкологическим диагнозом по шкале сенситивной ригидности, которая отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, страх перед новым мы обнаруживаем, что у людей с онкологическим диагнозом 65% - умеренный уровень проявления ригидности, высокий – 40%. Также у людей с онкологическим диагнозом выявлен низкий уровень сенситивной ригидности, свидетельствующий об отсутствии страха перед новым - 20%.

По шкале установочной ригидности, которая отражает личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие-непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек выявлено преобладание так же умеренного уровня в исследуемых выборках. У исследуемых людей с онкологическим диагнозом показатели умеренного уровня характерны для 50%. Соответственно высокий уровень выявлен у 40% испытуемых. Также, по данной шкале, у 10% больных наблюдается низкий уровень психической ригидности.

РСО (ригидность как состояние) отражает, что в состоянии страха, стрессе, плохого настроения, утомления или болезни человек в высокой степени склонен к ригидному поведению, которое он может и не проявлять в обычных условиях. Высокий уровень характерен для 50% исследуемых людей с онкологическим диагнозом. У 35% исследуемых выявляется низкий уровень психической ригидности.

СКР (симптомокомплекс ригидности) отражает склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения. Высокий уровень ригидности наблюдается у 30% испытуемых. У 65% выявляется умеренный уровень психической ригидности.

Актуальная ригидность, отражает неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания. По данной шкале, умеренная психическая ригидность наблюдается у 50% испытуемых, а у 40% наблюдается высокий уровень психической ригидности.

Преморбидная ригидность отражает то, что исследуемый уже в подростковом и юношеском возрасте испытывал трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен, нового подхода, решения. Высокий уровень выявлен у 35% исследуемых, у 55% исследуемых наблюдается умеренный уровень психической ригидности.

У 65% исследуемых по шкале СКР наблюдается умеренный уровень ПР, по этой же шкале наблюдается меньшее число испытуемых - 5%, у которых наблюдается низкий уровень ПР. Очень высокий уровень ПР был выявлен только в шкале РСО у 5% испытуемых.

Анализ полученных данных показывает, что по шкалам Томского опросника ригидности Г.В. Залевского [4] обнаружено преобладание умеренного и высокого уровня ригидности по всем шкалам. Следовательно, исследуемые в большей степени склонны к ригидному поведению, подвержены стереотипизации собственного опыта в силу сформировавшихся фиксированных установок, но при этом некоторые из них обладают способностью при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку.

На основании полученных данных и наблюдения можно сделать вывод о том, что исследуемые люди с онкологическим диагнозом в большинстве своем характеризуются не способностью изменить свое мнение, отношение при объективной необходимости.

По данным наблюдения за испытуемыми, у которых выявлены высокие показатели по шкалам мы можем сделать вывод, что эти больные в лечении ориентируются на четкие правила и предписания, четко следуют инструкциям. Такие больные, в общении, четко отвечают на заданные вопросы, в ситуации, где нужно проявить множество решений, испытуемые пользуются одним стандартным способом и не стараются избрать другого способа действия.

В итоге исследования были составлены следующие рекомендации по понижению психической ригидности:

1. Позволять себе больше свободы, избегать ситуаций, провоцирующих возникновение отрицательных эмоций;
2. Удовлетворять потребности в эмоциональном контакте;
3. Проявлять больше инициативы;
4. Стараться чаще принимать себя, свои поступки, ошибки;
5. Позволять себя быть откровенным;
6. Активно участвовать в различных деятельности и делиться возникающими чувствами.

Программа рассчитана на пациентов Красноярского краевого онкологического диспансера им. Крыжановского. Выборка исследования представлена больными с разными категориями онкологии, радиотерапевтического отделения в количестве 20 человек. Средний возраст исследуемых 55-65 лет.

Данная программа рассчитана на 12 занятий. Частота встреч 3 раза в неделю во второй половине дня. Приблизительная продолжительность каждого занятия 1 час.

Цель программы – коррекция программы поведения в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации людей с онкологическим диагнозом.

Достижение цели возможно в процессе реализации следующих задач:

1. Дать возможность самораскрытия, самопринятия и принятия индивидуальности окружающих;
2. Сформировать способность при объективной необходимости изменять мнение, отношение, установку, модус переживания;
3. Обучить навыкам релаксации;
4. Обучить навыкам более эффективного взаимодействия с окружающими;

Критерии включения в тренинговую группу: удовлетворительное состояние пациентов; высокие показатели психической ригидности; мотивация к занятиям.

Критерии исключения: тяжелое состояние пациентов; отсутствие мотивации к занятиям.

Таким образом, разработана программа для снижения психической ригидности пациентов с онкологическим диагнозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокова, О.А. Самоотношение личности и психическая ригидность / О.А. Бокова // Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции. - Барнаул. - 2000. - С. 39 - 41.
2. Галажинский, Э.В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности / Э.В. Галажинский // Учеб. для вузов психол. специальности – М., 2000.
3. Залевский, Г.В. Психическая ригидность – флексибельность в структуре личности людей с субъект – субъектной профессиональной ориентацией / Г.В. Залевский // Автореф. дис. на соискание уч. степени к. пс. н. спец: 19.00.01 – общая психология, психология личности, история психологии. / Барнаул - 1999. – С. 25.
4. Залевский, Г.В. Томский опросник ригидности (ТОР) / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. - 2005. - №12. - С. 22-27

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ HERPES ZOSTER У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Петров И.Ю.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сергеева И.В.

Россия по темпам распространения ВИЧ-инфекции занимает первое место в мире, опередив такие страны, как Китай, Индию, Эфиопию и Нигерию. 60 процентов людей, живущих с этой инфекцией, сосредоточено в 11 субъектах Российской Федерации.

В Российской Федерации в 2014 г. среди ВИЧ-инфицированных по-прежнему преобладали мужчины (61%), но в тоже время с 2002 года отмечается увеличение доли женщин. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом каждый сороковой мужчина в возрасте 35-40 лет является инфицированным и как следствие он служит источником при реализации полового пути передачи ВИЧ - инфекции [2,4,6].

Особенности клинического течения Herpes zoster на фоне ВИЧ-инфекции позволяют облегчить диагностику атипичных форм болезни.

Обнаруженная ДНК ВИЧ в материале из герпетических поражений кожи и слизистых оболочек методом ПЦР имеет важное эпидемическое значение, так как может служить дополнительным фактором распространения ВИЧ-инфекции [4,6,8].

Цель работы – оценить особенности течения Herpes zoster у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Задачи исследования:

Анализ историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых диагностирована герпетическая инфекция (Herpes zoster).

Выявить особенности течения Herpes zoster у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Нами были проанализированы 23 истории болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией у которых был диагностирован Herpes zoster. Обследуемые пациенты находились на стационарном лечении в 1-ом инфекционном отделении КМКБСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск) в период с 2014-2016 гг. Диагноз подтвержден методом ИФА ВИЧ (лаборатория КМК БСМП им. Н.С. Карповича) и иммунным блотингом (Центр СПИД).

Обследованы 23 городских жителя (г. Красноярск). Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 18 до 60 лет, отсутствие беременности, четвертая стадии ВИЧ-инфекции (Б, В). Результаты представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1

Характеристика обследуемых пациентов

Критерий	Абсолютное число	%
Пол:		
Мужчины	18	78,3%
Женщины	5	21,7%
Возраст:		
25-29	7	30,4%
30-39	13	56,5%
40-49	2	8,7%
50 и более	1	4,4%
Средний возраст	35±2,3 лет	
Социальный статус:		
Работающие	9	39%
Неработающие	14	61%
Образование:		
Среднее	18	78,3%
Среднетехническое	5	21,7%
Путь инфицирования:		
Инъекционный	21	91,2%
Половой	2	8,8%
Пребывание в местах лишения свободы	7	30,2%
Стадия ВИЧ-инфекции:		
4Б	22	95,6%
4В	1	4,4%

Количество CD4+лимфоцитов: CD4+ = 200-500/мкл CD4+ <200/мкл	14 9	61% 39%
АРВТ: Принимают Принимали и бросили Не принимали	2 7 14	8,8% 30,2% 61%
Оппортунистические заболевания: Кандидоз Опоясывающий лишай (Herpes zoster) Туберкулез	23 23 4	100% 100% 17,4%
Прием противотуберкулезной терапии ранее, сейчас нет	4	17,4%
Хронический вирусный гепатит: ХРВГС ХВГВ+С	15 8	65,2% 34,8%
Цирроз печени (вирусный+алкогольный)	3	13%

Таблица 2

Локализация поражений при Herpes zoster

Локализация	Абсолютное число	%
Лицевая ветвь тройничного нерва	10	43,5%
Межреберные нервы	6	26%
Поясничный ствол	5	21,8%
Верхние и нижние конечности	2	8,7%
Слизистые оболочки (полость рта)	5	21,8%

Обследованные пациенты поступали в стационар на 2-3 день от начала заболевания. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на: высыпания с выраженным болевым симптомом – 14 больных (61%), высыпания, сопровождающие чувством жжения и кожным зудом 9 больных (39%). При поступлении у всех обследуемых пациентов регистрировалась субфебрильная температура ($37,2 \pm 2,3^\circ\text{C}$).

Таблица 3

Изменения в ОАК пациентов

Критерий	Показатели
Эритроциты Норма $3-5 \times 10^{12}/\text{л}$	$2,2 \pm$
Гемоглобин г/л	$86,3 \pm 2,4$
Тромбоциты $\times 10^9/\text{л}$	$135,9 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$
СОЭ, мм/час	$31,46 \pm$

У обследуемых пациентов наблюдались высокие показатели С-РБ ($19,4 \pm 1,7$) - маркера системного воспалительного ответа. Повышение С-РБ на фоне иммуносупрессии (уровень CD4+ менее 500 в 1 мкл) свидетельствует о нарастании выраженности системного воспаления с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Данный факт может быть объяснен, в частности, дополнительным вкладом оппортунистических инфекций в активность воспалительного процесса при ВИЧ-инфекции. С другой стороны, это может свидетельствовать о роли системного воспаления в поражении иммунной системы и прогрессировании заболевания у больных ВИЧ-инфекцией.

Койко-день у обследованных пациентов составлял – $27,2 \pm$ Наиболее часто Herpes zoster диагностирован у мужчин (78,3%).

Наиболее частая локализация Herpes zoster на лице (Лицевая ветвь тройничного нерва – 43,5%).

У обследуемых нами больных отмечается иммуносупрессия (уровень CD4+ менее 500 в 1 мкл).

Выявленное повышение С-РБ на фоне иммуносупрессии (уровень CD4+ менее 500 в 1 мкл) свидетельствует о нарастании выраженности системного воспаления с прогрессированием ВИЧ-инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Белозеров, Е.С. ВИЧ-инфекция / Е.С. Белозеров, Ю.И. Буланьков. – Элиста: Джангар, 2006. – 224 с.
- Вепрык Т.В., Матейко Г.Б. Герпетическая инфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. - С.1-8

3. ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронин, А.А. Яковлев – Спб.: Двадцать первый век, 2004. -696 с.
4. ВИЧ - инфекция и СПИД / Под ред. В.В. Покровского. - 2-е изд., перераб. И доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 192 с.
5. Лобзин, Ю.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Ю.В. Лобзин, К.В. Жданов, В.Л. Пастушенков. - СПб.: Фолиант, 2003. - 135 с.
6. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение, Издательство: ГЭОТАР-МЕД – 2003. – 96 с.
7. Соколова, Е.В. Ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / Е.В. Соколова, В.В. Покровский, Н.Н. Ладная // Терапевтический архив. – 2013. - №11. – С.10-15.
8. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д., Инфекции, передаваемые половым путем, Глава 14-ВИЧ-Инфекция, Дерматологические проявления у больных ВИЧ-инфекцией, Издательство: МЕДпресс-информ - 2001. - 87 с.

УДК 616.921.5-085:615.281.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАГОЦЕЛ В ТЕРАПИИ ГРИППА И ОРВИ ПРИ ПОЗДНЕМ НАЗНАЧЕНИИ

Петрова А.В., Ананьева М.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сергеева И.В.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп, по своей социальной значимости, ущербу здоровью населения и экономике страны, занимают ведущее место среди всех болезней человека [1,2]. В настоящее время сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости этими инфекциями во всех возрастных группах. В России ежегодно гриппом и ОРВИ болеет около 30 млн. человек [1,2]. Особая опасность гриппа заключается в том, что он может привести к осложнениям, среди которых ведущую роль занимают пневмонии и вторичные инфекции [3].

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность препарата «Кагоцел» у больных гриппом при позднем сроке госпитализации (после 3-х суток от начала болезни).

Материалы и методы: Исследование проводилось с декабря 2015 года по март 2016 года на базе инфекционных отделений КМКБСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск). Нами было обследовано 56 госпитализированных больных с клиническими проявлениями, причиной которых мог быть грипп (лихорадка, катаральный и интоксикационный синдромы), которые поступали в стационар на 3-4 день от начала болезни со средней степенью тяжести. Для верификации диагноза проводилось исследование мазков из зева и носа на наличие геномов вирусов гриппа методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), забор клинического материала осуществлялся в первые 2 часа от момента госпитализации до начала противовирусной терапии.

У обследованных больных был подтвержден сезонный штамм гриппа А – А (H3N2). Эффективность противовирусных препаратов оценивалась в 4-х группах: 1 группа – 16 больных, которым назначался препарат «Кагоцел», 2 группа – 14 больных, которым назначался препарат «Арбидол», 3 группа – 11 больных, которым назначался препарат «Ингавирин», и 4 группа - 15 больных, которым назначалась комбинация препаратов «Арбидол» + «Кагоцел». Противовирусные препараты назначались по схеме в первые сутки госпитализации, после забора клинического материала для этиологической верификации гриппа.

1 группа – «Кагоцел» по 12 мг: в первый день и во второй день – по 24 мг x 3 раза в день; в третий и четвертый день – по 12 мг x 3 раза в день.

2 группа – «Арбидол» по 200 мг x 4 раза в день – 5 дней.

3 группа – «Ингавирин» по 90 мг x 1 раз в день - 5 дней.

4 группа – «Арбидол» по 200 мг x 4 раза в день – 5 дней + «Кагоцел» по 12 мг: в первый день и во второй день – по 24 мг x 3 раза в день; в третий и четвертый день – по 12 мг x 3 раза в день.

Были получены результаты, указанные в таблицах 1-4.

Таблица 1

Распределение госпитализированных больных по полу, возрасту и сроку госпитализации

Параметр	1 группа (n=16)	2 группа (n=14)	3 группа (n=11)	4 группа (n=15)
Пол:				
Мужчины	10 (62,5%)	5 (35,8%)	6 (54,5%)	9 (60%)
Женщины	6 (37,5%)	9 (64,2%)	5 (45,5%)	6 (40%)
Возраст (лет)	30,0±1,5	34,3±0,7	29,5±1,5	36,0±0,7
День госпитализации	5,5±0,2	4,1±0,4	3,7±0,3	3,8±0,3

Таблица 2

Клинические симптомы гриппа

Параметр	1 группа (n=16)	2 группа (n=14)	3 группа (n=11)	4 группа (n=15)
Головная боль	16 (100%)	14 (100%)	11 (100%)	15 (100%)
Слабость	16 (100%)	14 (100%)	11 (100%)	15 (100%)
Лихорадка (38°C и более)	16 (100%)	14 (100%)	11 (100%)	15 (100%)
Першение в горле	16 (100%)	14 (100%)	11 (100%)	15 (100%)
Сухой кашель	16 (100%)	14 (100%)	11 (100%)	15 (100%)
Заложенность носа и/или ринит	12 (75%)	11 (78,5%)	7 (63,6%)	11 (73,3%)
Боли в суставах и мышцах	9 (56,25%)	10 (71,4%)	6 (54,5%)	11 (73,3%)

Таблица 3

Частота гематологических изменений в сравниваемых группах при госпитализации

Параметр	1 группа (n=16)	2 группа (n=14)	3 группа (n=11)	4 группа (n=15)
Лейкопения, (N= 4-9х10 ⁹ /л)	3,7±	3,2±	3,6±	3,8±
Лейкоцитоз, (N= 4-9х10 ⁹ /л)	9,1±	8,9±	9,2±	9,0±
Нейтрофильный сдвиг влево лейкоцитарной формулы	11 больных (68,75%)	9 больных (64,2%)	7 больных (63,6%)	12 больных (80%)
Лимфопения, % (N=25–40%)	24,79±	24,73±	24,85±	25,04±
Лимфоцитоз, % (N=25–40%)	43 у 1 больного (6,25%)	-	-	-
Тромбоцитопения, (N=150-450х10 ⁹ /л)	138,2±	141,2±	145,6±	142,4±

Клиническое наблюдение за больными проводилось ежедневно. Эффективность лечения оценивали по продолжительности лихорадочного симптома (количество дней от начала заболевания, когда отмечалась температура тела выше 38°C), катарального симптома (количество дней, в течение которых отмечались: заложенность носа и/или ринорея, першение в горле, сухой кашель), интоксикационного симптома (количество дней, в течение которых отмечались: слабость, головная боль, боль в суставах и мышцах), продолжительности сроков госпитализации (таблица 4). Осложнений у наблюдаемых нами больных диагностировано не было.

На фоне проведения противовирусной терапии случаев отказа от применения препаратов, нарушений режима приема или замены препарата на другой, нежелательных явлений не выявлено.

Таблица 4

Продолжительность основных клинических проявлений в сравниваемых группах

Параметр	1 группа (n=16)	2 группа (n=14)	3 группа (n=11)	4 группа (n=15)
Длительность лихорадки с момента заболевания	6,2±0,2	5,8±0,3	5,9±0,4	6,0±0,3
Длительность лихорадки от начала терапии	2,9±0,3	2,7±0,2	2,8±0,3	2,5±0,3
Длительность интоксикации от начала терапии	5,6±0,4	6,1±0,4	5,8±0,3	5,3±0,2
Длительность катарального симптома с момента заболевания	10,1±0,8	9,7±0,6	9,5±0,5	9,3±0,5
Длительность сроков госпитализации	8,7±0,5	8,6±0,8	8,5±0,5	7,4±0,6

Выводы: результаты клинического исследования показали, что назначение комбинации двух препаратов («Арбидол» + «Кагоцел») при позднем сроке госпитализации (до 4-х суток от начала болезни) не только достоверно ускоряло исчезновение явлений интоксикации, катаральных явлений в носо- и ротоглотке, сроков госпитализации, но и предотвращало развитие таких осложнений, как пневмония, синуситы, отит. Учитывая терапевтическую эффективность арбидола и кагоцела позволяют рекомендовать Кагоцел для комплексной терапии гриппа и ОРВИ при позднем сроке госпитализации (до 4-х суток от начала болезни).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грипп (сезонный, птичий, пандемический) и другие ОРВИ / под ред. В.П. Малого, М.А. Андрейчина – Москва: ГОЭТАР – Медиа, - 2012. – С. 320: ил.

2. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение / под ред. О.И. Киселева, Л.М. Цыбаловой, В.И. Покровского – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. – С. 496.
3. Клинические особенности внебольничной пневмонии у больных гриппом А/Н1N1 / А.В. Говорин, О.М. Серебрякова, А.П. Филев и др. // Пульмонология. – 2010. – № 5. – С. 27-29.

УДК 005.962.11

ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ КАК СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ВРЕМЕНЕМ

Пирожков Э.О.

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра экономики и менеджмента*

Время - это самый ценный и невозполнимый ресурс каждого человека. Тайм - менеджмент (наука управления временем) с помощью техник и приемов позволяет беречь драгоценное время, распределять его более рационально, и благодаря этому быстрее достигать своих истинных целей.

Эффективное использование времени - одна из ценных способностей в условиях постоянного цейтнота. Ведь умение планировать рабочее время – важная составляющая, которая позволит определить, насколько продуктивно мы используем рабочее время и что его поглощает. А для меня, как начинающего молодого специалиста, это важно вдвойне.

Почему так необходимо уметь управлять временем, как научить этому? Помогут разобраться два первейших фактора, которые обуславливают наш выбор относительно того, как нам распорядиться своим временем - срочность и важность. Хотя мы постоянно имеем дело с обоими факторами. Наше общество поголовно заражено влечением к срочности. Мы живем от кризиса до кризиса. Никто и пальцем не шевельнет, пока не скажешь ему, что дело срочное". Важно понимать, что срочность сама по себе - не проблема. Проблема возникает, когда мы срочное считаем главным. А ведь чем больше срочности в нашей жизни, тем меньше в ней важности. Хотя именно многие важные вещи, приближают нас к основным жизненным целям, обогащают нашу жизнь, наполняют её смыслом, как правило, не давя на нас, не вызывая к нам. В силу их не срочности мы сами должны проявлять инициативу.

За основу управления временем в своей деятельности я взял Матрицу Эйзенхауэра (матрица управления временем). Матрица Эйзенхауэра (таблица 1) – один из методов тайм-менеджмента для определения приоритетов дел дня. Выглядит матрица как четыре квадрата, которые получаются при пересечении осей "Важно - Неважно" по горизонтали и "Срочно - не Срочно" по вертикали. Ценность Матрицы управления временем заключается в том, что она помогает нам понять, каким образом важность и срочность влияют на выбор нами того, как нам потратить свое время. Она позволяет нам увидеть, чему мы уделяем основное время. Вся деятельность человека разбивается на четыре четверти. Это четыре возможных типа расходования времени.

Таблица 1

Матрица Эйзенхауэра (матрица управления временем)

	Срочные	Несрочные
В А Ж Н Ы Е	I- Кризисы - Насущные проблемы - Проекты, встречи подготовки с поджимающими сроками выполнения	II- Подготовка - Профилактика - Прояснение ценностей - Планирование - Укрепление связей - Восстановление сил - Увеличение дееспособности
Н Е В А Ж Н Ы Е	III- Некоторые телефонные звонки, почтовые отправления, отчеты - Некоторые встречи - Множество мелких неотложных дел - Многие популярные виды деятельности	VI- Рутинные дела - Некоторые телефонные звонки - Пустая трата времени - Не относящаяся к делам почта - Чрезмерное увлечение телевидением

К Квадрату I относятся вопросы, которые являются одновременно и срочными, и важными. Именно об этом идет речь, когда мы пытаемся выполнить работу в срок. Уделять время Квадрату I необходимо. Игнорируя этот квадрант, мы оказываемся погребёнными заживо. Но мы также должны понимать, что многие важные дела становятся срочными из-за затяжки времени или недостаточной профилактики и планирования.

Квадрат II, включает дела важные, но не срочные. Это Квадрат Качества. Здесь мы осуществляем долгосрочное планирование, проводим профилактические мероприятия, расширяем свои знания и умения через чтение и непрерывное профессиональное развитие, готовимся к важным встречам или вкладываем время в укрепление важных для нас взаимоотношений, внимательно слушаю других людей. Увеличение времени, затрачиваемого на этот квадрат, повышает нашу дееспособность. Игнорируя этот квадрат, мы тем самым расширяем Квадрат I, увеличивая стресс и углубляя кризисы. С другой стороны, вложение времени в Квадрат II сокращает Квадрат I. Планирование, подготовка и профилактика позволяют не допустить превращения многих дел в срочные. Квадрат II не давит на нас - мы сами должны проявлять инициативу. Это Квадрат Руководства собой.

Квадрат III можно назвать призраком Квадрата I. Он включает дела срочные, но не важные. Это Квадрат-обманщик. Зуд срочности порождает иллюзию важности. Но на самом деле эти вопросы, если они вообще важны, важны для кого-то другого. В эту категорию попадают многие телефонные звонки, встречи, визиты случайных посетителей. Мы тратим массу времени в Квадрате III, удовлетворяя желания и потребности посторонних нам людей и считая, что находимся в Квадрате I.

Квадрат IV является ни важным и ни срочным. Это Квадрат Пустой траты времени. По идее он нам вообще не нужен. Но истощенные битвами в Квадратах I и III, мы часто попросту "спасаемся" в Квадрате IV, оберегая самих себя. Какая деятельность относится к Квадрату IV? - чтение легкомысленных романов, привычно бездумный просмотр телепрограмм. Поначалу он может казаться конфеткой, но очень скоро мы убеждаемся, что это пустой фантик.

Как использовать эту матрицу? Я просто распределял и записывал свои дела по квадратам, в соответствии с их важностью и срочностью. Ежедневное планирование просто необходимо для эффективного управления временем. Со временем это стало для меня совсем просто, а пока немного пояснений: все, что вы должны сделать в течение дня, можно разбить на четыре группы, на дела срочные и не срочные, важные и не важные. Задачи первой группы и срочные, и важные. Их нужно решать сразу. Срочные и важные дела, такие как звонки, встречи, переговоры с клиентами или форс-мажорные ситуации, почти всегда возникают не по вашей воле и составляют важную часть работы. Попытка отложить такие дела на потом только создаст вам серьезные проблемы. Многие тратят весь день на решение срочных и важных вопросов. Ко второй группе относятся дела важные, но не срочные. Обычно с ними связаны большие долговременные последствия. Это такие дела, как работа над собой, совершенствование своих навыков и знаний, занятие физическими упражнениями и спортом, а также время, уделяемое семье. Важный и не срочный вопрос можно отложить. Однако они могут оказать огромное влияние в долгосрочной перспективе. Не срочные, но важные дела рано или поздно становятся очень срочными, как, например, курсовая работа в университете, или отчет для начальника. Третью группу составляют дела срочные, но не важные. Позвонить по телефону, поговорить с заглянувшим к вам коллегой, обсудить телевизионные передачи и т.п. Можно заниматься этим в рабочее время, но это никак не скажется на вашем успехе. Многие считают, что они работают, когда делают что-либо срочное и не важное. На самом деле это большая трата времени, способная разрушить вашу карьеру и ваш потенциал. Последняя группа состоит из не срочных и не важных дел. Они полностью лишены смысла. Ими занимаются в течение дня, хотя они не имеют никакого значения и никаких последствий. Примером может служить чтение газеты, звонок домой с вопросом относительно меню ужина, поход в магазин. Эти дела ничего не дают ни вашей организации, ни вам лично для достижения поставленных целей. Чтобы удвоить продуктивность, следует решать срочные и важные задачи, затем важные задачи, но не срочные, и не заниматься тем, что не имеет значения.

Всегда задаю себе вопрос: "Какие долгосрочные последствия у этой задачи? Что произойдет, если я ее не выполню вообще?" Ответы на эти вопросы есть основа выбора моих приоритетов. Очень внимательно распределяю дела по Квадратам I и III. Здесь легко впасть в заблуждение, считая какие-то вопросы важными только потому, что они срочные. Самый простой способ разобраться, к какому квадрату отнести то или иное дело - спросить себя, приблизила ли вас срочная деятельность к достижению какой-то важной цели. Если нет, то она, вероятно, относится к Квадрату III.

Если основная доля вашего времени приходится на Квадраты I и III, задайте себе вопрос, какова цена этого? Если вас влечет срочность, какие важные - может быть, даже главные - дела не получают времени и внимания с вашей стороны?

Важная деятельность относится к Квадрату II. Так почему же многие люди не занимаются этими вопросами? Вероятно, потому, что эти дела не срочные. Они не давят на них. Люди сами должны проявить инициативу.

Ясно, что в жизни нам приходится иметь дело с обоими факторами - срочностью и важностью. Как правило, доминирует какой-то один из этих факторов. Проблемы начинаются тогда, когда мы исходим преимущественно из парадигмы срочности, а не важности.

Когда мы следуем парадигме важности, мы живем в Квадратах I и II. Мы покидаем Квадраты III и IV и, уделяя больше времени подготовке, профилактике, планированию и расширению возможностей.

Чем чаще я стал заниматься делами квадрата "Важно, но не Срочно", тем чаще квадрат "Важно и Срочно" стал у меня пустым.

Таким образом, система тайм-менеджмента помогает грамотно планировать свое рабочее время и рационально распределять задачи. Нарботка базовых навыков тайм - менеджмента: точной оценки и расчета времени на выполнение конкретных задач; постановки цели и расстановки приоритетов; учета индивидуальных особенностей и биоритмов в планирование нагрузки; умения работать в многозадачном режиме; умения делегировать, помогают эффективнее использовать свое время и добиваться положительных результатов в своей профессиональной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архангельский, Г. Организация времени: от личной эффективности к развитию фирмы: учебное пособие / Г. Архангельский. - М.: АиСТ-М. - 2013. - С. 231.
2. Берд, П. Тайм-менеджмент. Планирование и контроль времени / П. Берд. // – Пер. с англ. К. Ткаченко. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2004. – С. 288.
3. Вронский, А.И. Как управлять своим временем. – Ростов-н/Д: Феникс, 2007. – 224 с.
4. Захаренко Г. Тайм-менеджмент. – СПб.: Питер, 2004. – 128с.

УДК 611.728.2

СРАВНЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У СОБАКИ И ЧЕЛОВЕКА

Платонова А.Н.

Открытая эколого-биологическая школа-центр «Фламинго»

МБОУ СШ №152 класс 11Б

Научный руководитель: п.д.о. Киселева Е.Л.

Два разных вида - человек и собака в условиях города обитают на одной территории, питаются похожей пищей, имеют сниженные физические нагрузки. Медицина и ветеринария отмечают широкое распространение ортопедических проблем. Среди них дисплазия тазобедренных суставов - встречается в России и в мире у 2-3 % населения, а в экологически неблагоприятных регионах заболеваемость до 12 %.

Наследственная предрасположенность, третью часть заболевания составляют семейные случаи. У людей отмечена повышенная заболеваемость при тугом пеленании младенцев, а в собаководстве - связь с анатомическим строением - прямым поставом бедра у породистых собак.

В медицинской и ветеринарной практике отмечается гипердиагностика из-за опасения пропустить тяжёлую форму заболевания и отсутствие четких стандартов. Ранее учитывали только тяжёлую форму дисплазии - врождённый вывих бедра, затем в термин «дисплазия тазобедренного сустава» добавились предвывих и подвывих.

Цель исследования – сравнить заболевание «дисплазия тазобедренных суставов» у человека и собаки.

Задачи исследования:

-выяснить сходства и различия в проявлении, диагностике, прогнозе и профилактике заболевания у двух разных видов;

-найти точки соприкосновения медицины и ветеринарии в ортопедии.

Методы исследования: клиническое исследование тазобедренных суставов, сравнительное описание ультрасонографии суставов младенцев и рентгениследования суставов собак. Исследовано 10 новорожденных в возрасте 1-7 дней в роддоме №3 в Солнечном (условно-здоровых), исследовано 10 младенцев в возрасте 3-8 месяцев, стоящих на учете у ортопеда поликлиники в Северном (имеющих клинические признаки нарушений опорно-двигательного аппарата). Исследовано 10 собак в возрасте 12-24 месяца, условно-здоровых (не имеющих клинических признаков), проверяемых на дисплазию тазобедренных суставов, с целью дальнейшего использования как производители. Исследовано 10 собак, имеющих клинические признаки проблем с задними конечностями. Всем этим животным сделан рентген на дисплазию тазобедренных суставов в ветклинике после введения седативных средств.

Ассиметрия кожных складок у 50% новорожденных справа и у 30% новорожденных слева, у младенцев с проблемами в опорно-двигательном аппарате у 40% ассиметрия кожных складок справа и у 50% слева. Симптом соскальзывания у 30% новорожденных справа и у 20% слева не свидетельствует о заболевании тазобедренного сустава (60% новорождённых «выздоровливают» в первую неделю жизни, а 88 % в первые 2 месяца) - симптом теряет своё значение с возрастом больного ребёнка. У младенцев «стоящих на учете» симптом соскальзывания справа и слева по 30%.

Таблица 1

Результаты исследования новорожденных

№	пол	Ассиметрия кожных складок		Укорочение бедра		Симптом соскальзывания		Ограничение отведения бедра		Результат
		справа	слева	справа	слева	справа	слева	справа	слева	
1	ж	есть	-	-	-	есть	-	-	-	-
2	м	есть	-	-	-	-	-	-	-	-
3	м	-	-	-	-	есть	-	-	-	-
4	м	-	есть	-	-	-	-	-	-	-
5	ж	есть	есть	-	-	-	есть	-	есть	подозрение
6	ж	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	м	-	-	-	-	-	есть	-	-	-
8	ж	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	м	есть	есть	-	-	есть	-	-	-	-
10	м	есть	-	-	-	-	-	-	-	-
		50%	30%	0	0	30%	20%	0	10%	10%

Таблица 2

Результаты исследования младенцев с проблемами в опорно-двигательном аппарате

№	пол	Ассиметрия кожных складок		Укорочение бедра		Симптом соскальзывания		Ограничение отведения бедра		По данным ультра-сонографии
		справа	слева	справа	слева	справа	слева	справа	слева	
1	м	есть	есть	-	-	есть	-	есть	-	подозрение
2	м	-	-	-	-	-	есть	-	есть	подвывих
3	ж	есть	-	-	-	есть	-	есть	-	подозрение
4	ж	-	есть	-	-	-	-	-	-	-
5	м	-	есть	-	-	-	-	-	-	-
6	ж	-	-	-	-	-	есть	-	-	-
7	ж	есть	есть	-	-	есть	есть	есть	-	подвывих
8	м	-	есть	-	-	-	-	-	-	-
9	ж	есть	-	-	-	-	-	-	-	-
10	м	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		40%	50%	0	0	30%	30%	30%	10%	40%

Ограничение отведения бедра на стороне дисплазии является характерным признаком дисплазии тазобедренных суставов, у новорожденных такой симптом проявился только у одного ребенка, а у детей, стоящих на учете - у 30% справа и у 10% слева. Всем этим детям был поставлен диагноз «подвывих бедра» или подозрение на подвывих бедра.

Закключение о состоянии тазобедренных суставов условно-здоровых собак сделано на основании рентгена, оцененного специалистом Российской кинологической федерации - из 10 собак только одна получила состояние сустава степени С (то есть ее не желательно использовать в разведении или в крайнем случае в пару нужно подбирать собаку со степенью А), здоровые суставы степени А у 50% собак и у 40% собак степень В. При этом отсутствие всех клинических симптомов только у 40% собак, часто встречается вихляющая походка, слабость прыжка и атрофия мускулатуры. С другой стороны эти признаки могут быть связаны с проблемами в другом суставе (например, коленном) или отсутствием регулярных физических нагрузок и, следовательно, общей слабостью мышечного аппарата задних конечностей.

Таблица 3

Результаты исследования условно-здоровых собак

№	порода	пол	Вихляющая походка	Слабость прыжка	Хромота		Атрофия мускулатуры		Изменение отведения бедра (ограничение увеличение)		Щелчок		Рентген
					справа	слева	справа	слева	справа	слева	справа	слева	
1	Немецкая овчарка	к	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	А
2	Немецкая овчарка	к	есть	-	-	-	есть	есть	-	-	-	есть	В
3	Немецкая овчарка	к	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	А
4	Немецкая овчарка	с	-	есть	-	-	-	-	есть	-	-	-	В
5	Немецкая овчарка	с	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	А
6	Немецкая овчарка	с	есть	есть	есть	-	есть	есть	-	-	есть	-	С
7	Немецкая овчарка	к	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В
8	Ротвейлер	к	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	А
9	Ротвейлер	с	-	есть	-	-	есть	есть	-	-	-	-	А
10	Ротвейлер	с	есть	есть	-	-	-	-	-	-	-	-	В
			30%	40%	10%	-	30%	30%	10%	-	10%	10%	

С увеличением степени тяжести дисплазии клинические симптомы становятся более выраженными. Хороший мышечный каркас может какое-то время компенсировать нарушения в суставе, из-за чего сустав при внешнем осмотре кажется здоровым, может нормально передвигаться, показывая скованность или хромоту после физических нагрузок. Слабость прыжка встречается в 90% случаев, «деревянная» походка (когда собака старается делать укороченные семенящие шаги на вытянутых ногах) в 50% случаев. Практически все собаки не могут сидеть ровно, а заваливаются на один или другой бок или на оба. Скованные движения собаки, атрофия мускулатуры и хромота наблюдаются не только при дисплазии тазобедренных суставов, они могут указывать на другие нарушения, поэтому ориентироваться только внешними проявлениями нельзя. У некоторых больных животных такие признаки не проявляются.

В общем степень дисплазии Е составила 10% случаев (собака очень плохо двигалась, постоянно хромила, владелец планировал усыпление), степень Д 20% случаев (сильная хромота после нагрузок, не выносят долгие прогулки), степень С - 30% случаев, степень В (почти норма) - 40% случаев, и это значит что проблемы либо со спиной, либо в других суставах (передних конечностей или коленном и скакательном). Интересно то, что у собак с опорно-двигательными проблемами норма развития сустава степени А не встречалась, это значит, что даже если проблемы связаны с мышцами или другими суставами кроме тазобедренного, то тазобедренный сустав все равно разбалтывается и выдает на рентгене разницу, отличную от нормы, которая с возрастом может ухудшаться.

Результаты исследования собак с клиническими симптомами

№	порода	пол	Сидит за- валиваясь		Дере- вянная походка	Сла- бость прыжка	Хромота		Атрофия мускулов		Изменение от- ведения бедра (ограничение, увеличение)		Щелчок		Рент- ген
			спра- ва	сле- ва			спра- ва	сле- ва	спра- ва	сле- ва	справа	сле- ва	спра- ва	сле- ва	
1	Немецкая овчарка	к	-	есть	-	есть	-	есть	-	есть	-	-	-	-	С
2	Немецкая овчарка	к	есть	есть	есть	есть	-	-	-	-	-	-	-	-	В
3	Немецкая овчарка	с	есть		есть	есть	есть	есть	есть	есть	есть	-	есть	-	Е
4	Немецкая овчарка	к	-	-	-	есть	-	-	есть	есть	-	-	-	-	В
5	Немецкая овчарка	к	-	-	есть	есть	-	-	-	-	-	-	-	-	В
6	Немецкая овчарка	с	есть	-	-	-	есть	есть	-	-	-	-	есть	-	С
7	Немецкая овчарка	с	есть	-	есть	есть	есть	есть	есть	есть	есть	-	есть	-	Д
8	Немецкая овчарка	с	-	-	-	есть	-	-	есть	есть	-	-	-	-	В
9	Ротвейлер	к	есть	-	есть	есть	-	есть	-	есть	есть	есть	-	есть	Д
10	Ротвейлер	с	есть	есть	-	есть	есть	есть	-	-	-	-	-	-	С
			60%	30%	50%	90%	40%	60%	40%	60%	30%	10%	30%	10%	

Выводы. В отличие от заболевания людей, дисплазию тазобедренных суставов у собак нельзя назвать полностью врожденной, так как щенки, в отличие от детей человека, рождаются без признаков заболевания и первые его проявления можно наблюдать только по достижении определенного возраста. Согласно ветеринарным данным оба пола болеют с равной частотой, по медицинской статистике девочки составляют 80% больных. У людей чаще поражается один тазобедренный сустав (левый) в 60 % случаев, у собак - оба в 89% случаев. Ветеринарные врачи обращают больше внимания на правильное витаминное и минеральное питание в период роста - это может быть актуально, когда человек все меньше питается молочными натуральными продуктами. При профилактике у детей медики в основном поддерживают ножки младенца в естественном положении с помощью различных приспособлений, значит можно разрабатывать подобные приспособления для собак (осложняется разнообразием размеров животных). Узи-исследование тазобедренных суставов для собак не разработано, проблема диагностики в том, что рентген приходится делать под седативными препаратами в неестественном для собаки положении. Для укрепления тазобедренного сустава всем подходит плавание, а человеку - ходьба на лыжах.

Новизна и практическая значимость. Ортопеды и ветврачи рассматривают дисплазию тазобедренного сустава как предболезнь, которая при неблагоприятных условиях может привести человека к инвалидности, а собак - к усыплению (животное не может двигаться).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власенко, А.Н. Новый взгляд на проблему дисплазии тазобедренного сустава у собак / А.Н. Власенко // Журнал «Современная ветеринарная медицина». - 2011. - №4.
2. Вовченко, А.Я. К вопросу о ранней диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей / А.Я. Вовченко, И.И. Копейкин, Т.А. Полищук // Журнал «Здоровье Украины». - 2007. - №3.
3. Давыдов, В.Б. О возрасте диагностирования и симптомах дисплазии тазобедренных суставов у собак / В.Б. Давыдов // Журнал «Друг: для любителей собак». - 2003. - №6.
4. Замлелов, А. Дисплазия тазобедренного сустава у ребенка: симптомы, диагностика, лечение и профилактика / А. Замлелов // Журнал «9 месяцев». - 2007. - №8.
5. Липатова, Т. Артрит и другие болезни суставов / Т. Липатова // Журнал «Друг: для любителей собак». - 2004. - №3.
6. Митин, В.Н. Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренных суставов у собак / В.Н. Митин, Ю.И. Филиппов, В.А. Лукьяновский, С.А. Ягников. - М.: Аквариум, - 2003.
7. Опаринская, В.С. Порок строения тазобедренных суставов собак / В.С. Опаринская. - М.: Патриот, - 2000.
8. Полякова, О. Дисплазия тазобедренных суставов грудничка / О. Полякова // 22.05.2015. URL. http://www.mama-journal.ru/grudnichok/displazija_tazobe.html
9. Самoshкин, И.Б. Дисплазия тазобедренных суставов у собак / И.Б. Самoshкин // Журнал «Ветеринария». - 1996. - №6.
10. Тетерина, В. Дисплазия у новорожденных. 16.11.2015. URL. <http://beremennost-po-nedelyam.com/displaziya-u-novorozhdennykh>
11. Ягников, С.А., Мицкевич В.А., Шальнев А.Н., Митин В.Н. Анализ опорной функции конечностей у собак с дисплазией тазобедренных суставов с помощью сенсорной платформы до и после оперативного лечения / С.А. Ягников, В.А. Мицкевич, А.Н. Шальнев и др. // Журнал «Ветеринария». - 2002. - №3.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Полукчи Т.В.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Научный руководитель: к.м.н, и.о. проф. Абуова Г.Н.

Хронические вирусные гепатиты представляют собой одну из главных проблем современности. Отмечается рост уровня заболеваемости хроническими инфекциями В и С в различных государствах мира [2]. Массовая распространенность хронических вирусных гепатитов, поражая 60% трудоспособного населения, приводит к ранней инвалидизации, росту смертности, а также к экономическому ущербу страны. Профилактика инвалидности и смертности больных, а также новые неинвазивные методы диагностики, лечения и реабилитации больных хроническими вирусными гепатитами являются основными вопросами современного здравоохранения. Актуальность изучения проблемы так же обусловлена длительным, бессимптомным течением данных инфекций, что ведет к прогрессирующему росту числа больных. По данным Всемирной организации здравоохранения 300 миллионов человек в мире имеют хроническую инфекцию гепатита В, а более 150 миллионов человек поражены хроническим гепатитом С. Высокая частота заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В и С обусловлена недостаточным обеспечением медицинским инструментарием лечебных учреждений, грубым повсеместным нарушением противоэпидемических и дезинфекционно-стерилизационных режимов, а также правил обработки медицинского инструментария. Хронические вирусные гепатиты могут сопровождаться воспалительными изменениями печени с исходом в фиброз, цирроз, гепатоцеллюлярную карциному [1]. Существует потребность в оценке выраженности фиброза печени для определения прогноза заболевания, для выявления пациентов, нуждающихся в проведении антифибротической терапии, для мониторинга динамики течения заболеваний [6]. В настоящее время «золотым стандартом», дающим представление о выраженности фиброза печени является биопсия печени с последующей гистологической оценкой биоптата. Данный метод приводит к риску развития таких осложнений, как кровотечения, боль и развитие воспаления на месте прокола [3]. По данным многих исследователей смертность после проведения биопсии варьирует от 0,01 до 0,1% [5]. Результатом этих сложностей стала необходимость в разработке неинвазивных способов диагностики фиброза и цирроза печени [4]. Неинвазивное мониторирование динамики течения фиброза, индивидуальный контроль динамики, коррекция тактики антифибротической терапии при хронических вирусных гепатитах, по данным непрямой ультразвуковой эластометрии может служить успешным залогом эффективного лечения.

Был проведен анализ результатов непрямой ультразвуковой эластометрии у 154 пациентов с хроническими вирусными гепатитами в возрасте от 18-80 лет, за период декабрь 2015 - январь 2016 гг.

В г. Шымкенте на базе гепатоцентра Областной клинической больницы была проведена фиброзэластометрия с использованием аппарата «Фиброскан». За декабрь 2015 - январь 2016 было обследовано 154 пациента. Мужчины составили 40,3% (62 пациента), женщины 59,7% (92 пациента). По возрасту пациенты 15-19 лет составили 1,3% (2 человека), 20-29 лет- 11% (17 чел.), 30-39 лет-16,2% (25 чел.), 40-49 лет-24% (37 чел.), 50-59 лет -32,5% (50 чел.), 60-69 лет-11,8% (18 чел.), старше 70 лет -3,2% (5 чел.).

Результаты представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст больных	Абсолютное число больных	%
15-19 лет	2	1,3
20-29 лет	17	11,0
30-39 лет	25	16,2
40-49 лет	37	24
50-59 лет	50	32,5
60-69 лет	18	11,8
старше 70 лет	5	3,2
Всего	154	100

Направительные диагнозы: хронический вирусный гепатит С - 85 пациентов (55,2%), хронический вирусный гепатит В - 38 пациентов (24,7%), цирроз печени вирусной этиологии - 21 пациент (13,6%), хронический гепатит неустановленной этиологии - 10 пациентов (6,5%).

Этиологическая структура заболеваний

Этиология гепатита	Абсолютное число больных	%
ХВГВ	38	24,7
ХВГС	85	55,2
ХГ не установленной этиологии	10	6,5
Цирроз печени вирусной этиологии	21	13,6
Всего	154	100

Обнаружили стадии фиброза по шкале METAVIR: F₀ - 42,2% (65 пациентов), F₁ - 16,2% (25 пациентов), F₂ - 9,0% (14 пациентов), F₃ - 8,4% (13 пациентов), F₄ - 24,2% (37 пациентов).

Таблица 3

Показатели непрямо́й эластометрии у пациентов с хроническими заболеваниями печени

Стадии фиброза по METAVIR	Абсолютное число больных	%
F0	65	42,2
F1	25	16,2
F2	14	9,0
F3	13	8,4
F4	37	24,2
Всего	154	100

Выяснилось, что в структуре больных с F₃ и F₄ стадиями по шкале METAVIR доминируют больные с хроническим вирусным гепатитом C: с F3- 38,4% (5 из 13 пациентов), с F4-48,6% (18 из 37 пациентов).

Таким образом, в структуре заболеваемости больных с хроническими вирусными гепатитами преобладают по этиологии - хронический вирусный гепатит C, по возрасту - 20-49 лет (трудоспособный возраст), по полу - женский пол. Частая встречаемость F₃ и F₄ стадий по шкале METAVIR свидетельствует о позднем выявлении продвинутых стадий заболеваний печени. Необходимо наиболее широкое внедрение непрямо́й ультразвуковой эластометрии всем больным с заболеваниями гепатобилиарной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барсуков, А.В. Эластография в клинической гепатологии / А.В. Барсуков // Издательство «Смоленская городская типография», - 2011. - С. 10-11.
2. Учайкин, В.Ф. Неинвазивный мониторинг фибрози́рования печени и обоснование антифибротической терапии при хронических вирусных гепатитах у детей: методические рекомендации / В.Ф. Учайкин, Т.В. Чердниченко, В.В. Малиновская и др. - ГОУ ВПО РГМУ Росздрава - М., 2008 - 24 с.
3. Castera, L. Pain experienced during percutaneous liver biopsy / L. Castera, I. Negre, K. Samii at al // Hepatology. - 1999. - №30. - P.1529-1530.
4. Flisiak, R. Effect of lamivudine treatment on plasma levels of transforming growth factor beta 1, tissue inhibitor of metalloproteinases-1 and metalloproteinases-1 in patients with chronic hepatitis B. / R. Flisiak, H. Al-Kadasi, J. Jaroszwicz // World J. Gastroenterol. - 2004. - V.10. - P. 2661-2665.
5. McGill, D.B. A 21-year experience with major hemorrhage after percutaneous liver biopsy / D.B. McGill, J. Rakela, A.R. Zinsmeister at al // Gastroenterology. - 1990. - №99. - P. 1396-1400.
6. Stauber, R.E. Noninvasive diagnosis of hepatic fibrosis in chronic hepatitis C / R.E. Stauber, C. Lackner // World J. Gastroenterol. - 2007. - №13(32). - P. 4287-4294.

УДК:617.76

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC ASPECTS
OF DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA

Попов Ю.А.

Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Вторушин С.В.

Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is a tumor that is characterized by diffuse growth and infiltration of lymph nodes or non-lymphoid organs and tissues with large B-lymphoid cells, as well as aggressive clinical course, fast growth and tendency to early progression.

DLBC is the most common lymphoid malignancy in adults. At present time, in Europe and USA the annual incidence of Non-Hodgkin's Lymphomas (representing about 30-40% of them) is estimated to be 15–20 cases/100,000.

The percentage tends to increase in recent years due to elevated HIV infection rates. DLBCL mostly affects men of all ages, but the peak incidence occur among men over 60 years old.

Although the cause of most DLBCLs remains unknown, a distinction should be made between cases arising de novo (referred to as primary) and those representing progression or transformation (referred to as secondary) of a less aggressive lymphoma, e.g. chronic lymphocytic leukaemia/small lymphocytic lymphoma, follicular lymphoma, marginal zone lymphoma or nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma. DLBCL is frequently recorded in patients with inherited immunologic deficiency diseases, and in families of patients with immunologic disorders. Also DLBCL associated with virus infections (HIV-, HCV-, HHV8-, EBV-infection).

WHO Classification of Haematopoietic and Lymphoid Tumours, they have been subdivided into four categories, some of which not quoted in previous schemes: (a) DLBCL – not otherwise specified (DLBCL, NOS), (b) DLBCL with predominant extranodal location, (c) large cell lymphoma of terminally differentiated B-cells, and (d) borderline cases. Each category further includes morphologic and/or clinico-pathologic variants that make the organization of these neoplasms quite complex. Despite the high degree of malignancy and aggressive behavior, DLBCL is considered to be conventionally curable with chemotherapy. By applying the CHOP scheme (Cyclophosphamide – Hydroxydaunorubicin – Oncovin – Prednisolone) it is possible to induce the complete remission in 50-55% of patients, though five-year survival rate is below 30%. Survival rates have increased in recent years due to the introduction of Rituximab (Mabthera) – monoclonal anti-CD20 antibodies – into clinical practice. The addition of the anti-CD20 monoclonal antibody rituximab to CHOP chemotherapy, administered every 14 or 21 days, is the standard treatment for elderly patients with DLBCL. Specifically, frequency of complete remissions in patients receiving R-CHOP therapy has reached 75-80%, and the overall 2-year survival rate up to 70%. In early 2000, Alizadeh and co-authors, having analyzed the profiles of gene expression of more than 1500 DLBCL cases, identified 2 main subtypes: ABC-type, which cells have receptor structure and expression profile of certain genes set similar to activated B-lymphocytes, and GCB-type, which cells resemble the cells of the germinal center of a lymph node. These molecular types of DLBCL have differences not only in the receptor apparatus, but also in origin, as well as the clinical course, response to treatment and prognosis. The ABC type is more aggressive and therapy-resistant than GCB-type. Objective: to determine epidemiological characteristics of DLBCL among the inhabitants of the Tomsk region in the period of 2004-2015. Materials and methods: 44 case-histories of the Tomsk Cancer Research Institute patients diagnosed with DLBCL with nodal localization were analyzed. The sex-age structure, incidence, distribution according to molecular subtypes were investigated. Statistical processing of the results was performed with the software package Statistica 7.0. Results: 44 people have been treated in the Tomsk Cancer Research Institute in the period of 2004-2015 (all from Tomsk region). Among them were 61.4% of women and 38.6% men. The average age of the onset of the disease is $54,59 \pm 14.73$ years, being statistically comparable in men and women ($p > 0.05$). In both groups 13.6% of the patients developed DLBCL at the age over 60. In the male group this percentage was 35.3%.

47.7% of patients have more clinically severe ABC molecular subtype. The incidence of DLBCL in the Tomsk region (per 100,000 people) amounted to 0,48 in 2004, 0,386 in 2005, 0 in 2006, 0,193 in 2007, 0,193 in 2008, 0,096 in 2009, 0,286 in 2010, 0,381 in 2011, 0,945 in 2012, 0,47 in 2013 and 0,467 in 2014. Conclusions: In the Tomsk region, DLBCL mostly affects elderly women. A group of men aged over 60 represents 13.6% of all cases. In 47.7% of patients more clinically severe molecular subtype of DLBCL was revealed. DLBCL incidence in Tomsk region is lower than the average for the Russian Federation (RF of 1.36 per 100 thousand for 2014) that can also be due to the lack of oncological circumspection.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alizadeh A.A., Eisen M.B., Davis R.E. et al. Distinct types of large B-cell lymphoma identified by gene expression profiling. // Nature. - 2000. – Vol. 403, №6769. – P.503-511.
2. Coiffier B. Rituximab therapy in malignant lymphoma // Oncogene. - 2007. – V.26. – P. 3603-3613.
3. Fisher S.G., Fisher R.I. The epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma. // Oncogene. - 2004. - Vol. 23. - P. 6524-6534.
4. Hartge P., Wang S. Overview of the etiology and epidemiology of lymphoma. // Mauch PMAJOCB, Dalla-Favera R, Harris NL, editors. Non-Hodgkin's lymphomas. New York, NY: Lippincott, Williams and Wilkins. - 2004. - P. 711-727.
5. Vianna, N.J. The malignant lymphomas: epidemiology and related aspects. // Pathobiology Annual. - 1977. - Vol. 7. - P.231–55.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

К.Е. Прокопчук

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. Чупина В.Б.

Одной из основных проблем современности является безжалостный рост и прогрессирование онкологических заболеваний по всему миру.

Россияне не исключение, рост онкологических заболеваний исчисляется сотнями тысяч каждый год. Ни для кого не секрет, что благоприятная психологическая атмосфера в ходе процесса лечения, хоть и не гарантирует 100% исцеление от болезни, но дает некий приток жизненных сил и повышает сопротивляемость организма. У человека появляется стимул и стремление.

Наверное, у всех людей, по крайней мере, у большинства точно слово рак, онкология ассоциируется со словами смерть, страх, безысходность и отчаяние. Для человека, который узнает, что у него обнаружили страшный диагноз, очень важна моральная поддержка, причем не, только со стороны семьи, но главным образом со стороны профессионалов и специалистов.

Стоит отметить, что для человека, с подобным диагнозом имеет место быть в начальном периоде некая фаза шокового состояния, когда он сам пребывает в состоянии растерянности и ему просто необходимо получить какую-то информацию. Онкобольной человек - это человек с ограниченными возможностями здоровья, который вынужден во многом себя ограничивать, терпеть социальную, а порой и сенсорную депривацию, логично прийти к выводу о том, что у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, появляется ряд психологических особенностей, которые, безусловно, необходимо учитывать.

Повышенная тревожность, внушаемость, восприимчивость, предвзятое отношение к происходящему, поиски двойного смысла, уверенность в обмане окружающих, собственное самоуничтожение и т. д.

Такая атмосфера, которая складывается вокруг человека с онкологическим заболеванием, способствует полному пересмотру и переосмыслению жизни, а отношение окружающих напрямую оказывает влияние на внутреннее эмоциональное состояние человека, которое в свою очередь оказывает негативное влияние на отношение больного к своему недугу. Поэтому проблема возникновения тревожности является одним из наиболее важных и сложных вопросов в изучении этого состояния.

В отечественной психолого-педагогической литературе можно выделить несколько подходов в понимании тревожности. Некоторые исследователи рассматривают тревожность преимущественно в рамках стрессовых ситуаций, как временное отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в трудных, угрожающих, необычных условиях.

Среди таких объективных причин, вызывающих тревогу, выделяют:

- экстремальные условия, предъявляющие повышенные требования к психике человека и связанные с неопределённостью исхода ситуации;
- утомление;
- беспокойство по поводу здоровья;
- нарушения психики;
- влияние фармакологических средств и других препаратов, которые могут оказывать воздействие на психическое состояние.

Также среди внешних факторов, играющих значительную роль в возникновении тревожности, рассматривают:

- изменения в условиях жизни, в привычной деятельности, ломку «динамического стереотипа» [6];
- экстремальные ситуации, вызывающие острые психические травмы [1, 3, 5];
- дефицит полезной информации, снижающий возможность удовлетворения потребностей [6];
- особенности деятельности, в которую включён человек, её результативность, возможность неудачи [2].

По словам Н.Д. Левитова, «состояние тревожности вызывается изменениями в условиях жизни, в привычной деятельности, нарушением динамического стереотипа». «Состояние тревожности одной из своей причин имеет действие раздражителя, условно связанного с неприятностью, угрозой. В этом состоянии в качестве его компонента выступает чувство тревоги» [4].

Под «тревожностью» как чертой, личностным свойством понимают относительно устойчивую склонность человека воспринимать различные жизненные обстоятельства в качестве угрозы своему «Я» с последующим нарастанием состояния тревожности. Проявления таких реакций всегда индивидуальны и могут различаться выраженностью тревоги в ответ на воздействие определённых стрессовых факторов. Однако в целом для «высоко тревожной» личности в большей степени характерна склонность к восприятию окружающего мира как потенциально опасного и угрожающего по сравнению с «низко тревожными» индивидами.

Личностная тревожность у онкологических больных носит эмоционально-стрессовые проявления в отношениях с окружающими. Здесь и проблемы в общении, и замкнутость, и просто робость. Попытки человека скрыть от окружающих свои переживания приводят то к внезапным переменам настроения, то к повышенной суетливости в поведении (связанной с неумением расслабиться и чувствовать себя спокойно). В ярко выраженных случаях это приводит у взрослого человека к проявлению синдрома «попугая» - заискиванию перед окружающими, умалению собственного достоинства.

Во-вторых, стойкая тревожность служит для человека источником постоянного стресса и в отношении к самому себе. Здесь и повышенная самокритичность, и необоснованные упрёки совести, склонность к самообвинению и «самобичеванию». В свою очередь, эти отрицательные черты характера обычно связаны с чрезмерным, нереалистично усиленным чувством долга, стремлением все сделать в совершенстве, чтобы заслужить похвалу и одобрение близких (синдром «отличника»). Высокая тревожность приводит к стрессовым отношениям к жизни в целом. Окружающий мир никогда не может стать для тревожной личности надежным, устойчивым и безопасным.

Жизненный путь представляется для такого человека извилистой и непредсказуемой дорогой, за каждым неожиданным поворотом которой его подстерегают внезапные препятствия и мнимые опасности. А отсюда постоянные колебания при выборе решений, сомнения в своей правоте и страх перед ответственностью. С этим бывает связана в прямом смысле слова «детскость» жизненной позиции, недостаточная зрелость личности. Еще одно следствие подобной тревожности - постоянное ожидание опасности, или предвкушение неприятностей, грозящих в любой момент обрушиться на голову, возникающих буквально на пустом месте. Подобная настроенность, своего рода неусыпная бдительность постепенно формирует недоверие к окружающему миру в целом, сопровождается потерей жизненной перспективы. Для больных онкологическими заболеваниями очень важна поддержка окружающих их людей.

В связи с целью исследования – определить уровень тревожности онкобольных пациентов, было проведено исследование, в котором приняли участие 30 онкобольных людей. Основной задачей диагностического этапа практического исследования явилась дифференциация выборки испытуемых по степени выраженности показателя «тревожность». Для этого нами использовалась методика Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, направленная на диагностику личностной тревожности.

По результатам исследования, выявилось, что у больных имеется высокий уровень тревожности. Личностная тревожность у онкологических больных носит эмоционально-стрессовые проявления в отношениях с окружающими. Здесь и проблемы в общении, и замкнутость, и просто робость. Попытки человека скрыть от окружающих свои переживания приводят то к внезапным переменам настроения, то к повышенной суетливости в поведении (связанной с неумением расслабиться и чувствовать себя спокойно). В ярко выраженных случаях это приводит у взрослого человека к проявлению синдрома «попугая» - заискиванию перед окружающими, умалению собственного достоинства.

Это говорит о том, что лицам с высокой оценкой тревожности нужно формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо устранять негативные установки. Таким больным, необходимо выработать нормальное отношение к риску и поражению. Для низко тревожных людей, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

В связи с тем, что наиболее ярко выделены три сферы жизни значимых для онкологических больных - это семья, работа, возможные прогнозы негативного своего поведения, нами было предложено использовать при лечении таких больных экзистенциальную терапию, т.к. именно эта терапия поможет таким больным восстановить их ощущение бытийности, нужности в этом мире, желание жить для себя и ради окружающих их людей.

Для этого мы разработали психокоррекционную программу для снижения уровня тревожности пациентов Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского г. Красноярска.

После окончания реализации программы первичный срез показал, что тренинговая программа работает и дает вполне высокие результаты. У 80% пациентов по первой методике заметно снижение уровня тревожности. Анализируя результаты по второй методике, также уровень тревожности у 70% пациентов был снижен, а у 30% остался без изменения.

Таким образом, мы можем констатировать тот факт, что посредством тренинга у онкологических пациентов значительно уменьшается уровень тревожности, повышается уверенность в себе, формируется положительная Я-концепция, снижаются эмоциональное напряжение и негативные переживания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астапов, В.М. Тревога и тревожность / В.М. Астапов // – СПб.: Питер, 213. – С. 256.
2. Бреслав, Г.М. Психология эмоций / Г.М. Бреслав // – М.: Смысл, 2013. – С. 544.
3. Изард, К.Э. Эмоции человека / К.Э. Изард // – СПб.: Питер, 2012. – 460 с.
4. Левитов, Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов // – М.: Просвещение, 2014. – 343 с.
5. Леонтьев, Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться / Д.А. Леонтьев // Московский психотерапевтический журнал. – 2013. – № 2. – С. 107-119.
6. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй // – М.: Класс, 2014. – 384 с.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С РОЖЕЙ

Е.А. Просвирина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Сергеева И.В., зав. 3-м хирургич. отделением КМКБСМП
им. Н.С. Карповича Тяпкин С.И.

Главная клетка иммунной системы – лимфоцит. Неудивительно, что именно с этими клетками связано наибольшее количество исследований, посвященных изучению зависимости функциональных возможностей клеток от их метаболических характеристик. Ферментативная активность является чувствительным показателем функционального состояния лимфоцитов и эти показатели используются не только в диагностических, но и в прогностических целях. Наиболее информативными для получения характеристики процессов внутриклеточного метаболизма считаются окислительно-восстановительные ферменты (оксидоредуктазы или дегидрогеназы) [1-4].

Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г6ФДГ) – ключевой фермент пентозофосфатного пути (ПФП) и играет важную роль в метаболизме сахаров – от этого фермента зависит, подвергнется ли глюкоза гликолизу или будет утилизироваться в ПФП. Активность Г6ФДГ повышается в растущих и пролиферирующих клетках, как, например, в лимфоцитах при состоянии активации иммунной системы [5-7].

НАД-зависимый фермент Г3ФДГ осуществляет взаимосвязь между системой липидного обмена и гликолизом. Отмечена активация ФАД-зависимой формы фермента под влиянием гормонов щитовидной железы и зависимость активности Г3ФДГ от уровня концентрации кортизола и инсулина в сыворотке крови [8-9].

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) катализирует метаболизм лактата, регулируя тем самым внутриклеточное соотношение НАД/НАДФ. ЛДГ катализирует реакцию, находящуюся на разветвлении анаэробного и аэробного превращения пирувата [10].

Более продуктивным, чем гликолиз, с точки зрения выработки в клетках АТФ, является цикл трикарбоновых кислот (цикл Кребса). Характеристика реакций этого цикла может быть получена при исследовании показателей активности ферментов, катализирующих начальные (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ) и конечные (НАДМДГ и НАДФМДГ) его этапы.

Общая характеристика обследованных больных рожей. Под нашим наблюдением находилось 228 больных рожей нижних конечностей (130 женщин и 98 мужчин) в возрасте от 51 до 88 лет, госпитализированных для проведения лечения в 3 инфекционном отделении и 3 хирургическом отделении КМКБСМП им. Н.С. Карповича в 2009-2014 гг.

Средний возраст больных составил $58,6 \pm 3,2$ лет. Общее количество больных, относящихся к возрастной группе 51-61 лет, составило 129 человек (56,6%), что подчеркивает социально-экономическую значимость заболевания.

Формы заболевания и степень тяжести заболевания определяли традиционно (таблица 1), в соответствии с методическими рекомендациями.

Пациенты поступали в отделение на $3,7 \pm 0,16$ сутки от начала заболевания.

Таблица 1

Частота выявления отдельных клинических симптомов при различных формах рожи

Клинический симптом	Форма рожи и число больных (n)			
	Эритематозная n=37 (%)	Эритематозно- буллезная n=7 (%)	Эритематозно- геморрагическая n=57 (%)	Буллезно- геморрагическая n=127 (%)
Подъем температуры тела (°C)				
<38	15 (40,5%) *	2 (28,6%)	9 (15,8%)	5 (3,9%) *
38-39	19 (51,3%)	5 (71,4%)	39 (68,4%)	36 (28,3%) *
>39	3 (8,2%)	0	9 (15,8%)	86 (67,8%) *
День появления эритемы				
1	29 (78,4%)	5 (71,4%)	32 (56,1%)	75 (59,1%)
2	6 (16,2%)	2 (28,6%)	18 (31,6%)	37 (29,1%)

>2	2 (5,4%)	0	7 (12,3%)	15 (11,8%)
Озноб	37 (100%)	7 (100%)	57 (100%)	127 (100%)
Головная боль	37 (100%)	5 (71,4%)	57 (100%)	127 (100%)
Слабость	37 (100%)	7 (100%)	57 (100%)	127 (100%)
Тошнота	25 (67,6%)	1 (14,3%)	23 (40,4%)	76 (59,8%)
Рвота	5 (13,5%)	1 (14,3%)	9 (15,8%)	52 (40,9%)
Тяжесть в области местного очага	35 (94,6%)	7 (100%)	52 (91,2%)	127 (100%)
Регионарный лимфаденит	34 (91,9%)	5 (71,4%)	28 (49,1%)	81 (63,8%)

Примечания: * - достоверность различий в сравнении с эритематозно-геморрагическими формами рожи ($p \leq 0,05$)

Клиническая характеристика больных рожей в зависимости от формы, степени тяжести и кратности заболевания представлена в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика рожи в зависимости от формы, степени тяжести и кратности заболевания

Форма рожи (n=228)	(%)	Тяжесть (%)		Вариант течения		
		средняя (n=219)	тяжелая (n=9)	первичная (n=125)	рецидивирующая (n=69)	повторная (n=34)
Эритематозная	16,3%	16,2 %	0,1%	3,1%	9,2%	3,9%
Эритематозно-буллезная	3,0%	2,6%	0,4%	1,8%	1,3%	0%
Эритематозно-геморрагическая	25%	25%	0%	14,0%	8,8%	2,2%
Буллезно-геморрагическая	55,7%	50,5%	5,2%	38,2%	9,7%	7,9%

Как видно из таблицы, наиболее часто отмечены буллезно-геморрагические формы рожи, реже - эритематозно-геморрагические, эритематозные и эритематозно-буллезные формы. При эритематозных формах преобладали рецидивы заболевания среднетяжелого течения, а при остальных формах рожи - первичная форма болезни, среднетяжелого течения. При буллезно-геморрагических формах рожи преобладали рецидивирующие формы, также преимущественно среднетяжелого течения.

У большинства пациентов отмечались сопутствующие заболевания (таблица 3).

Таблица 3

Характер и частота сопутствующих заболеваний при разных формах рожи

Сопутствующие заболевания	Частота встречаемости				Всего (n = 228) абс.(%)
	Эритемаозная n = 37 (%)	Эритематозно- буллезная n = 7	Эритематозно- геморрагическая n = 57	Буллезно- геморрагическая n = 127	
ССЗ	20 54,1%	5 71,4%	33 57,9%	85 66,9%	143 62,7%
ХВН	18 48,6%	5 71,4%	25 43,9%	75 59,1%	123 53,5%
ХЛВН	15 40,5%	3 42,9%	16 28%	46 36,2%	80 35,1%
СД	9 24,3%	1 14,3%	15 26,3%	36 28,3%	61 26,8%
Ожирение	6 16,2%	5 71,4%	12 21%	36 28,3%	59 25,9%

Нами не было выявлено значимой разницы в структуре сопутствующих заболеваний, в зависимости от формы рожи. Течение рожи сопровождалось развитием осложнений в 11,8% случаев. Распределение осложнений в зависимости от формы заболевания представлено в таблице 4.

Таблица 4

Осложнения при разных формах рожи у обследованных больных

Осложнения	Форма рожи				
	Эритематозная (n = 37) абс.(%)	Эритематозно- буллезная (n = 7) абс.(%)	Эритематозно- геморрагическая (n = 57) абс.(%)	Буллезно- геморрагическая (n = 127) абс.(%)	Всего (n = 228) абс.(%)
Абсцесс	0	1 (14,3%)	2 (3,5%)	5 (3,9%)	8 (3,5%)
Гнойно- некротические раны	0	0	0	5 (3,9%)	5 (2,2%)
Инфильтрат	0	0	4 (7%)	0	4 (1,7%)
Острый флебит	0	1 (14,3%)	4 (7%)	5 (3,9%)	10 (4,4%)
Всего	0	2 (28,6%)	10 (17,5%)	15 (11,7%)	27 (11,8 %)

Для лечения больных рожей использовали моно- (80,4%) и комбинированную терапию (19,6%) в зависимости от показаний и противопоказаний. Среднее количество койко-дней составило 11,1. Показатели активности ферментов в лимфоцитах пациентов с различными формами рожи при поступлении и при выздоровлении представлены в таблицах 5-6.

Таблица 5

Показатели активности ферментов (мкЕ/10000 кл.) в лимфоцитах больных с различными формами рожи (M±m) при поступлении

Показатели	Доноры (n = 37)	Форма рожи	
		Эритематозная (n = 29)	Буллезно-геморрагическая (n = 27)
Г6ФДГ	2,74±0,31	9,48±0,73	1,82±0,14
Г3ФДГ	0,84±0,16	0,73±0,05	2,17±0,13
ЛДГ	0,84±0,08	2,06±0,25	2,29±0,32
НАДМДГ	21,62±1,69	17,34±1,31	9,01±0,76

Таблица 6

Показатели активности ферментов (мкЕ/10000 кл.) в лимфоцитах больных с различными формами рожи (M±m) при выздоровлении

Показатели	Доноры (n = 37)	Форма рожи	
		Эритематозная (n = 29)	Буллезно-геморрагическая (n = 27)
Г6ФДГ	2,74±0,31	13,12±1,09	2,39±0,51
Г3ФДГ	0,84±0,16	0,04±0,01	1,01±0,09
ЛДГ	0,84±0,08	2,58±0,3	1,76±0,2
НАДМДГ	21,62±1,69	12,84±0,9	14,26±1,66

Выводы:

- 1) У больных с эритематозной формой рожи отмечается увеличение активности Г6ФДГ по сравнению с показателем здоровых лиц. Следовательно, пластические процессы в клетке у больных с эритематозной формой рожи не только не снижаются, а, напротив, возрастают.
- 2) У больных с буллезно-геморрагической формой рожи наблюдалось уменьшение активности Г6ФДГ по сравнению с показателем здоровых лиц, что характеризует уменьшение синтетических процессов в клетке на фоне высокой интоксикации.
- 3) Активность фермента Г3ФДГ у больных с эритематозной формой рожи не отличалась от показателя здоровых лиц. Очевидно, поступление глюкозы в лимфоциты больных с эритематозной формой рожи практически не страдает и не требуется дополнительного использования субстратов липидного обмена в гликолизе.
- 4) Повышенная активность Г3ФДГ у больных с буллезно-геморрагической рожи свидетельствовала о том, что на фоне высокой интоксикации и развивающейся при этом тканевой гипоксии уменьшается поступление глюкозы в клетку, что требует дополнительного использования в гликолизе метаболитов липидного обмена.

- 5) По снижению активности НАДМДГ можно заключить о возможном снижении интенсивности реакций ЦТК в связи с уменьшением поступления глюкозы в клетку. С необходимостью обеспечения субстратами ЦТК, по-видимому, связана высокая активность ЛДГ.
- 6) При выздоровлении и, соответственно, отсутствии интоксикации внутриклеточный метаболизм лимфоцитов и больных с рожей «стремится» к состоянию, предшествовавшему заболеванию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гальперин, Э.А. Рожа / Э.А. Гальперин, Р.Р. Рыскинд. - М., 1966. - С. 263.
2. Диагностика, лечение и профилактика рожи в г. Москве: Методические рекомендации № 17. / Отв. исполнитель проф. А.А. Еровиченков, гл. инфекционист Н.А. Малышев. - М., - 2008.
3. Еровиченков, А.А. Рожа (клиника, диагностика, лечение) / А.А. Еровиченков // Вестник инфектологии и паразитологии. - 2003.
4. Еровиченков, А.А. Рожа / А.А. Еровиченков // Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 441-453.
5. Жукова, А.И. Оптимизация патогенетической терапии больных рожей / А.И. Жукова, Э.А. Ковтун и др. // Инфекционные болезни. - 2008. - Т. 6, № 4. - С. 51-52.
6. Ющук, Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров // - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2007. - С. 1032.
7. Стрептококковые инфекции / Н.И. Брико, А.А. Еровиченков - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи / Под ред. чл.-кор. РАМН д-ра мед. наук, проф. С.Ф. Багненко и д-ра мед. наук И.Н. Ершовой. - Изд. 6-е, перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2011. - 483 с.
9. Внутренние болезни. - В 2 т. - Т. 1. Курс клиники внутренних болезней / С.П. Боткин. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013.
10. Основы клинической хирургии: практ. руководство / Н.А. Кузнецов и др., под ред. Н.А. Кузнецова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2009. - 672 с.: ил. - (Библиотека врача-специалиста).

УДК 159.9.07

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.И. Путкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Лисняк М.А.

Пользуясь определением Амбрумовой и Тихоненко, суицидальным поведением можно назвать любые внешние и внутренние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [1]. Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершенные суициды.

Внутренние формы суицидального поведения представлены суицидальными мыслями, представлениями, переживаниями и суицидальными тенденциями (внешними и внутренними).

Возникновению осознанных суицидальных тенденций предшествуют так называемые антивитальные переживания, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни: «не живешь, а существуешь», «жить не стоит».

Специалисты различают три ступени перехода суицидального поведения во внешние формы. Первая ступень — пассивные суицидальные мысли, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения жизни («хорошо, если бы я умер»). Вторая ступень — суицидальные замыслы, когда продумываются формы суицида, время и место действия. Третья ступень — суицидальные намерения. К замыслу присоединяются решения и волевой компонент. Суицидальные намерения приводят к непосредственному переходу во внешнее поведение [3].

На сегодняшний день суицид рассматривается как ведущая причина смертей во всем мире, поэтому он является значительной общественной проблемой. Если верить официальной статистике самоубийств по России, то за последние 20 лет покончили жизнь самоубийством более 830 тысяч человек. Особое беспокойство вызывает факт, что почти половина россиян, которые уходят из жизни, наложив на себя руки, — это люди, не достигшие 30-летнего возраста. Данные мировой статистики также подтверждают пугающие масштабы ранних самоубийств - среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15–29 лет) самоубийства занимают второе место [6].

Вышеприведенные цифры свидетельствуют об острой необходимости разработки эффективных мер по диагностике и далее профилактике суицидального поведения среди населения.

Однако надо обратить внимание, что своевременная диагностика суицидального поведения связана со значительными проблемами, с которыми сталкиваются специалисты. Так, лишь 5% лиц с суицидальными тенденциями обращаются к врачу-психиатру или психотерапевту, предпочитая посещение врача общей практики в первичной медицинской сети. В свою очередь, суицидальная симптоматика диагностируется

поликлиническими врачами лишь в 5% случаев [2]. Таким образом, даже среди тех людей, кто обращается к специалистам, не все находят должную квалифицированную поддержку, в то время как основная масса людей в силу различных причин предпочитает не обращаться к профессионалам вообще.

В это же время мы располагаем рядом структур и организаций, где оценка вероятности суицида является особенно необходимой, при том, что, в большинстве случаев, нет возможности клинического обследования всего контингента врачом - суицидологом, и в этих условиях значимость опросников, тестов и иных способов массового измерения суицидального риска существенно возрастает. И здесь специалист сталкивается со специфическими проблемами, связанными с надежностью данных методов исследования. Например, искренность респондента. Многие авторы замечали, что большей частью результаты тестирования в опросниках и тестах зависят от характера ответов испытуемых и при желании, по разным причинам, могут быть легко ими искажены [5].

Так, одним из самых удобных и энергоэкономичных способов опроса большого количества людей является единовременная их работа в ограниченном пространстве аудитории, кабинета и т.д. Но, однако, исходя из того, что тема суицида имеет большую личную значимость, можно предполагать большую вероятность «лживых» ответов на предъявленные тесты именно в данной ситуации опроса. Респонденты могут бояться давать искренние ответы, опасаясь, что кто-то может проявить нежелательный интерес к ним.

Таким образом, более уместной считается форма работы с предъявлением нужных тестов или опросников на руки респондентам, ответы на которые тот должен сдать в определенный срок. Но здесь исследователь сталкивается с потерей одного из важных методов исследования – наблюдения. И также лишается возможности контролировать ситуацию исследования.

Сложность подбора методик. Анкеты и опросники относятся к методам самоотчёта и являются одними из распространённых диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники можно разделить на две группы: методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний, и опросники, оценивающие определённые аспекты поведения и переживаний, наиболее тесно связанных с высокой вероятностью совершения суицида.

С этим связана еще одна актуальная проблема диагностики суицидального поведения. Так, методики, включающие прямые вопросы о суицидальных проявлениях, могут провоцировать респондента на «лживые» ответы, при наличии у него стремления скрыть возможные радикальные суицидальные намерения. В то же время, методики с завуалированной оценкой антивита́льных тенденций, основанные на диагностике признаков, связанных с ними, представляются более надежными в этом плане, но не могут доподлинно указывать на вероятность реализации суицидального поведения, так как позволяют выявить лишь косвенно связанные с ним показатели.

Сочетанность методик. Затруднение может также вызвать подбор методик, которые бы в совокупности коррелировали друг с другом и выявляли адекватные признаки антивита́льных тенденций.

Отношение к суициду и заинтересованность респондентов. Несомненно, одной из глобальных проблем в диагностике и психопрофилактике суицида является отношение общества и основной массы людей к данному явлению и лицам, совершившим его.

Так, например, недавние исследования говорят о том, что в целом, молодые люди склонны порицать суицидальную активность и лиц, осуществляющих ее. Половые особенности при этом не играют большой роли, несмотря на то, что у девушек отношение к суицидальному поведению является более субъективно-личностным, нежели чем у юношей.

Было выявлено, что юноши для описания своего отношения используют больше обобщенных категорий (грех, проблема, обстоятельства). Девушки в меньшей степени используют данные категории и описывали конкретные ситуации, наполняя их личностным смыслом.

У молодых людей мужского пола отношение к суицидальному поведению связано с осуждением, а главным фактором, способствующему, по их мнению, самоубийству, является психическое расстройство. А отношение к данному виду поведения у девушек воспринимается как преступление. Значимыми факторами для данного вида поведения были выделены девушками потеря смысла жизни и слабость [4]. Предполагается, что отношение к данному виду девиантного поведения у людей старшего возраста является сходным.

Таким образом, мы можем видеть, что суициденты, в целом, стигматизируются и порицаются обществом, что представляет собой большое затруднение в плане диагностики и оказания им своевременной психологической помощи. Большинство людей, планирующих реализовать радикальное антивита́льное поведение, предпочитает скрывать это, и не обращаться за помощью к профессионалам или людям, которые способны были бы оказать им поддержку, что возвращает нас к первой описанной проблеме.

Также наличие таких представлений в обществе об суицидентах негативно влияет на общий настрой аудитории в ситуации исследования суицидального поведения. Так например, среди молодых людей в процессе опроса на выявление суицидальных тенденций можно отметить общую несерьезность в отношении происходящего, что в конечном счете отрицательно влияет на результаты методик.

Подводя итог всему вышеописанному, следует заключить, что в области диагностики суицидального поведения и различных суицидологических исследований есть много проблем, связанных как со сложностью предъявления психологических тестов и опросников, так и с общим отношением общества к данной проблематике.

Но, однако, все это указывает также и на актуальную зону развития, и заставляет предполагать, что дальнейшие разработки в данной области, формирование культуры обращения со сложной жизненной ситуацией за помощью к специалистам и в целом повышение эффективности организации суицидологической помощи способны значительно улучшить результативность профилактических программ и снизить уровень самоубийств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова, А.Г. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко — М., 1981.
2. Дмитриева, Т.Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Вестник Российской Академии медицинских наук. — 2006. — №8.
3. Мартыненко, А.В. Суицид в молодежной среде / А.В. Мартыненко // Знание. Понимание. Умение. — 2005. — №1.
4. Плясунова, О.М. Отношение к суицидальному поведению у современной молодежи / О.М. Плясунова // Достижения вузовской науки. — 2015. — №17.
5. Харитонов, С.В. Сравнительный анализ наиболее распространенных методов оценки суицидального риска / С.В. Харитонов, Е.Б. Любов, С.В. Рызова и др. // Суицидология. — 2013. — №4.
6. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization — 2014.

УДК 159.923

ОСОБЕННОСТИ СТИЛЯ ЖИЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

В.В. Родионов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. Чупина В.Б.

Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика, и обусловлена тем, что состояние заболеваемости и смертности от сердечно - сосудистых заболеваний в России заставляет безотлагательно решать вопросы организации кардиологической службы на современном уровне. Ежегодно в мире, более чем у 32 млн. человек регистрируются такие заболевания как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность, инсульт, сосудистая смертность. Россия занимает одно из лидирующих мест в мире по смертности от сердечно сосудистых заболеваний [3]. В особенности, остро встает вопрос об исследовании факторов риска указанных заболеваний, выявлении донозологических (предболезненных) форм с целью первичной профилактики, учитывая стиль жизни пациентов.

Целью исследования явилось изучение особенностей стиля жизни кардиологических пациентов.

Стиль жизни (по Адлеру А.) - это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение.

Стиль жизни выступает как «закон движения» человека, определяющий как его поведение, так и внутреннее развитие [1]. Он тесно связан с направленностью личности индивида (характером конечной цели), его мотивацией. Как вид компенсации чувства неполноценности стиль жизни может различаться по успешности адаптации человека к требованиям общества. По этому критерию выделяются три основных стиля.

1. Удачная компенсация. Стремление к успеху и конечная цель подчинены социальному чувству. Человек успешно адаптируется к жизни в обществе.

2. Неудачная компенсация. Человек преодолевает чувство неполноценности способами, не одобряемыми обществом (алкоголизм, преступность), либо уходит в болезнь, служащую оправданием его неадаптированного поведения. Чувство неполноценности переходит в комплекс неполноценности, который часто скрыт за комплексом превосходства. В качестве причин возникновения данного стиля А. Адлер выделяет как наличие органических недостатков, так и неправильное воспитание.

3. Сверхкомпенсация. Стремление к успеху переходит в стремление добиться превосходства над остальными людьми. А. Адлер считал сверхкомпенсацию механизмом творчества.

Таким образом, кроме стилей, осуществляющих позитивную функцию адаптации к требованиям общества, выделяется негативный тип стиля.

Мы в исследовании придерживались современной интерпретации стиля жизни как одной из категорий образа жизни. А именно, стиль жизни – это поведенческая особенность жизни человека, т. е. определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности, который в свою очередь может быть позитивным и негативным [2].

Стиль жизни есть нечто большее, чем сочетание типичных способов поведения. Он есть неповторимая картина существования индивида, определяемая уникальным соединением совокупности черт и способов поведения. А это означает, что трансформация каких бы то ни было личностных черт уже сама по себе будет признаком изменения стиля жизни [4, 5].

Исследование стиля жизни кардиологических пациентов проводилось на базе ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная больница». Выборку исследования составили 40 пациентов больницы. Из них: 20 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями из стационара кардиологического отделения и 20 пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении.

Для исследования стиля жизни кардиологических пациентов были использованы следующие методики: методика «Тип поведенческой активности» (ТПА) Д. Дженкинса; тест «Ваш образ жизни» Л.Г. Качан; тест «Оценка образа жизни» А. Яссингера

Полученные результаты по методике «Тип Поведенческой Активности» (ТПА) Д. Дженкинса позволяют сделать следующие выводы.

У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (56%), наблюдается выраженная поведенческая активность типа А, это говорит о том, что для них характерно выраженное стремление к первенству, социальному превосходству, соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов. А также стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями, постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения при неудовлетворенности достигнутым, упорство и сверхактивность в достижении цели, нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на «поражение».

У пациентов, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний (44%), диагностируется промежуточный (переходный) тип поведенческой активности «АВ». Данных пациентов характеризует сбалансированность деловой активности, напряженная работа со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АВ не показывают явной склонности к доминированию, но в определенных ситуациях и обстоятельствах уверенно берут на себя роль лидера; для них характерна эмоциональная стабильность в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

В ходе исследования по методике «Ваш образ жизни» (Качан Л.Г.) нами было выявлено, что пациенты (70%) с сердечно-сосудистыми заболеваниями чаще ведут неправильный образ жизни и им необходимо изменить некоторые из нездоровых привычек. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы должны понимать, что они могут оставаться практически здоровыми и трудоспособными, если будут соблюдать правильный режим и выполнять назначения и советы врача.

Так же методика помогла выявить, что пациенты без сердечно-сосудистых заболеваний (60%) ведут более правильный образ жизни, стиль жизни у них выполняет позитивную функцию.

В целом в ходе проведенного исследования нами было выявлено, что 98% кардиологических пациентов, ведут неправильный образ жизни, для них характерен негативный тип стиля жизни. В связи с этим, возникает необходимость изменения некоторых из нездоровых привычек, которые позволят им в последующем оставаться практически здоровыми и трудоспособными. Говоря о пациентах без сердечно-сосудистых заболеваний (70%), то они ведут правильный образ жизни, умеют правильно организовывать режим работы и эффективного отдыха, тем самым проявляют позитивный стиль жизни.

Таким образом, в развитии и течении основных болезней сердца и сосудов решающую роль играет стиль жизни, то есть поведение, условия труда и быта, характер питания людей. Разумная организация труда и быта, а также правильное питание дают возможность предотвратить или замедлить развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Важными становятся вопросы о возможности прогнозирования поведения человека по особенностям его стиля жизни. В частности, это открывает перспективы использования полученных знаний для профилактической работы с кардиологическими пациентами.

Своевременная профилактика стиля жизни поможет добиться снижения смертности и увеличение продолжительности жизни кардиологических пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер, А. Наука жить / А. Адлер. – Киев: Port-Roual, 1997. – С. 288.
2. Ануфриева, Р.А. Стиль жизни личности : моногр. / Р.А. Ануфриева, Е.И. Головаха, Е.А. Донченко, Е.Г. Злобина и др. – Киев: Наукова думка, 1982. – С. 372.
3. Взаимосвязь поведенческих особенностей личности и состояния коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца / В.Н. Федорец, В.Г. Радченко, А.А. Скоромец, К.Л. Козлов // Учебно-методические рекомендации. – СПб. – 2004. – С. 24.
4. Сафарян, А.В. Стиль жизни / А.В. Сафарян // Знание. Понимание. Умение. – 2008. №1. – С. 246-248.
5. Шадриков, В.Д. Мир внутренней жизни человека / В.Д. Шадриков. – М.: Университетская книга-Логос. - 2006. – С. 392.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В. Рупека

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. Василькова Ж.Г.

В современной психиатрии и клинической психологии крайне важной является проблема реабилитации пациентов с психическими заболеваниями и расстройствами, в частности - больных шизофренией. Первым этапом такой работы является диагностика, выявление психологических особенностей личности пациентов, нуждающихся в коррекции.

Личность больных шизофренией претерпевает болезненные изменения, такие пациенты становятся замкнутыми (вплоть до аутичности), испытывают трудности в социальном взаимодействии, отличаются низкой самооценкой и неуверенностью в себе. Эти черты обуславливают их большую приверженность стрессовым реакциям на травмирующие ситуации, создают предпосылки для формирования психологических трудностей, не свойственных здоровым людям.

Р. Лазарус характеризует психологический стресс как обусловленное угрозой эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способность человека достаточно эффективно осуществлять свою деятельность [1]. Одной из наиболее простых классификаций этого психологического явления можно считать выделение Г. Селье двух основных видов стресса. По его мнению, существует понятие эустресс - это благоприятный стресс, в результате которого повышается функциональный резерв организма, и дистресс - неблагоприятный стресс, в результате которого истощаются защитные силы организма, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний [2].

Говоря о противодействии стрессу, его профилактике (предотвращении развития) и коррекции (снижении, ликвидации стрессовой реакции, восстановлении нормального функционального состояния), используется понятие совладание со стрессом. Под механизмами совладания понимаются поведенческие и внутрипсихические усилия по разрешению внешних и внутренних требований, а также возникающих между ними конфликтов (т. е. попытки их разрешения, редукции или усиления по созданию терпимого отношения к этим конфликтам), которые требуют напряжения сил или даже превышают эти силы [3]. Понятие «совладание со стрессом» неразрывно связано с понятием «психологическая адаптация», которое подразумевает под собой способность к сохранению целостности и адекватному реагированию на различные ситуации окружающей среды. В условиях стресса психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством двух механизмов: психологической защиты и копинг-механизмов. Психологическая защита — система регуляторных механизмов в психике, которые направлены на устранение или сведение к минимуму негативных, травмирующих личность переживаний, сопряженных с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта [4]. Копинг-стратегии – это осознанно используемые человеком приемы совладания с трудными ситуациями, состояниями и порождающими их условиями [5].

Мы провели исследование, направленное на изучение совладающего поведения в ситуации стресса у пациентов с шизофренией, находящихся на лечении в КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1». Оно включало в себя определение у пациентов с шизофренией преобладающих копинг-стратегий (для этого использовался опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) и механизмов психологической защиты (выявляемых с помощью опросника Плутчика Келлермана Конте - «Индекс жизненного стиля»).

В результате исследования психологических защит у больных шизофренией было выявлено преобладание таких механизмов как отрицание (завышенные показатели по этой шкале наблюдаются у 14 испытуемых) и проекция (завышенные показатели по этой шкале наблюдаются у 5 испытуемых).

Наименьшую выраженность у участников исследования имеют такие психологические защиты, как компенсация (низкие показатели у 9 испытуемых) и гиперкомпенсация (низкие показатели у 7 испытуемых).

Полученные данные говорят о том, что в стрессовой ситуации пациенты с шизофренией склонны игнорировать проблему, им свойственно отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой личностью. Иными словами, информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Известно, что среди пациентов психиатрического профиля распространено неприятие своего дефекта, отрицание наличия у себя каких-либо нарушений. Не признавая наличия у себя психического заболевания, пациенты не предпринимают попыток сотрудничать с врачом, а в некоторых случаях отказываются от лечения. Этот факт является существенным моментом, препятствующим выздоровлению и адаптации к среде психоневрологического диспансера, поэтому такой тип психологической защиты для больных шизофренией можно считать неконструктивным. Неспособность

к овладению такими (относительно конструктивными) механизмами, как компенсация и гиперкомпенсация также может являться источником затруднений в лечении психологической реабилитации. Если бы эти механизмы были развиты в достаточной мере, пациент мог бы компенсировать трудности, связанные с длительным пребыванием в стационаре, конструктивной деятельностью (общением, чтением, занятиями по психосоциальной реабилитации), что повысило бы эффективность работы специалистов.

При исследовании копинг-стратегий было установлено, что среди больных шизофренией преобладают лица, предпочитающие такие типы поведения, как избегание (высокие показатели по этой шкале имеют 10 испытуемых), положительную переоценку (высокие показатели у 8 испытуемых), дистанцирование (высокие показатели у 7 испытуемых) и поиск социальной поддержки (высокие показатели у 7 испытуемых).

Наименее выраженной из всех форм копинг-стратегий у пациентов КГБУЗ ПНД №1 является принятие (по результатам исследования заниженные показатели принятия наблюдаются у 8 испытуемых). Эти данные говорят о том, что половине испытуемых свойственно преодоления негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п.

При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п., с целью снижения мучительного эмоционального напряжения [6]. Такая стратегия, помимо отсутствия решения проблемы, способна провоцировать новые трудности, связанные с избегающим поведением, например, уход в фантазии (которые у пациентов с психиатрическим диагнозом зачастую являются патологическими), не только не способствует выздоровлению, но и препятствует адекватному восприятию реальности. Сложности в принятии непосредственно связаны с отрицанием, которое не позволяет признавать наличие какой-либо проблемы. Как уже было сказано ранее, для больных шизофренией такое поведение препятствует продуктивному лечению, то есть, является неадаптивным. Однако, помимо неконструктивных типов поведения, прослеживается склонность к осуществлению пациентами таких видов адаптивных копинг-стратегий, как поиск социальной поддержки и положительная переоценка. Способность осуществлять деятельность, направленную на эти два аспекта позволяет больным сформировать некоторые социальные навыки, выстроить систему мировоззрения, способствующую сохранению психического здоровья.

Проведенное нами исследование актуально, в первую очередь, тем, что дает специалистам, работающим в профильных психиатрических учреждениях, возможность более продуктивно реализовывать психологическую диагностику, психологическую коррекцию и психологическую реабилитацию таких пациентов, формировать у них конструктивные адаптационные механизмы. Работа с родственниками, социальным окружением больных шизофренией – еще одно очень важное направление, для которого будут актуальны данные, полученные в этом исследовании. На их основе возможно проведение информационно-просветительской работы на базе психоневрологических диспансеров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарус, Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р.С. Лазарус – М.: Женева. - 1989. – С. 127.
2. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье – М.: Медгиз. - 1960. – С. 255.
3. Анцыферова, Л.И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития / Л.И. Анцыферова // Психол. журн. – 1999. – №1 – С. 6-20
4. Мещеряков, Б.Г. Большой психологический словарь / Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко – М.: 2003 - 672 с.
5. Психология общения. Энциклопедический словарь / под ред. А.А. Бодалева. - М. Изд-во «Когито-Центр», - 2011. – С. 2280.

УДК 159.9: 616.89

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ

А.В. Рупека

Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. каф. Лисняк М.А.

Распространение наркомании не первый десяток лет входит в число глобальных общемировых проблем. Разработка стратегии ее решения невозможна без всестороннего изучения этого заболевания, его аспектов на каждом этапе (начиная от предпосылок формирования и заканчивая особенностями лиц, находящихся в стойкой ремиссии).

Специфической особенностью химической зависимости является наличие тесной связи между двумя ее аспектами - клиническим и психосоциальным [1]. Изучению первого аспекта – а именно психологическим особенностям «групп риска», изменениям характера наркозависимых посвящено множество работ. Существует даже особое определение специфического «наркоманического дефекта», под ним подразумевается деформация личности под влиянием химической зависимости. Помимо тех черт характера, которые были у зависимого до начала активного употребления и, возможно, спровоцировали «уход» человека в наркотизацию, по мере развития пристрастия к психоактивному веществу, развиваются особенности личности, ведущие к существенной дезадаптации. Злоупотребляющие наркотиками в целом более личностно нарушены, изолированы и менее удовлетворены своей жизнью [1]. Дж. Ханзян в статье «Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных» [4] в качестве ведущих проблем химически зависимых называет базовые трудности саморегуляции в четырех основных сферах, таких, как: чувства, самооценка, взаимоотношения, забота о себе.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения:

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду;
- стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
- стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость;
- тревожность [2].

Исходя из того, что в возникновении и формировании химической зависимости большую роль играют психологические факторы, в том числе – характерологические особенности, главной составляющей реабилитации наркозависимого является коррекция неадаптивных аспектов его личности. Одним из наиболее распространенных методов преодоления химической зависимости является реабилитация по программе «12 шагов», разработанной в Америке в 30-е годы. Её основная цель – духовная переориентация человека. Радикально меняются ценности, жизненные ориентиры, цель и смысл всей жизни. Человек «меняет направление» своих мыслей, устремление своих чувств: целью теперь становится не разросшееся до огромных пределов «Эго» как это было всю предыдущую жизнь; целью становится Бог, как его понимает каждый [5]. Важным элементом реабилитации является психотерапия. Психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде [3]. Очевидно, что в процессе такого воздействия изменяются характерологические особенности человека. Мы провели исследование личностных особенностей химически зависимых лиц, проходящих реабилитацию по программе «12 шагов». Полученные данные будут полезны, в первую очередь, при работе с желающими избавиться от химической зависимости, а также позволят выявить закономерности и тенденции, наблюдающиеся в картине личности проходящих реабилитацию.

Исследование проводилось на базе центра «Енисей», работающего по программе «12 шагов», в нем приняли участие 24 мужчины в возрасте от 18 до 62 лет, проходящих реабилитацию с целью избавления от химической зависимости. По времени пребывания в центре в группе наблюдался значительный разброс: от 9 дней до 9 месяцев. Это позволило сравнить личностные особенности испытуемых в зависимости от того, на каком этапе реабилитации они находятся. Был использован 16-факторный личностный опросник Кетелла, который является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности и предназначен для написания широкой сферы индивидуально-личностных отношений. Отличительной чертой данного опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности.

В результате проведенного исследования были обнаружены следующие закономерности в сфере коммуникации. Большинству испытуемых свойственны общительность, открытость, готовность к общению с другими людьми (высокий и средний балл по шкале «общительность», фактор А – у 19 из 24 человек). Возможно, это связано с необходимостью активного взаимодействия в группе, как одного из принципов организации реабилитационного процесса. Более 50% человек (13 из 24) имеют низкий балл по шкале «дипломатичность». Этот фактор подразумевает под собой проницательность, расчетливость и хитрость, как правило, эти черты свойственны зависимым на этапе активного употребления, что позволяет им манипулировать окружающими людьми. Принципы, которые пытаются усвоить участники программы, в какой-то степени осуждают такое поведение, переориентируя человека на открытость и честность (что и соответствует низким баллам по данной шкале), с

этим и могут быть связаны полученные данные. Более 50% (12 из 24) человек имеют низкий или средний показатель фактора Е (доминантность), это говорит о преобладании в группе конформного поведения, умения прислушиваться к окружающим. Эти данные говорят о том, что большинству не свойственны стремление к власти, напористость и конфликтность, что, несомненно, влияет на психологический климат группы. Низкий уровень выраженности этого фактора у человека может стать позитивным ресурсом для принятия новых, конструктивных жизненных установок. В целом, полученные данные позволяют сделать вывод о достаточно высоком уровне развитости коммуникативной сферы испытуемых. Этот факт, возможно, связан с особенностями организации реабилитационного процесса, принципами групповой работы, в которой важны открытость друг другу, готовность к тесному общению с другими участниками программы.

Каких-либо особенностей в интеллектуальной сфере при обследовании респондентов обнаружено не было, среди испытуемых встречаются как лица с высокими интеллектуальными возможностями и способностью к абстрактному мышлению, так и те, кто склонен буквально и конкретно понимать, и выполнять задачи. Развитие интеллекта и уровня мышления не является одной из основных целей реабилитационной программы, поэтому показатели этих факторов менее значимы для нашего исследования.

Говоря об особенностях эмоциональной сферы, следует отметить преобладание высоких или средних баллов по шкале «эмоциональная устойчивость» (17 из 24). Данные результаты соответствуют таким свойствам характера, как спокойствие, уравновешенность, стремление объективно оценивать происходящие вещи. Наиболее высокая выраженность этого фактора среди тех, кто находится в центре довольно давно (от 2,5 до 9 месяцев). Это можно связать с тем, фактом, что за время пребывания на реабилитации, человек стремится воспитывать в себе эмоциональную устойчивость (ведь это является важным аспектом, позволяющим избегать острых аффективных состояний, которые способны спровоцировать срыв ремиссии), и на конечных этапах это вполне удается. Фактор I, который выражает эмоциональную чувствительность, у большинства испытуемых (15 человек) выражен низко. Таким показателям соответствуют реалистичность суждений, практичность и рациональность, достигающие порой до грубости. Преобладание таких черт характера в группе можно объяснить стремлением зависимых контролировать свои эмоции, даже некоторой необходимостью этого. Поведение в коллективе, особенно подразумевающим определенную дисциплину, требует от человека сдерживать свои негативные эмоциональные реакции, что может также отражаться на эмоциональной чувствительности. По шкале «тревожность» у 16 испытуемых нет данных, которые бы свидетельствовали о выраженности этого свойства, у 8 – высокие показатели этого фактора. Как правило, новая обстановка, необходимость следовать распорядку, отрыв от привычного уклада жизни может быть причиной стресса и провоцировать тревожность, но тот факт, что этого не наблюдается у 75% испытуемых, может быть свидетельством того, что большинство вполне эмоционально адаптировалось в новых условиях жизни.

Показатели факторов, характеризующих уровень регуляции поведения несколько противоречивы. Существует тенденция к преобладанию низких показателей шкалы «социальная нормативность» (14 человек) и высоких – шкалы «самоконтроль» (17 человек). Интерпретируя полученные данные, можно говорить о собственном большинстве испытуемых непостоянстве, несогласии с общепринятыми нормами, склонности игнорировать свои обязанности в сочетании со стремлением контролировать своё поведение и высоким уровнем волевой регуляции. Возможно, такие результаты отражают некоторый внутриличностный конфликт, который возникает в ситуации, когда необходимо радикально изменять свои ценности, приоритеты, и как следствие, образ жизни.

В целом, можно сказать, что проведенное исследование особенностей личности может использоваться как один из аспектов оценки эффективности работы психокоррекционных и реабилитационных мероприятий, а также позволить найти «ресурсные» сферы для восстановления адаптивных механизмов поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазова, А.Е. Психологические аспекты зависимости. / А.Е. Айвазова. – СПб, «Речь», 2003. – С. 120.
2. Змановская, Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. Высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», - 2003. – С. 288.
3. Мехтиханова, Н.Н. Психология зависимого поведения: учеб. пособие / Н. Н. Мехтиханова. -2-е изд. - М.: Флинта: МПСИ, - 2008.
4. Немчин, Т.А. Личность и алкоголизм. / Т.А. Немчин, С.В. Цицарев – СПб: Издательство Ленинградского университета: - 1989. – С. 192.
5. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. - М., - 2000.
6. Шайдукова, Л.К. Классическая наркология (для студентов, интернов, ординаторов и врачей): Учебно-методическое пособие – Казань, Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2008.
7. Шайдукова, Л.К. Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре / Л.К. Шайдукова, Л.Н. Халабуда // Наркология. - 2012.- № 2.-С.72-76.

ГЕНТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Н.А. Рыбалко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских болезней с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Чикунов В.В., д.м.н., проф. Ильенкова Н.А.

Определение частоты и спектра мутаций гена CFTR (Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) в настоящее время является актуальной проблемой. Частота различных мутаций гена CFTR в различных регионах России не одинакова. У больных муковисцидозом (МВ) из европейских регионов России, частота мутации delF508 составляет 45-57%, CFTRdele2,3(21kb) встречается в 6,5%; мутации 2143delT, 394delTT являются относительно частыми для больных из Центрального региона России, где их суммарная доля составляет около 3,3-4,0%, в Северо-Западном регионе России их частота составляет 2,3% [1, 2, 3, 4]. Клиническая картина муковисцидоза разнообразна, зависит от возраста ребенка, тяжести поражения отдельных органов и систем, продолжительности заболевания и его осложнений, адекватности терапии, а также от характера и типа мутаций гена CFTR [2, 5, 6].

Цель исследования: изучение клинических признаков больных муковисцидозом в Красноярском крае в зависимости от мутации гена CFTR. Задачи исследования: 1) Верифицировать спектр генных мутаций у больных МВ в Красноярском крае. 2) Изучить клинические признаки у больных муковисцидозом в Красноярском крае в зависимости от мутации гена CFTR. Материалы и методы: проведено обследование 24 больных с МВ, состоящих на учете в Региональном отделении Российского Центра муковисцидоза, г. Красноярск, из них 18 (75%) со смешанной, 4 (16,7%) пациента с легочной и 2 (8,3%) с кишечной формой муковисцидоза. Среди больных МВ со смешанной формой заболевания имела тенденция преобладания мальчиков: 10 (55,6%), против 8 (44,4%) девочек; с легочной формой 3 (75,0%), против 1 (25,0%); с кишечной формой по одному мальчику и девочек - (50,0%) и (50,0%), соответственно. Возраст обследованных составил от 1 месяца до 24 лет, в среднем $7,7 \pm 1,5$ лет. Изучение клинических признаков и мутаций проводилось путем анализа данных карт динамического за больными муковисцидозом Регионального центра муковисцидоза. Результаты и обсуждения: Проведенный анализ и верифицированный спектр генных мутаций среди 24 больных МВ в Красноярском крае показал, что, как и в большинстве российских популяций, наиболее частой мутацией является delF508 – у 21 больного (87,5%); у 1 (4,2%) определялась CFTRdele2,3(21kb), у 1 (4,2%) 2143delT и у 1 (4,2%) 394delTT. У 2 детей из 24 (8,4%) не удалось определить мутации, которые, по-видимому, локализованы в других регионах гена CFTR на анализируемых хромосомах, при этом клинические признаки соответствовали муковисцидозу, потовые тесты определялись как «положительные». Известно, что в связи с большим числом возможных мутаций в гене CFTR нельзя исключить возможности присутствия не

Проведен анализ встречаемости мутаций в зависимости от генотипа: выявлено 11 гомозигот (10 больных из 24 (41,6%) с генотипом delF508/delF508; 1 (4,2%) с CFTRdele2,3(21kb)/CFTRdele2,3(21kb)), 11 - компаунд-гетерозигот по мутации delF508 (у 9 из 24 (37,4%) – генотип delF508 /-; у 1 (4,2%) del F508/ 2143delT; у 1 (4,2%) del F508 /394delTT) и 2 (8,4%) пациента с неизвестными мутациями гена CFTR (генотип -/-). По результатам ДНК-типирования больные были подразделены на две группы, согласно CFTR генотипам: 1 группа - гомозиготы по мутации delF508 (delF508/delF508) – 10 человек, 2 группа – гетерозиготные компаунды по мутации delF508 и прочим мутациям (delF508/non delF508) – 11 человек.

Для пациентов с генотипом delF508/delF508 была характерна ранняя (с рождения) манифестация заболевания с кишечного синдрома – у 8 из 10 (80%) ($p < 0,05$); в то время как для больных с генотипом delF508/non delF508 характерно более позднее (во втором полугодии и старше года) начало, с преобладанием респираторного синдрома на старте заболевания – у 5 из 11 (45,5%) пациентов ($p < 0,05$). Клиническое обследование больных проводилось в период обострения заболевания, которое чаще протекало по типу обструктивного бронхита в сочетании с синдромом диареи в обеих группах сравнения: у 5 из 10 (50,0%) больных с генотипом delF508/delF508, с генотипом delF508/non delF508 у 6 из 11 (54,5%). Обострение по типу обструктивного бронхита у 3 из 10 (30,05%) и 4 из 11 (36,4%), соответственно. Изолированный кишечный вариант обострения встречался у 2 из 10 (20,0%) гомозигот по delF508 и 1 из 11 (9,1%) компаунда по мутации delF508. Анализ жалоб предъявляемых больными МВ в зависимости от генотипа показал, что у пациентов с delF508/delF508 наиболее часто встречались: жирный «зловонный» стул у 9 (90,0%); отмечалась плохая прибавка веса у 8 (80,0%); повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, одышка при физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой, вздутие и боли в животе у 7 (70,0%); слабость, утомляемость, нарушение аппетита у 6 (60,0%); затрудненное носовое дыхание, одышка в покое у 5 (50,0%); носовые кровотечения у 4 (40,0%); малопродуктивный навязчивый кашель у 1 (10,0%) больного. У пациентов с генотипом

delF508/nondelF508 наиболее часто встречались: слабость, утомляемость, одышка при физической нагрузке и в покое, повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, плохая прибавка веса у 9 из 11 (81,8%); затрудненное носовое дыхание, жирный «зловонный» стул, кашель с гнойной мокротой у 8 (72,7%); снижение аппетита у 7 (63,6%); вздутие и боли в животе у 5 (45,5%); носовые кровотечения у 2 (18,2%); кашель со слизисто-гнойной мокротой у 1 из 11 (9,1%). Известно, что снижение темпов роста или потеря массы тела пациента является индикатором неблагоприятного течения при МВ [2, 3, 6]. Весо-ростовой индекс (ВРИ) на момент постановки диагноза у больных с генотипом delF508/delF508 составил в среднем 82,3% (95%ДИ: 78,5-89,7), в то время как у больных с delF508/nondelF508 – 86,7% (95%ДИ: 75,7-95,8), что существенно ниже стандартных норм.

При осмотре: больных с генотипом delF508/delF508 – выявлена деформация грудной клетки (эмфизематозная, килевидная, бочкообразная) у 6 из 10 (60,0%), которая сопутствовала симптомам бронхолегочной патологии, против 4 из 11 (36,4%) больных с генотипом delF508/nondelF508 ($p<0,05$); признаки хронической гипоксии тканей («барабанные палочки» и «часовые стекла» различной степени выраженности) отмечались у 7 из 10 пациентов (70,0%), против 6 из 11 (54,5%) больных с компаунд-гетерозиготным генотипом. Перкуторный звук над легкими в обеих группах преимущественно имел коробочный оттенок у 9 из 10 (90,0%) с генотипом delF508/delF508, против 10 из 11 (90,9%) с delF508/nondelF508. Аускультативная картина в легких у больных МВ с разными генотипами была разнообразной. Так, в большинстве случаев у 7 из 10 (70,0%) пациентов с генотипом delF508/delF508 выслушивались влажные хрипы, против 9 из 11 (90,9%) с генотипом delF508/nondelF508; сухие хрипы у 6 из 10 (60,0%), против 6 из 11 (54,5%); у большинства – 9 из 10 (90,0%), против 10 из 11 (90,9%) хрипы имели диффузный характер. Локальные хрипы в легких у больных МВ не определялись. При перкуторном определении границ сердца нормальные размеры отмечались у всех наблюдаемых пациентов с МВ. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалась тахикардия у 3 из 10 (30,0%) больных из первой группы, против 4 из 11 (36,4%) из второй; экстрасистолия у 1 из 11 (9,1%) детей, систолический шум в области верхушки сердца (систолический шум отмечался неинтенсивный и не проводился за пределы сердца) у 4 из 10 (40,0%), против 4 из 11 (36,4%) с компаунд-гетерозиготным генотипом. Артериальное давление у пациентов в обеих группах соответствовало возрастной норме. Желудочно-кишечные нарушения проявлялись полифекацией у 7 из 10 (70,0%) пациентов с генотипом delF508/delF508, против 4 из 11 (36,4%) с delF508/nondelF508 ($p<0,05$); неоформленным, учащенным стулом, видимой стеатореей и интоксикационным синдромом у 7 из 10 (70,0%), против 7 из 11 (63,6%), соответственно. Гепатомегалия отмечалась у 5 из 10 (50,0%) больных первой группы, против 5 из 11 (45,5%), соответственно; спленомегалия у 3 из 10 (30,0%), против 2 из 11 (18,2%), соответственно; «эквивалент меконияльного илеуса» в виде кишечной колики, отсутствие самостоятельного стула, повторной рвоты, вздутие живота отмечался у 2 из 10 (20,0%) детей с генотипом delF508/delF508. У 2 девочек, достигших пубертатного возраста, отмечалось отставание в половом развитии (задержка менархе, оволосения подмышечных впадин), по 1 из 10 (10,0%) в первой и 1 из 11 (9,1%) во второй группе, соответственно.

При изучении зависимости клинических форм заболевания от генотипа CFTR нами установлено, что у больных с мутацией delF508 в гомозиготном состоянии чаще встречалась смешанная форма заболевания – у 8 из 10 (80,0%), против 7 из 11 (63,6%) в компаунд – гетерозиготном ($p<0,05$). В то время как у пациентов с мутацией delF508 в компаунд-гетерозиготном состоянии чаще верифицировалась легочная форма – у 3 из 11 (27,3%), против 1 из 10 (10%) с генотипом delF508/delF508 ($p<0,05$). Изолированная кишечная форма встречалась в обеих группах – у 1 из 10 (10%) в первой группе и 1 из 11 (9,1%) во второй.

При сопоставлении показателей проводимости хлоридов в потовой жидкости в зависимости от генотипа установлено, что у больных с гомозиготным состоянием определялись высокие цифры уровня проводимости хлоридов пота (выше 100 ммоль/л) – у 7 из 10 (70%), против – 4 из 11 (36,4%) с компаунд-гетерозиготным генотипом. В то время как у пациентов с генотипом delF508/nondelF508 преобладал уровень проводимости хлоридов пота в диапазоне от 80 до 100 ммоль/л ($p<0,05$).

Выводы: по результатам ДНК-типирования на территории Красноярского края у пациентов с МВ значимыми мутациями являются delF508, CFTRdele2,3(21kb), 2143delT, 394delTT, что соответствует спектру мутаций, зарегистрированному на основной территории России. Генотип пациентов с МВ в значительной мере определяет индивидуальные особенности течения заболевания. Так, для генотипа delF508/delF508 характерен ранний (с рождения) дебют клинических проявлений заболевания, тяжелое течение и высокие показатели проводимости хлоридов пота (выше 100 ммоль/л), а для генотипа delF508/nondelF508 – относительно поздний старт (со 2-го полугодия жизни), среднетяжелое течение и умеренное повышение проводимости хлоридов пота (80-100 ммоль/л).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, В.С. Генетические аспекты муковисцидоза / В.С. Баранов, Е.К. Гинтер // Муковисцидоз / Н.И. Капранов, С.В. Рачинский – М., 2012. – С. 8-24.
2. Капранов, Н.И. Успехи и проблемы в диагностике и лечении муковисцидоза в России/ Н.И. Капранов // Пульмонология. – 2011. – № 3. – С. 9-16.
3. Муковисцидоз (Современные достижения и актуальные проблемы): метод. рекомендации/ Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская, А.Ю. Воронкова и др. – М.: ГУ Мед.-генет. науч. центр РАМН, 2012. – С. 109.

4. Петрова, Н.В. Десятилетний опыт молекулярно-генетической диагностики муковисцидоза в МГНЦ РАМН / Н.В. Петрова, Е.К. Гинтер // Пульмонология. – 2001. – № 3. – С. 17-20.
5. Carry, R. Implications of CFTR functions on the understanding of the relationship between genotype/ phenotype / R. Carry, M.D. Cutting // Pediatr. Pulmonol. – 2013. – Vol. 12. – P. 119-127.
6. Dodge, J.A. Cystic fibrosis / J.A. Dodge, D.J.H. Brock, J.H. Widdicombe // Curr. topics. – 2011. – P. 370.

УДК 616.5-002-056.3:[546

ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ ВОДНОГО РАСТВОРА В КОЖЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ВЫЗВАННОГО СОЛЯМИ НИКЕЛЯ, КОБАЛЬТА, ХРОМА

В.В. Рябцева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Яковлева Т.А.

Во всем мире аллергический контактный дерматит (КАД) – одно из распространенных заболеваний в дерматологической практике. По данным разных авторов, этот вид патологии встречается у 2-2,5% населения Земного шара [2]. На территории Красноярского края за период 2007 по 2011 гг. в структуре дерматологической заболеваемости контактный аллергический дерматит составил 14,7% от всей кожной патологии. Показатели первичной заболеваемости контактным аллергическим дерматитом увеличились от $8,1 \pm 0,05$ до $9,1 \pm 0,06$ на 1000 населения, прирост показателя составил 12,3% (среднегодовой прирост 1,2%). Общая заболеваемость контактным аллергическим дерматитом за исследуемый период увеличилась на 20,2%, что связано с большим количеством химических веществ, используемых в быту и на производстве. Наиболее часто встречающиеся этиологические факторы контактного аллергического дерматита и контактной экземы являются: никеля сульфат (41,4%), кобальта хлорид (20,3%), калия дихромат (10,0%), смесь ароматизирующих веществ и тиомерсал (6,8%), ланолин (5,6%), производные тиурама (5,2%), смесь карбоматов (4,4%) [1,4]. Данные об уровне и динамике заболеваемости контактным аллергическим дерматитом позволяют определить востребованность в разработке новых средств лечения этого заболевания. Разработка и создание новых препаратов, способных эффективно инактивировать действие химических аллергенов, по-прежнему является актуальной задачей и имеет важное значение.

В последнее время широко стали изучаться свойства и перспективы применения природных биополимеров хитина и хитозана [3,5]. Дальнейшее изучение свойств хитозана представляет значительный интерес и является перспективным в разработке эффективных методов лечения контактного аллергического дерматита путем применения соединений хитозана.

Цель исследования – изучить кинетику водорастворимого хитозана в коже экспериментальных животных методом люминесцентной микроскопии.

Задачи исследования:

1. Исследовать формирование контактной гиперчувствительности у экспериментальных животных при моделировании контактного аллергического дерматита, вызванного солями никеля, кобальта и хрома.
2. Провести сравнительную оценку клинических и патоморфологических изменений кожи у лабораторных животных.
3. Исследовать кинетику водорастворимого хитозана в коже экспериментальных животных методом люминесцентной микроскопии.

Для решения поставленных задач проводились экспериментальные исследования на крысах: использовались 14 половозрелых самца в возрасте от 2 до 2,5 месяцев и массой от 200 до 250 граммов.

Таблица 1

Распределение животных по экспериментальным группам

Номера групп	Нанесение препарата в течение 10 дней на опытный участок кожи
1	Нанесение 1,0мл 5% раствора NiCl_2 каждые 24 часа
2	Нанесение 1,0мл 5% раствора CoCl_2 каждые 24 часа
3	Нанесение 1,0мл 5% раствора $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ каждые 24 часа
4	Экспозиция 1% водорастворимого хитозана меченного ФИТЦ в концентрации $5 \times 10^{-4}\text{M}$ в течение 1 часа
5	Экспозиция 1% водорастворимого хитозана меченного ФИТЦ в концентрации $5 \times 10^{-4}\text{M}$ в течение 2 часов
6	Экспозиция 1% водорастворимого хитозана меченного ФИТЦ в концентрации $5 \times 10^{-4}\text{M}$ в течение 24 часов
7	Контрольная группа – исследование естественной флюоресценции.

Для инициации контактного аллергического дерматита применяли водный раствор 5% хлористого никеля (группа 1), 5% хлористый кобальт (группа 2), 5% двуххромовокислый калий (группа 3). Животным 1, 2 и 3 групп левую (опытную) область 1 раз в сутки обрабатывали растворами 5% хлористого никеля, 5% хлористого кобальта и 5% двуххромовокислого калия. Для определения степени сенсибилизации организма солями никеля, кобальта и хрома на 12-е сутки эксперимента животным наносилась разрешающая доза препарата на правую (интактную) область подготовленной кожной поверхности. Далее проводили сравнительную оценку клинических и патоморфологических изменений кожи лабораторных животных.

Оценку гистологических препаратов проводили с помощью светового микроскопа Olympus BX 45 (объёмом 10,40) с использованием телевизионной установки DP 25 Olympus. Морфологические исследования проводили на гистологических препаратах, оцифрованных в редакторе Adobe Photoshop CS3. Для изучения кинетики 1% водорастворимого хитозана в коже использовали метод люминесцентной микроскопии препаратами хитозана, меченные флюорохромом – флюоресцеином изотиоцианатом (ФИТЦ). Для исключения влияния флюоресцеина изотиоцианата на кинетику хитозана проводилось изучение кинетики раствора ФИТЦ в концентрации 5×10^{-4} М. Исследования проводили на 4 группах лабораторных крыс серии Вистар по 2 животных в каждой. Распределение в группах соответствовало времени экспозиции препаратов на коже, т.е. в 4 группе – экспозиция составляла 1 час, во 5 группе – 2 ч, в 6 группе – 24 ч, 7 группа – контрольная. Экспериментальную область закрывали марлевыми компрессными салфетками и фиксировали. Через определенный интервал времени: 1, 2 и 24 часа, проводили биопсию кожи в соответствующих группах. Изучение естественной флюоресценции проводили на коже животных контрольной группы. Использовался микротом-криостат «МК-25». Микроскопия и микрофотографирование проводили с помощью люминесцентного микроскопа марки «ЛЮМАМ И-3» и устройства «ФМН-11А» непосредственно после приготовления препарата. Статистическая обработка результатов экспериментальных исследований проводилась с использованием программы Statistica версия 6.0 (StatSoft, 2003).

У лабораторных животных 1 группы, подвергшихся воздействию 5% раствора никеля хлористого, на 3-4 день эксперимента на коже на месте нанесения металла появилась эритема. На 9-10 сутки эксперимента высыпания были представлены везикулами и папулами. При патоморфологическом исследовании образцов, взятых из опытных участков кожи животных выявлялись: значительный отек эпидермиса, умеренный равномерный акантоз, усиленная десквамация рогового слоя, очаговый паракератоз. В сосочковом слое дермы отек, разрыхление коллагеновых волокон, выраженная диффузная макрофагально-лимфоцитарная инфильтрация дермы, представленные лимфоцитами, полиморфно-ядерными лейкоцитами с примесью макрофагов, очаговые инфильтраты располагались преимущественно периваскулярно с экзоцитозом клеток инфильтрата в стенку сосудов.

У животных 2 группы контактный аллергический дерматит, вызванный солями кобальта, был представлен эритемой и фолликулярными папулами, которые появились на 4 день эксперимента. На 9-10 сутки высыпания, представленные папулами, везикулами и серозными корочками, локализовались вокруг сально-волосяных фолликулов. Патоморфологически у животных выявлена вакуольная дистрофия в шиповатом и базальных слоях, клетки базального и шиповатого слоев с пикнотичными ядрами, явления спонгиоза. В сосочковом слое дермы выраженный интерстициальный отек. Сосуды сосочкового слоя дермы расширены, стенки сосудов отечны, в сосудах стаз.

На гладкой коже животных 3 группы, подвергшихся воздействию 5% калия бихромата, на 3 день эксперимента появилась разлитая эритема. На 4-6 день у животных на фоне эритемы появились единичные милиарные папулы розовато – красного цвета, округлой формы; на 7-8 день эксперимента – эрозии, серозные корочки. На 9-10 сутки эксперимента высыпания, представленные эрозиями папулами, распространились на прилегающие участки кожи. Животные стали малоподвижными и вялыми. Патоморфологические изменения были наиболее выражены вокруг волосяных фолликулов, в том числе и корневой части волос, выводных протоков сальных и потовых желез, наблюдались равномерный, умеренный акантоз, усиленная десквамация рогового слоя, экзоцитоз клеток инфильтрата в роговой слой с формированием корок, чешуе-корок. Воспалительные инфильтраты в сосочковом слое дермы располагались диффузно и были представлены преимущественно лимфоцитами, полиморфно-ядерными лейкоцитами с примесью макрофагов и эозинофилов. Сосуды сосочкового слоя дермы расширены, стенки сосудов отечны, в сосудах стаз.

При нанесении солей металлов на интактные участки кожи у лабораторных животных на 12 сутки эксперимента наблюдались проявления контактной гиперчувствительности в виде эритемы.

Результаты исследования проницаемости хитозана в кожу экспериментальных животных 4, 5, и 6 групп показали, что водорастворимый хитозан свободно проникает через неповрежденную кожу преимущественно трансфолликулярно, трансгландулярно в первые 1-2 часа после его нанесения. Во всех случаях через 24 часа после нанесения 1% водорастворимого хитозана определялось его проникновение и равномерное распределение во всех слоях кожи.

Распределение раствора флюоресцеина изотиоцианата (ФИТЦ) при нанесении его на интактную область, носило равномерный трансэпидермальный характер. Уже в первые часы после аппликации раствор ФИТЦ

накапливался в эпидермисе, далее проникая в дерму и распределяясь в ней равномерно. Через 24 часа почти полностью выводился из дермы, но максимально сохранялся в клетках Лангерганса. В ультрафиолетовых лучах клетки Лангерганса в обработанных ФИТЦ срезах кожи имели слабое зеленовато-желтое свечение. Они были ясно видны на фоне нефлюоресцирующего эпидермиса в виде отростчатых флюоресцирующих клеток.

Выводы:

1. Сравнительная оценка клинических и патоморфологических изменений кожи у лабораторных животных при моделировании контактного аллергического дерматита, вызванного солями никеля, кобальта и хрома свидетельствует о выраженном раздражающем и сенсибилизирующем действии двуххромовокислого калия на кожу экспериментальных животных.

2. Результаты исследования проницаемости хитозана в кожу экспериментальных животных методом люминесцентной микроскопии показали, что водорастворимый хитозан свободно проникает через неповрежденную кожу преимущественно трансфолликулярно, трансгландулярно в первые 1-2 часа после его нанесения, через 24 часа определяется проникновение и равномерное распределение хитозана во всех слоях кожи.

3. Проведенные исследования могут служить предпосылкой для проведения клинических исследований по изучению эффективности применения хитозана в лечении контактных аллергических дерматитов, вызванных тяжелыми металлами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новые возможности диагностики аллергического контактного дерматита / Л.В. Лусс, С.А. Ерохина, К.С. Успенская // Российский аллергологический журнал. - 2008. - №2. - С. 65-72.
2. Проблема аллергических дерматозов в различных регионах мира / Н.И. Измерова, В.В. Чикин // Российский журнал кожных и венерологических болезней. - 2003. - №6. - С. 14-17.
3. Перспективы использования хитозана и его продуктов при заболеваниях кожи (обзор литературы) / И.Н. Большаков, М.Г. Боргоякова, В.И. Прохоренков // Сибирское медицинское обозрение. - 2002 - Т.22, №2. - С. 45-58.
4. Современная диагностика аллергического контактного дерматита: возможности и перспективы / О.Л. Иванов, Т.А. Белоусова, А.Н. Львов и др. // Российский журнал кожных и венерологических болезней. - 2007. - №3. - С. 17-22.
5. Wang, J.Y. Immobilization of Cells with Surface-Displayed Chitin-Binding Domain / J.Y. Wang, Y.-P. Chao // Appl. Envir. Microbiol. - 2006. - Vol.72. - P.927-931.

УДК 577.25

МЕХАНИЗМЫ, ОТВЕЧАЮЩИЕ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА

В.А. Сабурова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии,
педиатрии ИПО, НИИ молекулярной медицины и патобиохимии*

**Научные руководители: к.м.н., асс. каф. педиатрии Моргун А.В., асс. каф. биохимии Рузаева В.А.,
д.м.н., с.н.с. НИИ Малиновская Н.А.**

Нарушение транспортных механизмов между клетками ЦНС, а также нарушение механизмов проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) лежит в основе многих заболеваний: эпилепсии, сосудистых, демиелинизирующих, нейродегенеративных заболеваний ЦНС, ЧМТ, гипоксически-ишемических поражений.

Перечисленные заболевания представляют серьезную медико-социальную проблему: высокая заболеваемость, распространенность, сложности диагностики и терапии, инвалидизация, остаточные явления. Распространенность в Красноярском крае 2,4 на 100 тыс. населения при менингококковой инфекции у взрослых, 10,5 на 100 тыс. населения – у детей. Инвалидизация составляет до 30%, летальность - 5-30%, после перенесенного менингита или энцефалита.

Понимание функций, транспортных механизмов и механизмов повреждения ГЭБ в условиях патологии даст возможность определить перспективные пути улучшения эффективности своевременной диагностики и терапии при вышеуказанных состояниях.

Цель исследования – провести анализ современных литературных данных о работе механизмов, обеспечивающих проницаемость ГЭБ.

Задачи исследования:

Рассмотреть строение нейроваскулярной единицы и особенности межклеточных взаимодействий в ее пределах;

Изучить механизмы изменения проницаемости ГЭБ при различных патологических состояниях.

Нейроваскулярная единица (НВЕ) – это структурно-функциональная единица строения гематоэнцефалического барьера, состоящая из астроцитов, нейронов, эндотелиоцитов и перицитов. НВЕ регулирует нейрогенез, нейропластичность, репаративные процессы, межклеточные взаимодействия и проницаемость ГЭБ [2].

Эндотелиальные клетки капилляров головного мозга являются «первой линией обороны» и отличаются от эндотелиальных клеток других тканей специфическими особенностями, дающими возможность оказывать избирательную проницаемость веществ через ГЭБ. К таким особенностям относятся: повышенное содержание митохондрий, отсутствие фенестрации капилляров, высокая трансэндотелиальная электрическая устойчивость, минимальная пиноцитозная активность, наличие «плотных контактов», уникальный набор рецепторного аппарата, транспортных белков и эффлюксных помп [1, 6].

К факторам, приводящим к повреждению ГЭБ, относятся: сосудистый, токсический, травматический, аллергический и инфекционный [7].

К видам механизмов, участвующих в нарушении проницаемости ГЭБ можно отнести: повреждение межклеточных контактов, нарушение транспортных систем, увеличение пиноцитоза, повреждение базальной мембраны, повреждение клеточных мембран, образование пор в мембранах, нарушение работы ионных каналов [1, 3, 5].

Межклеточные контакты подразделяются на «плотные контакты» (tight junctions) и «контакты сцепления» (adherens junctions) [1]. «Плотные контакты» представляют собой физический барьер, ограничивающий транспорт через межклеточное пространство для большинства молекул. Молекулярные составляющие «плотных контактов» можно разделить на трансмембранные и цитоплазматические белки. К первым относятся окклюдин, соединительные молекулы адгезии, клаудин. Цитоплазматические белки соединяются с белками цитоскелета (актин) и связывают их с трансмембранными белками. К цитоплазматическим белкам относятся ZO-1, цингулин, парацингулин. Трансмембранные белки, которые формируют контакты сцепления – это кадгеринины, которые соединяются с белками цитоскелета посредством катенинов. В свою очередь, TJ и AJ взаимосвязаны посредством ZO-1 [1, 3].

Разрушение данных межклеточных взаимодействий приводит к увеличению пропускной способности ГЭБ для различных молекул. Данный механизм характерен для гипоксически-ишемического поражения, для воспаления и интоксикации [11].

Проницаемость через ГЭБ для многих гидрофобных веществ осуществляется функционированием эффлюксных транспортеров семейства ABC (типичным представителем которого является Р-гликопротеин Pgp), а для веществ с высокой степенью гидрофильности или ионизации – через энергетически независимые SLC-транспортеры. Следовательно, нарушение работы этих эффлюксных систем приводит к одностороннему движению молекул (т.е. проникновению веществ из крови в мозг) [3]. Увеличение пиноцитоза наблюдается при нейроинфекции и токсическом воздействии.

Повреждение базальной мембраны возможно как в результате механического разрыва, так и в результате действия матриксных металлопротеиназ (ММП). Матриксные металлопротеиназы – внеклеточные цинк-зависимые эндопептидазы, способные разрушать белки внеклеточного матрикса, в том числе, белки базальной мембраны эндотелиоцитов. Данный механизм имеет место при гипоксическом воздействии, нейровоспалении, опухолях головного мозга [3]. Повреждение клеточных мембран происходит при черепно-мозговых и родовых травмах, а также опухолях головного мозга. Чаще всего это механическое разрушение цитоплазматической мембраны [10].

Некоторые бактерии (например, пневмококки) выделяют фермент группы гемолизина, который образует поры в эндотелии, через которые проникает бактериальный агент. Другие микроорганизмы (например, менингококки и листерии) выделяют липополисахариды и токсины, которые увеличивает проницаемость ГЭБ для лейкоцитов, а проникшие в ткань мозга лейкоциты запускают воспалительный процесс, в результате которого ГЭБ пропускает и бактерии [4].

Долгое время считалось, что в эндотелиоцитах ГЭБ ионные каналы отсутствуют, но данные последних лет говорят об обратном. В настоящее время роль ионных каналов в проницаемости ГЭБ окончательно не ясна, но это перспективное направление исследования в данной области [8, 9].

Механизмы увеличения проницаемости ГЭБ всегда приводят к отеку и набуханию головного мозга, но не всегда могут привести к «вклинению» ствола мозга в большое затылочное отверстие, что, в свою очередь, вызывает смерть в результате повреждения дыхательного и сосудодвигательного центров [3].

Выводы:

1. Основными компонентами нейроваскулярной единицы являются астроциты, нейроны, эндотелиоциты и перициты, взаимодействия между которыми обеспечиваются белками межклеточных контактов, ионными каналами и специфическими транспортерами.

2. Наиболее важными механизмами изменения проницаемости ГЭБ при патологических состояниях являются повреждение межклеточных контактов и разрушение базальной мембраны, нарушение работы транспортных систем и ионных каналов, увеличение пиноцитоза, повреждение клеточных мембран и образование мембранных пор.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блинов, Д.В. Современные представления о роли нарушения резистентности гематоэнцефалического барьера в патогенезе заболеваний ЦНС. Часть 2: Функции и механизмы повреждения гематоэнцефалического барьера / Д.В. Блинов // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. - 2014. - Том 6. - № 1. - С. 70-84.
2. Изучение метаболического сопряжения и межклеточных взаимодействий на модели нейроваскулярной единицы IN VITRO / А.В. Моргун, Н.В. Кувачева, Е.Д. Хилажева и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - № 1. - С. 28-31.
3. Современные представления о патогенезе перинатального ишемического повреждения клеток нейроваскулярной единицы головного мозга: молекулы-мишени для нейропротекции / А.В. Моргун, Н.В. Кувачева, Т.Е. Таранушенко и др. // Актуальные вопросы патофизиологии. - 2013. - № 12. - С. 26-35.
4. Cerebral inflammation and mobilization of the peripheral immune system following global hypoxia-ischemia in preterm sheep / R.K. Jellema, V. Lima Passos, A. Zwanenburg at al. // J. Neuroinflammation. - 2013. - Vol. 3. - P. 10-13.
5. Establishment of neurogenic microenvironment in the neurovascular unit: the connexin 43 story / A.B. Salmina, A.V. Morgun, N.V. Kuvacheva et al. // Rev Neurosci. -2014. -Vol. 25, №1. - P. 97-111.
6. Functional expression of choline transporter like-protein 1 (CTL1) and CTL2 in human brain microvascular endothelial cells / B. Iwao, M. Yara, N. Hara at al. // Neurochem Int. -2015. - Vol.93. - P. 40-50.
7. Glibenclamide for the treatment of ischemic and hemorrhagic stroke / N. Caffes, D. B. Kurland, V. Gerzanich // Int. J. Mol. Sci. - 2015. - Vol. 16, №3. - P. 4973-4984.
8. Longden, T.A. Ion channel networks in the control of cerebral blood flow / T.A. Longden, D.C. Hill-Eubanks, M.T. Nelson // J. Cereb. Blood Flow Metab. - 2016. - Vol. 36, №3. - P.492-512.
9. Song, M. Ionic Regulation of cell volume changes and cell death after ischemic stroke / M. Song, S.P. Yu // Transl. Stroke Res. - 2014. - Vol. 5, №1. - P. 17-27.
10. The key role of transient receptor potential melastatin-2 channels in amyloid- β -induced neurovascular dysfunction / L. Park, G. Wang, J. Moore at al. // Nat. Commun. -2014. Vol. 5, №5318. - P. 1-25.
11. Yang, L. An in vitro model of ischemic stroke / L. Yang, K.K. Shah, T.J. Abbruscato // Methods Mol. Biol. - 2012. - Vol. 814. - P. 451-466.

УДК 616.248.616-056.52-053.6

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

М.Б. Савич, М.М. Иванова, Я.И. Вериги, И.В. Демко

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

**Научные руководители: ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;
кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. И.В. Демко**

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой [1].

БА – это гетерогенное заболевание, преимущественно связанное с хроническим воспалением в дыхательных путях, сопровождающееся респираторными симптомами, такими как свистящее дыхание (хрипы), одышка, ощущение сдавленности в грудной клетке и кашель. Данные симптомы меняются по интенсивности и по времени и сопровождаются вариабельными нарушениями бронхиальной проходимости [2].

В настоящее время растёт удельный вес больных БА, которые имеют коморбидную патологию [3,4].

Согласно современным представлениям, морфологической основой БА является хроническое персистирующее воспаление бронхиальной стенки, которое опосредовано различными клетками и медиаторами. Известно, что при БА нередко развивается системное воспаление, что подтверждает окислительный стресс, нарушения метаболизма оксида азота, продукции цитокинов, цитогенетические расстройства, дисфункция эндотелия [5,6]. Более того, по результатам исследований некоторых авторов, получены убедительные данные о формировании дисфункции эндотелия уже на ранних стадиях БА [7]. Известным фактом является ключевая роль эндотелиальной дисфункции в развитии атеросклероза [8,9,10]. В основе дисфункции эндотелия лежит генерализованный дефект механизмов гомеостаза, включающий в себя дисбаланс эндотелийпродуцируемых факторов вазоконстрикции и вазодилатации. Установлено, что в атеросклеротически измененных артериях, важную роль в агрегационных процессах тромбоцитов играет фактор Виллебранда (ФВ). Это дает основание рассмотреть ФВ в качестве потенциального маркера дисфункции эндотелия.

В настоящее время доказано, что одним из надежных критериев стратификации риска кардиоваскулярных осложнений является показатель ригидности (жесткости) центральных артерий, который отражает степень дисфункции эндотелия [11]. Наиболее изученными параметрами, характеризующих сосудистую жесткость, являются скорость распространения пульсовой волны (СПВ), индекс аугментации (ИА).

Цель работы: изучение взаимосвязи уровня фактора Виллебранда в плазме крови и параметров артериальной ригидности у больных бронхиальной астмой в сочетании с стабильной стенокардией напряжения I-III функционального класса

Задачи, поставленные для выполнения работы:

1. Изучить фактор Виллебранда, как маркер дисфункции эндотелия у пациентов с бронхиальной астмой, а так же у больных с бронхиальной астмой и стабильной стенокардией напряжения, в зависимости от функционального класса.
2. Оценить поражение сосудистой стенки при помощи неинвазивной артериографии у больных бронхиальной астмой, у пациентов с бронхиальной астмой в сочетании со стабильной стенокардией напряжения в зависимости от функционального класса.
3. Выявить возможные взаимосвязи между эндотелиальной дисфункцией, артериальной ригидностью у больных бронхиальной астмой, а так же у пациентов с бронхиальной астмой и стабильной стенокардией напряжения в зависимости от степени поражения коронарных артерий.

Материалы и методы:

В исследовании участвовало 64 больных, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 32 больных бронхиальной астмой, из них: 7 мужчин медиана возраста 56 [50;57] лет и 25 женщин медиана возраста 54 [52;58] лет. Длительность заболевания составила Ме 3,5 [1;12] лет. Вторую группу составили 32 пациента с бронхиальной астмой и стабильной стенокардией напряжения I-III ФК, из них: 7 мужчин медиана возраста 60 [53;64] лет и 25 женщин медиана возраста 58 [55;64] лет. Длительность заболевания составила Ме 15 [10;20] лет. Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев, из них: 9 мужчин медиана возраста 44 [41;47] лет и 21 женщина медиана возраста 49 [41;52] лет.

Исследования проводились на базе КГБУЗ ККБ г. Красноярск. Критериями включения были: возраст > 45 лет и < 65 лет, бронхиальная астма, стабильная стенокардия напряжения I-III ФК (оценивались анамнестические данные, ЭКГ, ЭХОКГ, СПГ, БПГ, протоколы диагностической коронароангиографии, результаты ТРЕДМИЛ-теста).

Критериями исключения являлись: сердечно-сосудистые события в течение предшествующих 6 месяцев (ОКС, ОНМК), злокачественные новообразования, аутоиммунные заболевания, сахарный диабет, болезни крови, рак легкого, тяжелые заболевания печени и почек.

Основные характеристики артериальной ригидности оценивались методом неинвазивной артериографии с помощью артериографа Tensio Clinic TL1 (Венгрия). Количественное определение ФВ в плазме крови проводилось по Evans и Osten в модификации Л.З. Баркагана на базе лаборатории гемостаза КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница» г. Красноярск.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Данные представлены в виде: Ме – медиана, [Q 1; Q 3] – интерквартильный размах. Для оценки статистической значимости различий при сравнении двух не связанных между собой групп применялся непараметрический критерий Манна – Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для оценки корреляционных связей использовался критерий Спирмена.

Результаты и обсуждение.

Наиболее высокий уровень ФВ в плазме крови наблюдался в группе больных с коморбидной патологией в сравнении с показателями больных 1-й группы и контролем ($p < 0,0001$). При изучении жесткости артериального русла установлено статистически значимое повышение ИА в группе пациентов с сочетанной патологией в сравнении с показателями больных 1-й группы ($p = 0,008$) и контролем ($p = 0,0008$). При исследовании СПВА в анализируемых группах нами выявлено статистически значимое повышение данного показателя в 1-й и 2-й группе больных в сравнении с группой практически здоровых ($p < 0,05$). Полученные нами данные совпадают с результатами других исследователей, которые показали, что маркеры артериальной жесткости являются прогностически значимыми для выявления коронарного атеросклероза и могут способствовать стратификации сердечно-сосудистого риска, [13,12].

Мы оценили показатели эндотелиальной дисфункции и артериальной ригидности у пациентов БА в зависимости от выраженности коронарного атеросклероза. Полученные результаты свидетельствуют, что уровень ФВ у больных БА, имеющих диффузное поражения коронарных артерий (КА), а так же поражение 2-х КА достоверно выше, по сравнению с группой больных БА ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что наиболее высокий показатель ИА отмечается у пациентов с БА и двухсосудистым поражением КА, в сравнении с группой больных БА ($p = 0,001$).

При проведении корреляционного анализа установлена сильная положительная взаимосвязь между содержанием ФВ в плазме крови у больных БА с пациентами имеющими сочетанную патологию - ИБС и БА, с подтвержденным коронарным атеросклерозом ($r = 0,66$; $p = 0,044$).

Таким образом, с наличием стабильной стенокардии напряжения отмечается выраженность эндотелиальной дисфункции и нарастание параметров артериальной ригидности у больных БА.

Учитывая, что в клинической практике довольно сложно диагностировать наличие ИБС у больных БА, особенно на ранних этапах развития, в связи с ограничением физической нагрузки пациента, а так же «искажение» клинической картины у пациентов с коморбидной патологией, целесообразно, внедрение определения ФВ и не прямой артериографии в рутинную клиническую практику.

Выводы:

1. Выявлено статистически значимое уровня ФВ в плазме крови больных БА в сочетании со стенокардией напряжения.
2. По данным непрямой артериографии у больных БА в сочетании со стабильной стенокардией наблюдается увеличение жесткости сосудистого русла, о чем свидетельствуют повышение СПВА и ИА.
3. Выявлено значимое повышение уровня ФВ в плазме крови и увеличение ИА пропорционально количеству пораженных коронарных артерий, что подтверждает сильная положительная взаимосвязь между содержанием ФВ в плазме крови у больных БА с пациентами имеющими сочетание - ИБС и БА, с подтвержденным коронарным атеросклерозом ($r=0,66$; $p=0,044$)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белевский, А.С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011г) / А.С. Белевский // Российское респираторное общество. - 2012. - С. 9-150.
2. Au D.H. Association between inhaled 3-agonists and the risk of unstable angina and myocardial infarction / D.H. Au, J.R. Curtis, N.R. Every et al // Chest. - 2002. - V.121. - №3. - P. 846-851.
3. Kerkeni M. Hyperhomocysteinemia, Endothelial Nitric Oxide Synthase Polymorphism, and Risk of Coronary Artery Disease / M. Kerkeni, F. Addad, M. Chauffert // Clin. Chem. — 2006. — Vol. 52. — P. 53–58.
4. Демко, И. В. Клиника и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с патологией сердечно-сосудистой системы / И.В. Демко, Н.В. Гордеева, М.М. Петрова и др. // Бюллетень сибирской медицины. - 2007. - №2. - С. 90-97.
5. Загидуллин, Н. Ш. Значение дисфункции эндотелия при сердечно-сосудистых заболеваниях и методы ее медикаментозной коррекции / Н.Ш. Загидуллин, К.Ф. Валаева, Н. Гассанов и др. // Кардиология. — 2010. — Т. 50, № 5. — С. 54–60.
6. Собко, Е.А. Роль CD38 в формировании эндотелиальной дисфункции у больных бронхиальной астмой / Е.А. Собко, А.Ю. Крапошина, И.В. Демко // Вестник современной клинической медицины. - 2010. - Т., приложение 2. - С. 112-117.
7. Gutierrez E., Flammer A.J., Lerman L.O. et al. Endothelial dysfunction over the course of coronary artery disease. Eur. Heart J. - 2013. - №34. - P.3175-3181.
8. Choi B.J., Prasad A., Gulati R., Best P.J. et al. Coronary endothelial dysfunction in patients with early coronary artery disease is associated with the increase in intravascular lipid core plaque // Eur. Heart J. - 2013. - №34. - P.2047-2054.
9. Будовская Л.А. Механизмы воспаления при сочетании бронхиальной астмы и ишемической болезни сердца // Украинский пульмонологический журнал. - 2012. - №1. - С. 68-72.
10. Терещенко С.Н., Жиров И.В., Маличенко Е.В. Сравнительная характеристика ингибиторов ангиотензин превращающего фермента рамиприла и эналаприла в лечении хронической сердечной недостаточности у женщин // Кардиология. - 2010. - №4. - С. 64-68.
11. Schultz M.G., Hughes A.D., Davies J. et al. Associations and clinical relevance of aortic-brachial artery stiffness mismatch, aortic reservoir function and central pressure augmentation // AJP Heart and Circulatory Physiology DOI: 10.1152/ajpheart.00317.2015.

УДК 616.12:612.751.3 – 007.17 – 008.6 – 053.2

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СЕРДЦА

А.В. Саликова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО*

Аннотация: изучен преморбидный фон и коморбидные состояния у детей с дисплазией соединительной ткани сердца. Факторами риска развития ДСТ были наследственная отягощенность, неблагополучие перинатального периода (80,6%, $p<0,05$); патологические состояния в раннем возрасте (57,1%, $p<0,05$); психоэмоциональный дискомфорт в семье и в школе (27,7%), наличие хронических очагов инфекции (33,3%). Коморбидность проявлялась сочетанием поражения сердечно-сосудистой и нервной систем, ЖКТ, патологией опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки, сколиоз, гипермобильность суставов, плоскостопие).

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани сердца, коморбидность, диспансерное наблюдение.

В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей значительное место занимают функциональные нарушения и состояния, связанные с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) сердца [1, 2]. Присутствие соединительной ткани во всех органах и системах, общность ее происхождения из мезенхимы с гладкой мускулатурой, кровью и лимфой, ее полифункциональность предполагают многообразие симптоматики недифференцированной ДСТ, связанной с возникновением диспластических изменений, в том числе и в органах кровообращения.

Клиническая симптоматика у пациентов с аномалиями развития сердца отличается большим разнообразием, что обусловлено количеством и локализацией малых структурных аномалий, а также вегетативной дисфункцией, клинические проявления которой могут быть выраженными в различной степени или вовсе отсутствовать. При оценке вегетативных показателей более чем у половины обследуемых с ДСТ выявляется снижение функциональных возможностей организма, напряжение механизмов адаптации к различного рода нагрузкам [3, 4].

Практический врач нередко затрудняется объединить множество симптомов воедино и увидеть за частной симптоматикой системную патологию, обусловленную ДСТ, в связи с чем тактика по ведению детей с этой патологией не всегда адекватна.

Коморбидность - это сочетание двух и более болезней у одного больного; наличии дополнительной клинической картины, которая существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличается от не го.

«12 тезисов коморбидности» в педиатрической практике:

- 1) встречается часто;
- 2) неоднородна (случайная, причинная, осложненная, неуточненная);
- 3) увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз;
- 4) следует учитывать при диагностике болезней;
- 5) при коморбидных заболеваниях следует уточнить лечение;
- 6) лечение нескольких болезней требует учета сочетаемости препаратов;
- 7) коморбидные болезни увеличивают затраты ресурсов;
- 8) коморбидность повышает риск побочных эффектов медикаментов;
- 9) коморбидные болезни снижают приверженность к лечению;
- 10) необходимо расширять исследования коморбидности;
- 11) важна оптимальная стратегия ведения коморбидных болезней (последовательная, параллельная);
- 12) в рекомендации целесообразно включать разделы коморбидности (рекомендации, ориентированные на болезнь, на врача и на пациента)

Цель: изучить выраженность жалоб, внешних и внутренних фенов ДСТ, частоту госпитализаций ассоциированных с обострением заболеваний других систем.

Материал и методы: нами наблюдались 128 детей (60 мальчиков и 68 девочек) в возрасте от 4-х до 11-ти лет, с проявлениями ДСТ. Основную группу составили 98 детей с различными проявлениями коморбидного состояния. Контрольная группа включала 30 детей с признаками ДСТ.

Всем детям было проведено комплексное клинико- инструментальное обследование, включающее определение фенотипических особенностей с использованием фенотипической карты Т.И. Кадуриной и соавт. (2006), проведение эхокардиографии в двухмерном режиме, ЭКГ покоя в 12 общепринятых отведениях с оценкой по стандартным критериям, исследование вариабельности ритма сердца, определения индекса коморбидности.

Статистическую обработку полученных данных проводили после создания компьютерных баз данных с помощью программы Microsoft Office Excele, 2010. Для проведения статистического анализа данных использовали пакет программ Biostat 4.0.

В клинике пациентов основной группы отмечено существенное превышение частоты кардиалгий (в 3,25 раз); метеозависимые цефалгии, головокружения, предобморочные и обморочные состояния. Боли в области сердца характеризовались как «колющие», «ноющие» и ощущались в левой половине грудной клетки без какой-либо иррадиации. Как правило, боли в сердце продолжались в течение 5-20 мин, возникали обычно при беге, быстром подъеме по лестнице, в связи с эмоциональным напряжением и сопровождалась вегетативными нарушениями: похолоданием конечностей, сердцебиением, потливостью, тревожностью. Жалобы на перебои в работе сердца и сердцебиение предъявляли 43,5% пациентов с ДСТ, из них у 29,6% инструментально подтверждены нарушения ритма сердца и проводимости. Жалобы на периодические боли в животе, у 2/3 из них подтверждены дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Среди признаков соединительнотканной дисплазии у детей основной группы часто встречались челюстно-лицевые дизморфии (диспластические ушные раковины – у 71,3%, готическое небо – у 29,6%, голубые склеры – 8,3%, нарушения прикуса - у 14,8%) и патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз – у 27,7%, синдром гипермобильности суставов – у 27,7%, нарушения осанки – у 43,5%, плоскостопие - у 29,6%, вальгусная или варусная деформация конечностей – у 22,2%).

Изменения кожи встречались у 1/3 из числа всех детей основной группы. У 6,5% пациентов отмечались стрии белого цвета, преимущественно в области ягодиц и наружной поверхности бедер, не связанные с колебаниями массы тела. Повышенная растяжимость кожи наблюдалась у 19,4% детей. Патология мышечной системы

проявлялась гипотонией мышц (32,4%), диастазом прямых мышц живота (29,6%), абдоминальными грыжами (4,1%). Проявления геморрагического синдрома: носовые кровотечения, склонность к возникновению синяков, кровоточивость десен имели место у 15,3% детей.

В клинике детей основной группы лидировали признаки вегетативной дисфункции (у 80,6%) и отдаленные последствия постгипоксической энцефалопатии (55,6%). Хронический гастродуоденит верифицирован у 4 детей в возрасте 11 лет. Дисбактериоз кишечника, подтвержденный клинико- лабораторными исследованиями, имел место у 22,2%. Миопия I степени выявлена у 14,2% детей, II степени - у 12,1%. Нефроптоз диагностирован у 6,5% детей.

Аускультативная картина у 32 (29,6%) пациентов основной группы характеризовалась наличием сочетания щелчков с позднесистолическим шумом, у 21 (19,4%) детей определялись изолированные систолические щелчки. Малые аномалии развития сердца (МАРС) диагностированы в виде ПМК у 32,04%, эктопических хорд левого желудочка - у 19,4%. Нарушения ритма и проводимости (синусовая брадикардия, тахикардия, дыхательная аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярная блокада 1-й и 2-й степеней, блокада правой ножки пучка Гиса, укорочение интервала PQ) регистрировались у детей основной группы в 28,7% случаев.

Результаты исследования исходного вегетативного тонуса показали достоверное преобладание симпатикотонической направленности ИВТ в основной группе детей (57,1%, $p=0,012$); ваготония выявлялась одинаково часто в основной и контрольной группах обследованных детей (19,4% и 20,0% соответственно). Деадаптивные варианты клиноортостатической пробы регистрировались в 1,75 раз чаще у детей с НДСТ.

В основной группе детей систолическое артериальное давление превышало аналогичный показатель детей контрольной группы в среднем на 3,2 мм. рт. ст. и на 10,1 мм. рт. ст. у них оказались выше средние величины диастолического артериального давления ($p=0,0126$). Средняя частота сердечных сокращений у детей с НДСТ равнялась $105,09 \pm 2,10$ уд/мин (78,88- 113,86 уд/мин).

. Наиболее часто у детей основной группы встречалась комбинация следующих систем: кожа, опорно-двигательная, сердечно-сосудистая и пищеварительная системы - у 43,5% детей и орган зрения, опорно-двигательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная системы - у 40,7%.

Тактика педиатра ведения детей зависит от выраженности сердечно-сосудистых нарушений, характера вегетативных изменений, степени сочетанной патологии со стороны опорно-двигательного аппарата, органа зрения и мочевыделительной системы.

На этапе профилактических осмотров рекомендуется проводить балльную оценку фенотипических проявлений соединительнотканной дисплазии, скрининга с помощью мазков-отпечатков с брюшной стенки живота.

Для повышения эффективности профилактики развития жизнеугрожающих состояний, частых обострений и развития осложнений, целесообразно в комплекс реабилитационных мероприятий включить обследование у ортопеда, кардиолога, невролога.

Основными принципами лечения являются: комплексность, длительность, учет направленности функционирования вегетативной нервной системы. Лечение строится по принципу общеукрепляющей и вегетотропной терапии с учетом индивидуальных особенностей ребенка и функционального состояния вегетативной нервной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Земцовский, Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. «Карфаген должен быть разрушен»?/ Э.В. Земцовский// Кардиоваск. тер. и проф. – 2008. – №6. – С. 73-76.
2. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей/ Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. –СПб.: Элби-СПб, 2009. –704 с.
3. Утц, И.А. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей/ И.А. Утц, Е.Н. Городкова// Педиатрия. – 2008. – №2. – С. 117-119.
4. Bosdure, E. The effects of tobacco on children/ E. Bosdure, J.C. Dubus // Rev. Mal. Respir. – 2006. – Vol.23, №6.– P. 694-704.
5. Бугаева И. В. Клинико-функциональное значение дисплазии соединительной ткани и ее влияние на течение заболеваний, вызванных воздействием факторов внешней среды : автореф. дис... д-ра мед. наук / И. В. Бугаева. – Тюмень : Тюмен. гос. мед. акад., 2010. – 39 с.
6. Grahame R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – N 14. – P. 345-361.
7. Нечаева, Г. И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г. И. Нечаева, В. М. Яковлев, В. П. Конев [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 22–28.
8. Верещагина Г. Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению: методическое пособие для врачей / Г. Н. Верещагина. – Новосибирск : НГМУ, 2008. – 37 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЬФА РИТМА, УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ КРАСГМУ

М.И. Северина (Барсукова), К.А. Газенкамф, А.А. Подмазова, А.В. Рупека

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, д.м.н., проф. Н.Н. Медведева

Профессия врач, как одна из самых ярких «социальных» профессий не представляется без ежедневной коммуникации. В условиях современных реалий, когда данная неотъемлемая часть работы сопряжена с такими раздражающими факторами как эмоциональная насыщенность и когнитивная сложность (психологическая характеристика познавательной сферы человека), среди сотрудников медицинских учреждений наблюдается массовая распространенность синдрома эмоционального выгорания.¹ Наиболее характерно это проявляется в деятельности представителей ургентных специальностей.

В литературе наиболее распространены две точки зрения относительно природы синдрома эмоционального выгорания. Согласно первой позиции, первопричиной возникновения указанного синдрома является длительный стресс в межличностных отношениях (по типу связи «врач – пациент»). Также существует мнение о том, что синдром эмоционального выгорания неразрывно связан с депрессией.² Согласно исследованиям Нью-Йоркских ученых, люди, которые чаще остальных, находятся в депрессивном состоянии, больше подвержены синдрому эмоционального выгорания. Таким образом, установлена прямая причинно-следственная связь между фактором – депрессивным состоянием и последствием – синдромом эмоционального выгорания.

Согласно данным многочисленных исследовательских работ, у абсолютного большинства специалистов социальных профессий, связанных с оказанием помощи людям, со временем снижается уровень проявления заботы о лицах, с которыми они непосредственно работают, оказание помощи которым, в том числе и психосоциальной сфере, является их первоочередной задачей.² Как поясняют сами сотрудники указанной сферы деятельности, по истечении некоторого промежутка времени они осознают, что неспособны выдерживать «ритм» работы, обеспечивать тот уровень персональной заботы, ответственности, которого требует сама сущность их работы. В этот период у них проявляются первые «симптомы» синдрома эмоционального выгорания, которые отрицательно сказываются не только на профессиональной сфере деятельности, ухудшая результативность работника, но и ярко проявляются в социальной сфере – межличностных контактах с коллегами, членами семьи. В качестве основного результата следует отметить ухудшение качества жизни и, как следствие, деструкцию личности. В связи с этим, диагностирование одного из факторов синдрома эмоционального выгорания – депрессивного синдрома, представляет собой важнейшую задачу, призванную минимизировать вышеперечисленные последствия. Наиболее оптимальным, на мой взгляд, периодом проведения указанной диагностики является студенчество в начальной стадии (1, 2 курс высшего учебного заведения).

Целью данной работы является проведение сравнительного анализа уровня депрессии и стрессоустойчивости у людей с разными субдиапазонами альфа-ритма.

Исследование проведено на базе научно-исследовательской лаборатории кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО в рамках комплексных исследований по теме № 210-16 «Эпидемиологические, генетические и нейрофизиологические аспекты заболеваний нервной системы (центральной, периферической и вегетативной) и превентивная медицина» (номер госрегистрации 0120.0807480) и НОЦ «Морфология» КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (далее – КрасГМУ) и в рамках исследования «Система маркеров для оценки соматонейропсихологического статуса здорового человека».

Объектом исследования выбрана совокупность здоровых людей (добровольцев) юношеского возраста (17-22 года). Все обследуемые проходили предварительный анамнестический и клинический отбор с использованием критериев включения и исключения. Критерии включения: студенты 1-2 курсов КрасГМУ, отсутствие патологии ЦНС в анамнезе и на момент обследования. Критерии исключения: наличие текущей психоневрологической патологии, указание на заболевания ЦНС в анамнезе. Всего обследовано 227 добровольцев. Средний возраст испытуемых составил $18,8 \pm 0,8$ [18; 19] лет. Распределение по полу: девушки – 125 (55% обследованных), юноши – 102 (45% обследованных), человек. Выбор объекта исследования обусловлен сопоставимым уровнем образования, возраста, степени умственной и физической нагрузки. Участие обследуемых в исследовании было добровольным, в рамках работы СНО кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО.

1 Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии. / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2009. - № 3. - С. 57-70.

2 Т.И. Рогинская. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Рогинская // Психологический журнал. – 2002. - № 3. – С. 85-95.

Исследование проводилось в дневное время суток, бесплатно и не представляло риска для здоровья испытуемых. Исследование проводилось с учетом принципов конфиденциальности и беспристрастности. Исследование уровня депрессивной симптоматики и стрессоустойчивости проводилось с использованием «Опросника депрессивной симптоматики Бека» и «Шкалы стрессоустойчивости».

Исследование состояния биоэлектрической активности головного мозга проводилось с использованием отечественного компьютерного диагностического оборудования – электроэнцефалографического программного обеспечения «Нейрокартограф» (МБН, Москва). Наложение электродов осуществлялось по международной системе «10 – 20 %». Запись компьютерной ЭЭГ проводилась в монополярном ипсилатеральном ушном отведении с помощью мостиковых хлорсеребрянных электродов с соблюдением стандартных условий проведения данного вида нейрофизиологической диагностики и соответствовала следующим основным требованиям: стандартизация внешних условий и процедуры обследования, создание оптимального психологического климата и мотивационной установки испытуемых. Средняя продолжительность исследования составила 20 минут. Спектральный анализ частотных характеристик основных корковых ритмов (дельта, тета, альфа, бета) проводился с помощью встроенных функций математической обработки данных, разработанных производителем диагностического оборудования – компьютерного программного комплекса «Нейрокартограф» (МБН, Москва), после предварительного визуального анализа нативной ЭЭГ в режиме постреального времени и устранения физических и физиологических артефактов. Спектральное, биспектральное, мощностное и амплитудное картирование превалирующих частот альфа-ритма в разных областях коры головного мозга проводилось с помощью цветового кодирования.

Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью гистограммной оценки. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v.7.0 (StatSoft, USA).

В ходе проведенного исследования было выявлено, что в целом у студентов 1-2 курсов КрасГМУ отмечается высокая степень стрессоустойчивости, что отражает отсутствие депрессивной симптоматики в 59% случаев, либо ее умеренная выраженность в 24%. В таблице 1 приведена сравнительная характеристика стрессовой нагрузки в соотношении с субдиапазонами частот альфа ритма. Высокий уровень стрессовой нагрузки свидетельствует о низкой сопротивляемости стрессу, данная категория обследуемых наиболее подвержена депрессивным состояниям. Так можно проследить тот факт, что у этой группы (подверженной депрессивным состояниям) регистрируется альфа ритм- $\alpha 1$ -субдиапазон.

Таблица 1

**Соотношение показателей уровня стрессовой нагрузки
и субдиапазонов частот альфа ритма.**

Уровень стрессовой нагрузки Субдиапазоны альфа ритма	Отсутствует	Низкая	Умеренная	Высокая
$\alpha 1$ -субдиапазон	0%	0%	33%	67%
средний субдиапазон	10%	35%	30%	25%
$\alpha 2$ -субдиапазон	6%	18%	29%	47%

Была проанализирована группа склонных к депрессивным состояниям, из которых выделен процент с крайней степенью депрессии, склонным к развитию психосоматических заболеваний по субшкале соматизации. По данным таблицы 2, в группе с высокой стрессоустойчивостью регистрируется $\alpha 2$ -субдиапазон в 80% случаев. А в группе с высокой степенью депрессии склонной к психосоматическим заболеваниям регистрируется $\alpha 1$ -субдиапазон в 17%.

Таблица 2

**Соотношение уровня депрессивной симптоматики
и субдиапазонов частот альфа ритма.**

Субдиапазоны частот альфа ритма	Субшкала соматизации				Суммарный балл			
	Отсутствие симптомов	Низкая выраженность	Умеренная выраженность	Высокая выраженность	Отсутствие симптомов	низкая выраженность	Умеренная выраженность	Явная выраженность
$\alpha 1$	33%	17%	33%	17%	55%	33%	17%	0%
α средний	35%	41%	16%	6%	65%	19%	10%	6%
$\alpha 2$	36%	44%	16%	4%	80%	12%	4%	4%

Результаты работы показали, что обследуемые, у которых регистрируется альфа ритм в $\alpha 2$ -субдиапазоне (группа лиц, достигшая зрелости коры головного мозга) более устойчивы к стрессу и менее склонны к развитию депрессивной симптоматики. Учебная нагрузка будет вызывать у них меньшую стрессовую нагрузку и не приведет к ухудшению здоровья, а также данной группе студентов можно рекомендовать выбор ургентной специальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евлоимова Я.Г. и др. Предэкзамениционный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 7, № 2. – С. 38-43.
2. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. - М.: 2004. - 367с
3. Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная энцефалография: 2 изд., перераб. и доп. – М.: ПБОЮЛ Т.М. Андреева, 2004. – 352 с.
4. Каплан А.Я., Борисов С.В., Шишкин С.Л., Ермолаев В.А. Анализ сегментной структуры альфа активности ЭЭГ человека // Рос. физиол. журн. - 2002. - №4. - С. 8495.
5. Олейчик И.В., Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование) : автореф. дис. док. мед. наук / И.В. Олейчик - Москва, 2011. – С.20-25.
6. Т.И. Рогинская. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Рогинская // Психологический журнал. – 2002. -№ 3. – С. 85-95.
7. Характеристика альфа ритма и коэффициента межполушарной когерентности как маркёров межполушарной интеграции у людей юношеского возраста // Газенкамф К.А., Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Медведева Н.Н., Николаев В.Г., Романенко А.А., Соломатова Е.С., Яковлева К.Д. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 296.
8. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии./ А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат// Вестник Санкт-Петербургского университета.-2009.-№ 3.- С. 57-70.

УДК 179-7

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНЫ ТРЕТЬЕГО РЕЙХА

А.С. Семенова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Кафедра латинского и иностранных языков.

Научный руководитель: ст. преп. Л.Я. Менделеева

Что дозволено врачу?

Медицина - наука о человеке. О человеческом теле, о закономерностях того, что происходит с этим телом и сознанием. Природа любой науки такова, что продвижение в ней требует экспериментального опыта. Опыта подчас жестокого, опасного, может даже разрушительного для объекта исследования.

Как быть, когда объект твоей науки – человек? Живой человек из плоти и крови, с чувствами и переживаниями? А в опыте ты нуждаешься ничуть не меньше, а то и больше, чем любой другой ученый. Возможно ли относиться к человеку как к материалу, или жизнь, сострадание и добрая воля все же высшие ценности?

Был в истории человечества, в общем, и медицины, в частности, эпизод, когда это все поставили под сомнение. Третий Рейх делил людей на первый и второй сорт, и второму было отказано в жизни. Многие врачи тогда разделили позицию политиков, и отбросили морально-этические нормы. Они занимались наукой ради науки, не заботясь о методах.

Имеет ли такая позиция право на существование? Можно ли оправдать безразличие к человеку как к личности результатами исследований? Есть ли открытия, которые стоят такого количества жертв?

Я предлагаю изучить основные эксперименты нацистских врачей, результаты этих опытов, личности самих ученых, и на основе анализа данных материалов попытаться сделать выводы о значимости этики и морали в медицине. О том, может ли человек, сознательно обрекший на верную гибель другого, называться врачом.

К наиболее достоверным и масштабным относятся опыты с гипотермией и пониженным давлением. В 1942 году Зигмунд Рашер, с одобрения рейхсфюрера СС Генриха Гиммлера, начинает серию исследований, призванных помочь Люфтваффе.

Его целью было изучение естественных механизмов замерзания, выявление порога выносливости человека в условиях пониженного давления, обнаружение врожденной способности переносить холод (если таковая имеется), возможность искусственной выработки механизмов защиты организма от холода и исследование способов отогрева замерзших людей. Для этого в распоряжение Рашера был предоставлен концентрационный лагерь Дахау.

В сентябре 1942 начались первые эксперименты. Одеты в летные комбинезоны разной конструкции людей опускали в воду температурой от 2,5 до 12 градусов Цельсия. Предварительно фиксировались: температура

подъязычной области, желудка, прямой кишки, частота сердечных сокращений, кровяное давление, частота дыхательных движений. Принципиальное различие между комбинезонами заключалось в том, что одни поддерживали голову и шею выше уровня воды, другие нет. В ходе экспериментов погибли все испытуемые, голова и шея которых были погружены в воду. Были фиксированы значительные кровоизлияния в черепную полость, в сердце часто обнаруживалось расширение правого желудочка, температура тела падала до 28 градусов по Фаренгейту.

Вторая серия экспериментов была посвящена собственно механизмам замерзания. Подопытных выгоняли зимними ночами на плац. Привязывали к носилкам, накрывали простынями и поливали водой. Помещали в емкости с холодной водой. Как таковой статистики не сохранилось, об опытах известно из показаний осужденных на Нюрнбергском процессе.



Рисунок 1. Зигмунд Рашер с ассистентом. Опыт с охлаждением.

Параллельно исследовали методы закалки. Одни контрольные группы жили в неотапливаемых помещениях, другие работали на холоде, не имея теплой одежды, третьи обливались водой. Периодически испытуемых брали на выше описанные ночные эксперименты, по результатам которых Рашер пытался определить лучший способ закаливания.

Следом за опытами с заморозкой, шли опыты с отогреванием. Использовали живое человеческое тепло, нагревательные приборы, горячую ванну, простые одеяла. Наиболее быстрым и эффективным способом была признана ванна.

Когда в Дахау построили высотную барокамеру, Рашер начал проводить эксперименты с ней. Имитировалось давление характерное для стратосферных слоев атмосферы. Изучались процессы, происходящие с человеком в данных условиях. 80 из 200 заключенных погибли. Смерть в большинстве случаев наступала от разрыва легких.

Карьера Зигмунда Рашера, однако, прервалась бесславнейшим образом. Помимо опытов с гипотермией и давлением, он был известен громкими заявлениями в области акушерства и гинекологии. Якобы, его жена смогла выносить и родить троих здоровых детей после 48 лет, а он сам стоит на пороге важнейшего открытия. Женщину поймали за попыткой похищения младенца. Началось расследование, в ходе которого, выяснилось, что пара обманывала нацистскую науку. Сам Рашер стал узником Дахау и был застрелен за один день до освобождения лагеря, а его жену отправили в Равенсбрюк.

Одной из самых загадочных фигур в истории нацистской медицины является гауптштурмфюрер СС Йозеф Менгеле, тесно сотрудничавший с Адольфом Бутенандтом и Отмаром фон Вершуером. Отличившийся смелостью и отвагой на поле боя, он получил совсем иную славу в лагере Аушвиц II – Биркенау, куда был направлен после ранения несовместимого с продолжением военной службы. Отличавшийся обходительностью и галантностью во внерабочее время, за свои эксперименты он получил прозвище «Ангел Смерти». Достоверно известно, что более всего Менгеле интересовали близнецы. Справедливо полагая, что для наиболее эффективного лечения необходимы наиболее точные сведения о патологии, Менгеле, например, заражал одного из близнецов сыпным тифом, и вскоре умерщвлял обоих, чтобы сравнить состояние организмов. Однажды, в Аушвиц попали двое близнецов, один из которых обладал вокальными данными, а другой нет. Оба были убиты, ради исследования их голосовых связок.

Кроме того, Менгеле пытался выяснить возможность изменения цвета радужной оболочки глаз. Контрольная группа лишилась зрения вследствие неудачного выбора красителей. Так же интересовался генетическими аномалиями. В частности, под его попечением находились семьи карликов Овиц и Шломовиц. Производились регулярные заборы генетического материала и другие исследования, однако обе семьи дожили до освобождения лагеря.

В общей сложности через его руки прошло 542 близнеца, 376 были освобождены, 12 погибли накануне освобождения лагеря (Менгеле в то время уже пребывал в кл Гросс-Розен), и 154 предположительно погибли во время экспериментов.

Часто Менгеле приписывают жестокие опыты по стерилизации с помощью биологических токсинов и рентгеновских лучей, однако этим занимались профессор К. Клауберг и доктор Х. Шуман.

В обязанности врачей Биркенау входила так же сортировка вновь прибывших, часть из которых отправлялась в газовые камеры, часть на физические работы и часть на опыты. Они должны были присутствовать при газации, следить за удалением всех золотых зубов и констатировать смерть заключенных. Прерывать беременность узниц, до пятого месяца включительно. Присутствовать при казнях назначенных специальными судами СС. Осуществлять смертельные инъекции по поручению Генриха Гиммлера.

Впрочем, свои прямые обязанности они тоже не забывали. Сохранились показания о том, что те кто попадал в лазарет как пациент, а не как подопытный, получал квалифицированную помощь от того же «Ангела Смерти».

Йозеф Менгеле избежал наказания. Долгое время скрывался в Баварии, затем переехал в Аргентину, где продолжил медицинскую практику. После ареста Адольфа Эйхмана переехал в Парагвай. Умер в 1979 году от инсульта, купаясь на пляже Сан-Пауло. Семья, у которой он проживал в Южной Америке, отзывалась о нем, как о крайне приятном человеке. Впрочем, жена отмечала крайнюю самовлюбленность доктора, и часто страдала от его измен.

Карл Клауберг был взят в плен, до 1948 года пребывал в советской тюрьме. После, по программе обмена пленными был возвращен в Германию. Очень гордился проведенными опытами, что вызвало бурные возмущения со стороны еврейского сообщества. Умер в немецкой тюрьме в 1957 году.

Хорст Шуман до 1951 года не подвергался преследованиям и жил в Германии, после сбежал из страны. Работал судовым врачом в Судане, затем в Министерстве здравоохранения Ганы. В 1966 году состоялась экстрадиция в Германию. В 1971 началось дело по вопросам преступлений Шумана, но через несколько месяцев было закрыто в связи с плохим состоянием здоровья подсудимого. Умер в 1983 году во Франкфурте-на-Майне. До войны занимался эвтаназией.

Менее подробные сведения сохранились об антропологических программах, ради которых только Августом Хиртом было уничтожено 109 евреев, 2 поляка и 4 «азиата».

Карл Брандт прославился акцией Т-4, в ходе которой эвтаназии подвергались инвалиды, психически больные, престарелые и другие неработоспособные лица. Подсчитать точное число жертв не представляется возможным.

В Равенсбрюке Фриц Фишер, Людвиг Штумпфеггер и Герта Оберхойзер, проводили исследования жизненных функций человека в экстремальных ситуациях. Таких как обморожения, переохлаждения, серьезные ранения. Подопытным наносились соответствующие травмы, а затем использовались экспериментальные методы лечения. В частности влияние сульфаниламида на раневую инфекцию. В порядке экспериментов в раны имплантировались стекло, дерево, земля и т.д. Оберхойзер так же проводила аборт на поздних сроках беременности.

Вальдемар Ховен искал вакцины от сыпного тифа и туберкулеза, для этого специально заражая пленников Бухенвальда.

Герхард Розе пробовал лечить шизофрению с помощью малярийного плазмодия, что привело к гибели пациентов, но не излечению от душевной болезни. Позже, занимался выведением вакцины от малярии и сыпного тифа, заражая для этого узников Дахау.

Судьбы этих людей сложились по-разному. Август Хирт застрелился, хотя сумел скрыться и избежать суда.



Рисунок 2. Ассистент Менгеле осматривает пару близнецов.



Рисунок 3. Анатомические изыскания А. Хирта.



Рисунок 4. Исследование раневых инфекций.

Карл Брандт повешен по приговору Нюрнбергского суда, он до последнего не раскаивался в своих преступлениях. Оберхойзер пыталась продолжить врачебную деятельность, однако общественные протесты вынудили ее оставить медицину. Герхард Розе получил медаль Пауля Шурманна за научные достижения (за исследования не на людях). Ховен и многие другие подсудимые Нюрнбергского процесса были казнены.

Проблема их профессиональной этики, действительно является проблемой. Большой частью того, что мы знаем о поведении человеческого организма в экстремальных условиях, в частности гипотермии, мы обязаны нацистской медицине. Исследования Зигмунда Рашера по прежнему учитываются

в производстве спасательных средств. Биологические материалы и научные наработки, предоставленные Йозефом Менгеле, помогли Адольфу Бутенандту и Отмару фон Вершуеру совершить множество открытий полезных для человечества. Подробные исследования раневых инфекций и сыпного тифа так же не лишены смысла. Но какой ценой все это делалось? Неужели, необходимы были все эти жертвы? Разве нельзя было обследовать заболевших естественным путем, а вскрытия производить с их согласия? Нельзя было исследования ран и ожогов проводить в естественных, полевых условиях? Хотя, разумеется, это опаснее и тяжелее для исследователя.

Возможно, статистику собранную Рашером, получить иначе и не представляется возможным. Но, в общем, пренебрежение врачебной этикой приводит к жутким последствиям. Как показывают краткие биографические заметки, те, кто занимался подобными опытами, отличались определенным складом характера. Для них мало что значила человеческая жизнь, многих интересовала исключительно наука ради науки. И исчезновение рамок профессиональной этики дало полную свободу их изощренной фантазии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Из переписки З. Рашера и Г. Гиммлера.
2. Хесс, Р. Освенцимские тетради.
3. Кубица, Х. Д-р Менгеле и его преступления в Освенциме.
4. Мичерлих, А., Мильке, Ф. Бесчеловечная наука.
5. Мичерлих, А., Мильке, Ф. Диктат презрения к человечности.

ОЦЕНКА ВИДА ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

О.И. Семенюк

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Т.В. Потупчик

Головная боль (ГБ), одно из наиболее частых болезненных состояний человека, встречается у 25—40% населения [1]. Головные боли подразделяют на первичные, когда ГБ и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины и объединяются в самостоятельную нозологическую форму, и вторичные, когда ГБ становится следствием патологических процессов. При анализе головной боли необходимо, прежде всего, исключить вторичные причины, несущие потенциальную опасность [3].

По данным многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в большинстве стран мира в соответствии с МКГБ-2 (Международная классификация головной боли) наибольшее распространение в популяции имеют первичные формы ГБ (ПГБ), когда не удается выявить органическую причину боли. В настоящее время используется следующая классификация видов головной боли (табл. 1) [6].

Классификация головных болей

Первичные ГБ	
1. Мигрень.	
2. Головная боль напряжения (ГБН).	
3. Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии (ТВЦ).	
4. Другие первичные ГБ (кашлевая, связанная с физическим напряжением, сексуальной нагрузкой, и др.)	
Вторичные ГБ	
1. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи.	
2. ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.	
3. ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями.	
4. ГБ, связанные с различными веществами или их отменой.	
5. ГБ, связанные с инфекциями.	
6. ГБ, связанные с нарушением гомеостаза.	
7. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица.	
8. ГБ, связанные с психическими заболеваниями	
Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие ГБ	
1. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли.	
2. Другие ГБ, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли	

Наиболее часто согласно отчетам ВОЗ встречается ГБ напряжения и мигрень. Вторичные головные боли встречаются реже – их распространенность не превышает 5-6%. Головная боль напряжения встречается в 78% случаев головной боли. Чаще головные боли напряжения (ГБН) наблюдаются у студентов и лиц умственного труда, профессия которых сопряжена с продолжительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением, длительным неудобным положением головы, шеи (работа с компьютером), особенно в условиях недостаточной двигательной активности [10]. Мигренью страдает 10 % больных, чаще всего встречается у женщин. Типичные приступы мигрени характеризуются интенсивной пульсирующей головной болью, усиливающейся при движении и сопровождаются тошнотой и/или рвотой, свето- и звукобоязнью [2].

Выделяют также группу головных болей, не связанных со структурными поражениями — «доброкачественные» головные боли:

Головная боль от внешнего давления: продолжительное раздражение поверхностных нервов кожных покровов головы при ношении тесных, плотно сжимающих головных уборов, повязок на голове у женщин, очков у пловцов.

Головная боль при воздействии холодовых стимулов: внешних (холодная погода, сильный ветер, плавание, ныряние в холодной воде) и внутренних (холодная пища, вода со льдом, мороженое).

Доброкачественная кашлевая головная боль: на фоне приступов кашля внезапно возникает головная боль, двусторонняя, острая, достаточно интенсивная, преимущественно в затылочной части, чаще у людей среднего возраста [9].

Головные боли, связанные с сексуальной активностью (оргазмическая цефалгия): наблюдается в любом возрасте, возникает не при каждом половом акте, как правило, проходит спонтанно [4].

Головные боли снижают качество жизни человека и приносят значительные финансовые расходы на приобретение лекарственных препаратов. Могут также способствовать развитию других болезней. Так, например, показатели депрессии среди людей, страдающих мигренью или сильными головными болями, в три раза превышают аналогичные показатели среди здоровых людей [5].

Ключевой проблемой для охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья. Наиболее приоритетным направлением профилактики ГБ является повышение уровня здоровья, поддержание оптимальной работоспособности и качества жизни населения [7].

Цель исследования: выявить особенности первичной головной боли у студентов с использованием медицинской технологии.

Задачи:

- 1) определить вид, локализацию, характер, частоту и причины ПГБ у студентов;
- 2) оценить уровень здоровья, компьютерных нагрузок и гемодинамических показателей у исследуемых;
- 3) определить уровень медицинской культуры и качества жизни обучающихся.

В исследовании приняли участие студенты Фармацевтического колледжа КрасГМУ, отделения Фармация в количестве 25 человек возрасте от 19 до 21 года, женского пола.

Определение вида ПГБ было проведено с помощью компьютерной программы «Определение вида первичной головной боли у детей и взрослых» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2014618604 2015г.). Для оценки состояния показателей гемодинамики у студентов измерялись: частота сердечных сокращений (ЧСС), уровень артериального давления (систолическое – АДс, диастолическое – АДд), проводился подсчет индекса Робинсона ($ЧСС \cdot САД / 100$), позволяющий судить о регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы и характеризующий работу сердца. Оценивался уровень компьютерных нагрузок по следующим критериям: низкий (< или = 2 часа в день), средний (3-4 часа в день), высокий (> или = 5 часов в день) [8]. Для оценки уровня медицинской культуры и качества жизни обучающихся дополнительно проведено анкетирование с помощью разработанной нами анкеты.

При определении вида ПГБ с помощью компьютерной программы у 16% исследуемых была выявлена частая эпизодическая головная боль напряжения (ЧЭГБН), у 4% студентов была отмечена нечастая эпизодическая головная боль напряжения (НЭГБН), хроническая головная боль напряжения (ХГБН) и мигрень без ауры. В 72% случаях головная боль не укладывалась ни в один из видов предложенных критериев. При оценке локализации ГБ было выявлено, что у 64% студентов боль локализовалась в лобно-височной области, у 12% в затылочной области и 24% студентов не могли выделить точно область распространения ГБ. У 68% исследуемых ГБ носила давящий, сжимающий, монотонный характер, у 32% - пульсирующий, острый. Длительность приступа ГБ, без приема лекарственных препаратов, у 44% опрошенных составляла менее 30 минут; у 16% - от 30 до 60 минут. У 36% студентов ГБ длилась от 2 до 4 часов, если нет возможности принять лекарство, и 4% страдают продолжительными приступами до 3 дней.

За последний месяц отмечали головные чаще одного раза в неделю 60% исследуемых и реже 1 раз в неделю (1-3 раза в месяц) 40% студентов. Большинство респондентов связывают появление головной боли с разными причинами, зачастую студент указывал сразу несколько причин. Так, с общей усталостью связывали появление головных болей - 88%, с нарушением сна - 84%, с пропущенным приемом пищи - 44%, - со сменой погоды - 36%, с избытком визуальных или слуховых стимулов - 4% исследуемых. 56% студентов указывали, что ГБ не мешает им заниматься повседневными делами, 16% наблюдали снижение работоспособности при наличии ГБ. 28% студентам при ГБ был необходим обязательный прием лекарств и отдых. Около 30% исследуемых в период приступа ГБ испытывали дополнительный дискомфорт при посторонних раздражителях (яркий свет, шум) и усиление ГБ при обычной физической активности. Более половины опрошенных (60%) при ГБ наблюдали признаки повышенной чувствительности перикраниальных мышц. Так же в результате исследования было выяснено, что у 64% студентов ГБ страдает кто-то из родственников, чаще женского пола (мама, бабушка).

Оценивая уровень своего здоровья, 28% студентов, испытывающих ГБ считают его хорошим, 60% - удовлетворительным и 12% плохим. При этом имеют различные хронические заболевания 56% обучающихся. Пониженные показатели АДс были выявлены у 60% студентов, повышенное нормальное АДс - у 8%. Пониженные показатели АДд были выявлены у 68%, повышенное нормальное АДд - 4%. Повышенные показатели ЧСС наблюдались у 20% студентов. Индекс Робинсона был ниже среднего у 48%, выше среднего - у 28%, средний - у 24% студентов. Анализируя показатель уровня компьютерных нагрузок, у 20% студентов данный показатель был оценен как низкий, у 16% - средний, у 64% - высокий.

При определении уровня медицинской культуры было выявлено положительное отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) у большинства студентов: 16% студентов придерживаются ЗОЖ, 68% не всегда придерживаются, безразличны к ЗОЖ 16 % студентов. Ежедневно спортом занимаются только 8 % студентов, несколько раз в неделю - 44%, редко- 36% студентов соответственно, совсем не занимаются спортом - 12% студентов.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

При определении вида ПГБ с помощью компьютерной программы были выявлены 4 вида головной боли: ЧЭГБН, НЭГБН, ХГБН и мигрень без ауры. Однако в 72% случаях головная боль не укладывалась ни в один из видов предложенных критериев. У большинства студентов боль локализовалась в лобно-височной области и имела давящий, сжимающий характер. ГБ у более половины студентов наблюдались чаще, чем 1 раз в неделю. Среди причин возникновения ГБ наиболее часто студенты указывали на общую усталость, нарушение сна, а так же пропущенным приемом пищи, реже - со сменой погоды, с избытком визуальных или слуховых стимулов.

При этом хронические заболевания имели 56% студентов. При исследовании гемодинамических показателей со стороны АД преобладала гипотония, у 20% студентов была выявлена тахикардия, пониженные показатели индекса Робинсона почти у половины студентов свидетельствовали о снижении функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы. Более половины исследуемых имеют высокий уровень компьютерных нагрузок.

Уровень медицинской культуры студентов в отношении приверженности к ЗОЖ недостаточный. Около половины исследуемых (48%) утверждают, что ГБ мешает им заниматься повседневными делами, резко снижает уровень работоспособности и ухудшает качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азимова, Ю.Э. Стратегия и тактика лечения головной боли / Ю. Э. Азимова // Фарматека. - 2013. - №7. - С.36-38.
2. Азимова, Ю.Э. Инновационные методы лечения мигрени / Ю.Э. Азимова, А.Б. Данилов, А.П. Рачин // Русский медицинский журнал. - 2015. - №29. - С. 27-30.
3. Алексеев, В.В. Диагностика и лечение хронических головных болей / Алексеев В.В. // Русский медицинский журнал. - 2007. - №24. - С. 18-34.
4. Екушева, Е.В. Сексуальнообусловленная головная боль: диагностические трудности тактика ведения / Е. В. Екушева, И. В. Дамулин // Терапевтический архив. - 2013. - №10. - С. 111-115.
5. Михайлова, Л. А. Избранные разделы физиологии человека : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело / Л. А. Михайлова ; Красноярский медицинский университет. - 2-изд., испр. и перераб. - Красноярск : Версо, 2013.
6. Осипова, В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия / В.В. Осипова // Вестник семейной медицины. - 2010. - №2. - С.26-30.
7. Психологические аспекты общения с пациентами по созданию мотивации к сохранению здоровья. Учебно-методическое пособие для врачей и фельдшеров отделений, кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья врачей общей лечебной сети / М. М. Петрова, М. А. Березовская. - Красноярск: 2009. - 30с.
8. Социально-гигиенические и клинично-функциональные аспекты компьютерных нагрузок студентов / Л. С. Эверт, Т. В. Пютчик, С. А. Бахшиева и др. // Российский медицинский журнал. - 2015. - №4. - С.4-8.
9. Фролова, Г.В. Вторичные головные боли и факторы, приводящие к их возникновению http://www.eastwest-doc.ru/med/disease/51-secondary_headache.html
10. Фролова, Г.В. Головная боль напряжения http://www.eastwest-doc.ru/med/disease/50-headache_of_the_voltage.html.

УДК 616.831-006-073.8

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ (МСКТ, МРТ, ПЭТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.С. Сербаева, Р.Д. Зенаишвили

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО*
Научный руководитель: д.м.н., доц., Шнякин П.Г.

Статистика говорит о прогрессировании заболеваемости в отношении опухолей головного мозга (1,4% - 13,6 человек на 100 тыс населения - в общей структуре онкологических заболеваний в 2008 г, 1,5% - в 2014 г. по данным ВОЗ) увеличивает потребность в своевременной диагностике новообразований и подборе оптимального лечения для данной категории пациентов.

Целью нашей работы явилось аналитическое обобщение современных научных исследований о тактике ведения пациентов с глиальными опухолями с акцентом на современные методы диагностики и внедрение их в клиническую практику.

В настоящее время можно выделить две группы методов лучевой диагностики: качественные методы, определяющие структурные особенности глиальных опухолей (МРТ и КТ) и количественные методы, определяющие их биохимические и молекулярные особенности (ПЭТ и ОФЭКТ).

Согласно рекомендациям Ассоциации нейрохирургов России, амбулаторная диагностика пациентов с глиальными опухолями головного мозга должна включать в себя методы современной нейровизуализации: МРТ, без и с контрастным усилением, а при невозможности проведения – КТ с контрастным усилением. Глиальные опухоли требуют радикальной тактики лечения: проводится оперативное вмешательство с максимально возможной резекцией опухоли (более 90%). Также используются химиотерапия и радиотерапия, что определяется гистологическим диагнозом неопластического процесса.

В современной нейроонкологической практике динамику опухолевого роста оценивают изменением размеров опухоли, опуская предшествующие биохимические и физиологические процессы, происходящие в неопластических клетках, что может приводить к ошибочным заключениям.

Методы структурной визуализации – МРТ и КТ – позволяют оценить локализацию, распространенность поражения, взаимоотношение с внутри- и внеозговыми структурами, но возникают следующие сложности при использовании этих методов исследования :

- дифференциальная диагностика между заболеваниями головного мозга различной этиологии
- определение степени злокачественности опухоли. Наличие характерных симптомокомплексов для глиом не может являться достоверным критерием оценки степени неоплазии
- дифференциальная диагностика между продолженным ростом опухоли и зоной лучевого некроза
- по данным МРТ не всегда удается оценить истинный объем опухолевого образования (перитуморозный отек, воспалительная инфильтрация близлежащих тканей и т.д) ,

Методы молекулярной визуализации не могут являться скрининговыми методами диагностики в силу проблем экономического, технического и организационного характера. Но ПЭТ и ОФЭКТ позволяют расширить и дополнить представления об опухолевом процессе на диагностическом и на послеоперационных этапах. Относительно этих двух методов более информативным и экономически целесообразным методом исследования является ПЭТ, который позволяет дать не только качественную, но и количественную оценку полученных изображений. Принцип действия ПЭТ основан на регистрации обоих разнонаправленных фотонов, возникающих в результате аннигиляции позитрона, испускаемого изотопом, при его столкновении с электроном

Показаниями к проведению ПЭТ пациентам могут являться на предоперационном этапе:

- при необходимости дополнительной информации о степени васкуляризации опухоли, истинных границах новообразования, при недостаточной информативности данных МРТ или КТ
- потребность в дополнительных методах обследования для дифференциальной диагностики, обусловленная нестандартной клинической картиной заболевания
- прогнозирование ответа на хирургическое вмешательство с последующим курсом ЛТ (ИН 1,9> - медиана выживаемости: 5 месяцев, при ИН <1,4 – 18 месяцев)
- возрастающая популярность прицельной стереотаксической лучевой терапии делает необходимым проведение ПЭТ: разный уровень накопления метионина в самой опухоли позволяет определить наиболее злокачественные ее участки.

На послеоперационном этапе показанием к проведению ПЭТ является дифференциальная диагностика зон лучевого некроза от продолженного роста опухоли: на МРТ-контроле, являющимся стандартом, продолженный рост опухоли и лучевой некроз имеют схожие диагностические критерии, что затрудняет дифференциальную диагностику.

Существует достаточно широкий спектр радиофармпрепаратов (РФП), используемых для ПЭТ в РФ. Первым широко используемым РФП, синтезированным в России, стала 18F-ФДГ. Прямая связь между агрессивностью роста опухоли мозга и ее гликолитической активностью лежит в основе применения 18F-ФДГ для распознавания самой опухоли, степени ее злокачественности и прогноза. Однако 18F-ФДГ не является специфическим туморотропным препаратом: глиальные опухоли с низкой степенью злокачественности могут характеризоваться нормальным уровнем потребления глюкозы; возникает проблема определения степени злокачественности: глиомы grade III-IV легко дифференцируются от глиом grade I-II, но между I и II и между III и IV grade статистически значимых различий провести не удастся. Также на фоне употребления самим головным мозгом глюкозы, глиальные опухоли (обычно низкой степени злокачественности) могут иметь схожий индекс накопления 18F-ФДГ с корой.

В связи с этим в российской и мировой практике возникла потребность в разработке более специфичных РФП. С этой стороны хорошо показала себя группа аминокислот и их аналогов, которой относится 11C-MET (специфичность до 94%). В многочисленных исследованиях 11C-MET в сравнении с другими РФП обладает следующими преимуществами:

- 1) Высокое накопление 11C-MET непосредственно в опухолевой ткани и низкое накопление в неповрежденных клетках головного мозга позволяет четко визуализировать границы поражения, что особенно актуально в дифференциации зоны лучевого некроза и продолженного роста опухоли.
- 2) Высокая специфичность в отношении глиом различной степени злокачественности позволяет использовать 11C-MET как основной РФП в ПЭТ-диагностике опухолей головного мозга, позволяя уже на предоперационном этапе степень неоплазии.

Выводы:

1. На скрининговом этапе диагностики глиальных опухолей головного мозга необходимо использование методов структурной нейровизуализации: МРТ и КТ.
2. ПЭТ как метод первичной диагностики глиальных опухолей еще не получил широкого применения, но все большая потребность в определении групп пациентов, максимально дающих положительный результат на терапию, увеличивает необходимость проведения ПЭТ на дооперационном этапе лечения.
3. На послеоперационном этапе проведение ПЭТ необходимо для дифференциации зон лучевого некроза и продолженного роста опухоли. Оптимальным РФП для этих целей является 11C-MET, позволяющий получить наиболее полную информацию (из сертифицированных РФП) о глиальных опухолях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бродская З.Л. Возможности и перспективы диагностики лучевых повреждений головного мозга при лечении церебральных глиом при помощи ПЭТ с метионином/З.Л. Бродская, Т.Ю.
2. Скворцов, Ж.И. Савинцева// Лучевая диагностика и терапия. – 2012. – №3. – С.127-136.
3. Galldiks N, Langen KJ, Pope WB.// Amino acid positron emission tomography to monitor chemotherapy response and predict seizure control and progression-free survival in WHO grade II gliomas.//Neuro Oncology 2015 - V.11 - p.17-20
4. Galldiks R, Ullrich M, Schroeter G.// Imaging biological activity of a glioblastoma treated with an individual patient-tailored, experimental therapy regimen/ Neurooncology 2009 - V.9 - p.45–43.
5. Yang I, Aghi MK.// New advances that enable identification of glioblastoma recurrence/Nat Rev Clin Oncol. 2009- V.6 - 648–657

ДЕЛАЕМ ЛИ МЫ ТО, ЧТО ПРОПАГАНДИРУЕМ? ПРАКТИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. КРАСНОЯРСКА (ПО ДАННЫМ 2015 Г.)

А.О. Симакова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и протектологии детских болезней с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. В.И. Фурцев, к.м.н., доц. А.В. Гордиец

«Вскармливание грудным молоком – самый важный постнатальный фактор метаболического и иммунологического программирования здоровья младенца» Savtera-Rubo R. 2012

На сегодняшний день накоплено огромное количество достоверного научного материала о чрезвычайной значимости грудного вскармливания для формирования здоровья и именно с первых кормлений (4,5). Более 10 лет в краевых родовспомогательных учреждениях внедряются современные перинатальные технологии по успешному становлению грудного вскармливания. Однако, четкого понимания и профессиональной подготовки основная масса неонатологов родовспомогательных учреждений и стационаров второго этапа выхаживания, к сегодняшнему дню не имеет. Особой поддержкой глобальная Инициатива ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», имевшей основной целью расширения практики грудного вскармливания, со стороны официальных административных органов здравоохранения ни в центре, ни в большинстве территорий России не была обеспечена. Так называемая «третья волна» актуализации проблемы грудного вскармливания с подачи институтов ООН (ВОЗ и ЮНИСЕФ) была поддержана лишь отдельными подвижниками грудного вскармливания (И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева, К.С. Ладодо, Л.В. Абольян). Вместе с тем большинство задач по организации грудного вскармливания новорожденных в ранний неонатальный период не требует дополнительных финансовых вложений. Организация успешного становления грудного вскармливания согласно, глобальной Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» заключается в выполнении ряда принципов. Если состояние новорожденного оценивается по шкале Апгар на 7 и более баллов, если у него сохраняется сосательный рефлекс, грудное вскармливание необходимо начинать как можно раньше (не позднее 2-х часов от момента рождения). Кроме того, замечено, что, по крайней мере, 40 минут в течение первого часа жизни новорожденный не спит, находясь в так называемом состоянии «спокойной настороженности», тогда как после 1-го часа новорожденные примерно 90% времени спят и лишь 10% пребывают в состоянии более или менее активного бодрствования. Именно фаза «спокойная настороженность» в 1-й час жизни способна обеспечить наиболее благоприятную возможность для установления контакта с матерью «глаза в глаза» - чрезвычайно важного для взаимосвязи матери с ребенком. Прикладывать ребёнка к груди, в этот период, с помощью и поддержкой медицинского персонала, способствует более успешному становлению грудного вскармливания.

Своевременное обеспечение новорожденного питательными веществами, особенно в раннем неонатальном периоде, позволяет не только обеспечить более благоприятную адаптацию его к внеутробной жизни, но и хорошее физическое развитие (массу и длину тела, окружность головы), а также оптимальное развитие всех органов и систем, включая центральную нервную и иммунную системы (1,2,3,4). В ранний неонатальный период, когда ограничено поступление эндогенных белков в желудочно-кишечный тракт новорожденного, особенно актуальным, а возможно и жизненно важным, остается поступление в организм ребенка наиболее полноценных и функциональных белков – материнского молока, обеспечивающего необходимое соотношение свободных аминокислот в химусе.

Для сохранения контакта матери и ребёнка, его сразу после рождения необходимо выложить на живот матери. Такой контакт «кожа к коже» позволяет сохранению микробиома, который начал формироваться уже в периоде внутриутробного развития. Разобщение матери и ребенка даже на короткий период времени повышает вероятность контаминации организма ребёнка госпитальными штаммами микроорганизмов. Продолжительность первого контакта кожа к коже в условиях родильного зала должна быть не менее 1 часа. Измерение параметров физического развития, оценку аускультативных данных, профилактику гонобленореи и прочие процедуры в соответствии с установленным порядком целесообразнее провести перед переводом ребенка в палату совместного пребывания матери и ребенка (8).

Спустя 2 часа после родоразрешения мать и ребёнок одновременно переводятся в палату совместного пребывания. Совместное пребывание необходимо организовать непосредственно с первого дня, если для этого нет противопоказаний. Нахождение ребенка с матерью в одной палате исключает контаминацию его госпитальными штаммами микроорганизмов, способствует более быстрому «приливу» молока, более частому прикладыванию ребенка к груди. Именно, частое (до 8-10 раз и более) в течение дня прикладывание ребенка к груди в первые двое суток, позволяет матери освоить технику прикладывания ребёнка к груди. Кроме того, частое прикладыва-

ние ребёнка к груди позволяет ему получить своевременно максимально возможное количество молозива. И как следствие практически избежать назначения ребёнку предлактационного питания (кормление искусственными молочными смесями до первого присасывания ребенка к груди матери). Частое сосание ребёнком груди позволяет ему быстрее освободиться от мекония. Высокая энергетическая плотность молозива обеспечивает ребенка необходимым количеством энергии и питательными веществами в первые 2-3 суток после рождения(6).

Содержащиеся в молозиве в высоких концентрациях факторы роста способствуют оптимальному созреванию органов и систем и, в первую очередь, слизистой желудочно-кишечного тракта. Молозиво является модулятором развития ребенка. В последнее время установлен факт присутствия в молозиве бифидо – и лактобактерий, способствующих становлению нормальной микробиоты кишечника ребёнка. Поэтому лишение новорожденного молозива – чрезвычайная ситуация. Это допустимо в исключительных случаях, и только по строгим медицинским показаниям.

В последующие дни раннего неонатального периода частота кормлений составляет от 7 до 10 -12 раз в течение дня. Докорм ребенка искусственными молочными смесями (не всегда обоснованный медицинскими показаниями) чреват не только более поздними сроками прилива молока, но возможно ранней сенсibilизацией организма ребенка пищевыми аллергенами. Согласно последним данным аллергия к белкам коровьего молока стабильно занимает второе место в структуре заболеваемости детей практически во все страны.

В первые двое суток, пока нет «прилива» молока, молочная железа мягкая. Следовательно, новорожденному ребенку из соска и ареолы молочной железы легче сформировать «соску» (7). Гораздо сложнее ребенку учиться брать и сосать грудь на 3 день, когда молочная железа становится значительно плотнее. Кроме того совместное пребывание позволяет матери под контролем медицинского персонала освоить и закрепить технику правильного прикладывания ребёнка к груди, навыки ухода за новорожденным. Нахождение матери и ребёнка в одной палате с первых суток значительно ускоряет «прилив» молока.

Первые прикладывания и присасывания ребёнка к груди должны происходить при непосредственном, и не только присутствии, но и профессиональном участии, медицинского работника (врач, акушерка, медицинская сестра). Специалист, владея практическими навыками прикладывания ребенка в сложных и особо сложных ситуациях (большая и маленькая грудь, длинный, короткий или втянутый сосок и т.п.), способен оказать профессиональную помощь.

В задачи Глобальной стратегии ВОЗ и ЮНИСЕФ входит улучшение условий питания, роста и развития детей, охраны их здоровья за счёт оптимизации вскармливания, а её конечная цель состоит в снижении уровня смертности детей грудного и раннего возраста. Эта стратегия предусматривает исключительно грудное вскармливание в первые 4 месяца жизни младенца (9). Именно сотрудники родовспомогательных учреждений стоят у истоков становления лактации и успешности грудного вскармливания. От их профессионального и гуманного отношения к беременной женщине, роженице, родильницы и тем более к новорожденному ребёнку в значительной степени зависит здоровье нового поколения.

Целью нашего исследования было изучение литературных данных по практике становления грудного вскармливания в ранний неонатальный период. Нами была разработана анкета для опроса кормящих женщин при выписке из роддома. За период 2015 и начало 2016 года нами были опрошены 345 женщин в различных родовспомогательных учреждениях г. Красноярска, составлена общая база и проводится статистическая обработка. По результатам планируется публикация статьи в журнале списка ВАК и участие в конференциях с докладами.

Мы планируем продолжить данное исследование в 2016 году и рассмотреть также вопросы динамики показателей анкетирования по отдельным родовспомогательным учреждениям города Красноярска.

Приложение 1

ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (из совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания»)

Каждому учреждению, оказывающему родовспомогательные услуги и осуществляющему уход за новорожденными детьми, следует:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного — разрешать им находиться вместе в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кильдиярова, Р.Р. Питание здорового ребенка / Р. Р. Кильдиярова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, - 2011. — С. 224.
2. Рациональное вскармливание недоношенных детей: метод. указания. - М. :СПР, - 2012. — С. 72.
3. Амирова, В.Р. Показатели качества жизни детей младенческого возраста в зависимости от продолжительности грудного вскармливания / В. Р. Амирова, К. Х. Гиздатулина// Вопр. детской диетологии. - 2011. —Т. 9, №6. — С. 9-11.
4. Применение современных технологических приемов для сохранения успешного грудного вскармливания / О. Л. Лукоянова, Т. Э. Боровик, И. А. Беляева [и др.] // Вопр. соврем. педиатрии. - 2012. —Т. 11, №5.- С.113-117.
5. Adequacy of milk in take during exclusive breastfeeding: a logitudenal study / S. B. Nielsen, J. J. Reilly, M. S. Fewtler [et al.] // Pediatrics. — 2011. — Vol. 128. — P. 907-914.
6. Детское питание. Руководство для врачей/под ред. В.А.Тутельяна, И.Я. Коня. —М. :МИА,- 2013. — С. 744.
7. Конь И.Я. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей 1-го года жизни / И. Я. Конь, М. В. Гмошинская, Т. В. Абрамова.- М. :МЕД пресс-информ, - 2014. — С. 160.
8. Фурцев, В.И. Актуальные вопросы вскармливания детей первого года жизни : пособие для мед. работников / В. И. Фурцев. — Красноярск :Алгоритм, - 2011. — С. 156.
9. 9.Протокол ведения детей с пищевой аллергией. Под ред. Баранова А.А., Намазовой-Барановой, Макаровой С.Г. Москва, ПедиатрЪ. - 2016. — С. 52.

УДК 613.482-053.2

«ЗАКАЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ»: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А.О. Симакова, Т.А. Крахалёва

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Л.Н. Симакова, асс. И.В. Турлак

В настоящее время уровень здоровья людей остается на невысоком уровне. К причинам, способствующим данному явлению, можно отнести: техногенное развитие общества, экологические проблемы, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, психологическое напряжение. Всё это приводит хроническому течению болезней, психосоматическим, онкологическим заболеваниям. Понимая серьезность ситуации, сегодня на государственном уровне решается вопрос об оптимизации подходов к сохранению и укреплению здоровья человека. В медицине активно внедряются в лечебный и реабилитационный процесс современные наукоемкие технологии, продляя жизнь человека. В области физической культуры и спорта строятся новые спортивные учреждения, появляются новые формы работы с населением. Одним из важнейших направлений работы специалистов должно быть правильное использование природных естественных факторов, способствующих сохранению и повышению уровня здоровья, при этом не требующих больших материальных затрат и являющихся естественными для природы человека.

В настоящее время среди населения получает широкое распространение закаливание. Повышая устойчивость к низким температурам, высокой влажности воздуха, закаливание способствует оздоровлению человека, правильной работе функциональных систем организма, улучшению жизненного тонуса и стрессоустойчивости, повышению адаптационного ресурса организма. Учитывая особенности климата Красноярского края, закаливание оказывают благотворное влияние на организм человека, проживающего в Сибири.

Однако, организация процесса закаливания имеет ряд ограничений: для медицинских работников и родителей, недостаточная подготовка медицинских работников по основам закаливания, слабая информированность населения об эффективности закаливания, отсутствие системы обучения (мастер-классов, научно-практических семинаров) родителей

Целью нашего исследования стало: разработать, теоретически обосновать и применить условия по организации процесса закаливания населения в условиях детской поликлиники. Задачи исследования: провести анализ научно-методической литературы по процессу закаливания в условиях детской поликлиники (Центров здоровья); провести исследование и анализ полученных результаты по проблеме организации закаливания населения; разработать и практически применить условия по организации процесса закаливания. Гипотеза исследования:

организация процесса закаливания населения в детской поликлинике будет эффективной при условии: подготовки методических материалов; подготовки медицинских работников; обучении населения.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: изучение и анализ научно-методической литературы; анкетирование; метод моделирования – естественно или искусственно созданное для изучения социально-психологических процессов и состояний явление (предмет, процесс, ситуацию и т.д.); математической статистики.

Работа была распределена на три этапа, которые представлены на схеме 1.

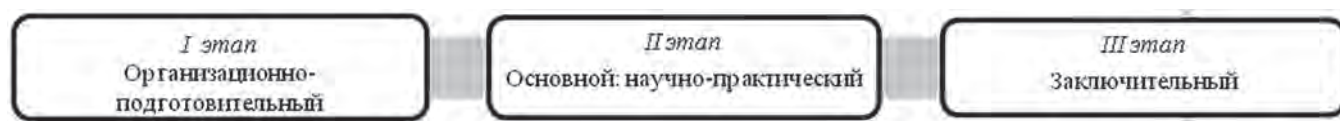


Схема 1. Этапы исследования

На первом этапе (сентябрь – декабрь 2014 года) нами проведено изучение, анализ научно-методической литературы, нормативно-правовых документов по данной теме; составлен дизайн исследования, разработана анкета.

Второй этап (январь 2015 – апрель 2016) включал несколько направлений работы: проведение анкетирования, разработка методических материалов, проведение обучающих мастер-классов.

Третий этап (апрель – октябрь 2016 года) работы предполагает внедрение методических материалов, обучающей программы «Закаливание детей» в условиях детской поликлиники.

В реализации проекта участвовали преподаватели и студенты Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, медицинские работники детской поликлиники № 3 КГБУЗ Красноярской городской детской больницы № 8. За каждым участником проекта закреплены мероприятия на каждом этапе и составлен план их реализации.

Перед разработкой программы «Закаливание детей», мастер-классов для родителей и медицинских работников необходимо было выяснить отношение людей разных возрастных групп к закаливанию, здоровому образу жизни. Так была составлена анкета, все вопросы которой были распределены на три основные группы: первая группа вопросов отражала сферу деятельности человека, вторая группа вопросов – состояние здоровья человека, третья группа вопросов – условия для сохранения и поддержания здоровья, возможность использования закаливающих процедур.

Всего в анкетировании приняло участие 165 мужчин и женщин. Все участники анкетирования были распределены на группы в соответствии с возрастной периодизацией по Бунаку. Было сформировано три возрастные группы. Количество респондентов юношеского возраста – 88 человек, что составляет 53 % от общего числа опрошенных: лица зрелого возраста – 24 человека и соответственно 15 %; люди пожилого возраста – 53 человека соответственно 32 %. Контингент был подобран таким образом, что до начала опроса было не известно о причастности респондента к предмету исследования. Первая группа (юношеский период) представлена студентами ВУЗов г. Красноярска разных специальностей и курсов. В группе людей зрелого возраста были представители сферы образования. В категории пожилого возраста члены физкультурно-спортивных клубов по месту жительства г. Красноярска.

На вопрос о состоянии здоровья наши респонденты ответили следующим образом: юноши и люди зрелого возраста более чем в 70% оценили состояние здоровья как хорошее, люди в пожилом возрасте – как удовлетворительное. Затруднились ответить респонденты юношеского возраста, а 11% респондентов пожилого возраста отметили состояние здоровья как плохое. Далее было установлено, что только 28,3% опрошенных людей оценивают уровень заботы о своём здоровье как достаточный. 13,2% считают, что недостаточно внимания уделяют состоянию своего организма. В подтверждение вышеуказанным данным наличие вредных привычек респондентов минимально, лишь 1 человек курит, ни один человек не употреблял токсические и наркотические вещества, употребляют спиртное 1 – 2 раза в год 50,9% респондентов.

На вопрос о проведении процедур закаливания 74% респондентов из группы пожилого возраста дали отрицательный ответ, в зрелом возрасте не закаливаются 58 % опрошенных, в юношеском возрасте всего лишь 87,5 %. Наибольшее количество людей закаливается в группе людей зрелого возраста – 42 %. Во всех возрастных группах из предложенных методик закаливания (обтирание, обливание, солнце, воздух, контрастный душ, моржевание, открытые водоемы) наибольшее предпочтение было отдано процедуре обливания (40 - 50 %).

Нам было интересно узнать об отношении респондентов к процедуре закаливания. Положительно к процедурам закаливания относятся 45 % респондентов, в том числе и люди, применяющие процедуры закаливания.

Нейтральное отношение высказала 35 %. Желающих начать закаливающие процедуры оказалось 20 % респондентов. Таким образом, можно предположить, что 20 % респондентов необходимо обучить ими выбранной методики закаливания, 45 % – обучить правилам закаливания. А для остальных 35 % респондентов – мотивировать к проведению оздоровительных закаливающих процедур.

Из опрошенных нами людей экстремальным закаливанием «моржеванием» систематически занимается только 1 человек, пробовали купаться в реке Енисей 2 человека.

Информацию о разных методах закаливания хотели бы получить 40 % опрошенных. Отрицательный ответ дали 22 % респондентов, а 38 % людей не выразили заинтересованности получения информации о закаливании. Наиболее востребованными источниками информации являются интернет и телевидение (33 % и 27 %), наименьшими – лекции (5 %), 13 % респондентов выразили желание получать информацию о закаливании по месту жительства.

Анализируя ответы респондентов на вопрос об участии их в мастер-классе по закаливанию лишь 23 % всех опрошенных высказали свою готовность участвовать, нейтральное отношение высказали 34 %. При этом среди возрастных групп имелись различия. Так, в зрелом и пожилом возрастах люди заняли нейтральную позицию в 42 % случаев. Наибольшее количество людей, выразивших желание присутствовать на мастер-классе, были в группе юношеского возраста – 42 %, наименьшее (13 %) в группе лиц зрелого возраста. Респонденты юношеского и зрелого возрастов в 40 % случаев считают информацию полезной, а люди пожилого возраста только в 9%. При этом в третьей группе (пожилой возраст) более дифференцированно подходят к восприятию информации и не отметили, что данная тематика им не интересна.

Таким образом, анализируя полученные результаты анкетирования, мы пришли к выводу, что оздоровительные мероприятия, в том числе и закаливание, необходимо активно пропагандировать, проводить обучение населения.

Обзор литературных источников, документов позволил сделать вывод, что в настоящее время в обществе формируется образ здорового человека. Результаты анкетирования показали, что люди разных возрастных групп в настоящее время готовы применять оздоровительные процедуры, но отмечается различие в формах и средствах в разных возрастных и социальных группах, что необходимо учитывать при построении оздоровительной работы. Программа (модель) закаливания позволит дифференцированно применять методику в зависимости от возраста, состояния здоровья, эмоционального состояния, физиологических особенностей организма человека.

Родители и дети, посещающие детскую поликлинику, получают возможность освоить оздоровительные технологии с использованием такого средства как естественные факторы природы, и проводить процедуры самостоятельно в домашних условиях. Дополнительные методические материалы позволят расширить кругозор человека и формировать новое отношение к своему здоровью. Таким образом, увеличится не только продолжительность жизни человека, но и творческое долголетие. А внедрение практики обучения закаливанию в условиях детской поликлиники позволит расширить спектр получаемых услуг, оказываемых населению, квалифицированными специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, В. А. Закаливание, массаж, гимнастика /В. А. Александрова, Ф. Н. Рябчук, М. А. Красновская. – М.: Сова, Эксмо, - 2003.
2. Артюхова, Ю. А. Как закалить свой организм / Ю. А. Артюхова. – Минск: Харвест, - 1999.
3. Булыгина, З. И. Зимнее плавание / З. И. Булыгина //Модифицированная программа. – 2007. – № 1. – С. 4–6
4. Голубева, Л. Г. Закаливание малыша: пособие для родителей /Л. Г.Голубева, И. А. Прилепина; под ред. В. А. Доскина. – М.:Просвещение, - 2007. – С. 31.
5. Иванченко, В. Г. Тайны русского закала / В. Г. Иванченко. – М.: Молодая гвардия, - 1991. – С. 173.
6. Жбанков, Р.Г. Закаливание холодом: методическое пособие /Жбанков Р.Г., Приходченко К.М.,Полищук С.А. – Минск: Пламя, - 1980. – С.34.
7. Кибардин, Г.М. Исцеляющий холод. Домашняя криотерапия. – М.: Эксмо, - 2013. – С. 336.
8. Колгушкин, А.Н. Целебный холод воды. – М.: Физкультура и спорт, - 1986. – С. 128.
9. Кузнецов, О.Ф. Закаливание и оздоровление детей в дошкольных учреждениях методом криомассажа. Пособие для врачей / д.м.н. О.Ф. Кузнецов, д.м.н. Сидоров, д.м.н., проф. М.А. Хан, к.м.н. С.В. Строганов, к.м.н. Е.М. Стяжкина, к.м.н. С.А. Гусарова, Е.Л. Вахова. – М.: РНЦ ВМиК, - 2002. – С. 13.
- 10.Куранов, Г.В. Закаливание часто болеющих детей и взрослых. – Пермь, 1991. - С. 99.
- 11.Лаптев, А.П. Закаливайтесь на здоровье. – М.: «Медицина», -1991. – С. 160.
- 12.Оздоровительный эффект закаливания ТиПФК №11 2012 г. Н.С. Мартынюк, (стр. 63-66);
- 13.Саркизов-Серазини И.М. Основы закаливания (с избранными разделами физиотерапии). – М.: Физкультура и спорт, - 1953. – С. 240.
- 14.Создание и организация деятельности спортивных клубов по месту жительства: сборник нормативно-методических материалов / сост.: Ушарова И. А., Кривцова Е. В. / ККИПКРФКиС - Красноярск, 2012. - 99 с. Издание 2 – дополненное и переработанное

УЧЕТ ВЕДУЩЕЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А.Е. Симоненко, Л.В. Матвеева, И.А. Дайнеко

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра педагогики и психологии

В наше время технического прогресса и сумасшедших скоростей, в век информационного и эмоционального стресса, как помочь студентам справиться с огромным количеством информации, которую необходимо запомнить?

Мы начали интересоваться этой проблемой и подняли этот вопрос на конференции 20.10.15 «Педагогика и медицина в службе человеку» мы поднимали тему свойств человеческой памяти. Она нас очень заинтересовала, и мы решили проверить, как влияет знание собственно ведущей сенсорной системы на процесс запоминания информации. Мы проводили методику «Ведущий орган чувств» (ВОЧ), предложенную польскими психологами, в переводе Ефремцевой, на двух группах испытуемых. В первой группе были студенты, запоминающие слова на основе ведущей системы (аудиалы-слушали, кинестетики-трогали, визуалы-смотрели), во второй группе студенты, запоминающие слова на общих основаниях (слушали). Затем мы проводили методику «Проба на запоминание 10 слов», предложенную Лурия, на двух группах испытуемых.

Актуальность данной темы заключается в том, что методика для определения ведущей сенсорной системы может помочь студентам в заучивании нового и большого объема информации.

Гипотеза: Работает ли деление на визуалов, кинестетов и аудиалов при запоминании.

Целью исследования является определение ведущей сенсорной системы, для облегчения образовательного процесса у студентов младших курсов. Для достижения цели нам необходимо решить следующие задачи: Провести тест «ведущий орган чувств» для определения у студентов ведущей сенсорной системы. Использовать методику «проба на запоминание 10 слов» в соответствии с ведущей сенсорной системой или на общих основаниях. Проанализировать полученные результаты.

Нами была выбрана группа студентов 1 курса стоматологического отделения, в количестве 40 человек. В дальнейшем группа была поделена на равное количество по 20 человек. Первым 20 участникам мы предложили пройти тест на ведущую репрезентативную систему.

Для определения ведущей сенсорной системы предлагается методика «Ведущий орган чувств» (ВОЧ), предложенная польскими психологами, в переводе Ефремцевой. Методика приводится по книге: Кулешова Л.Н. Психология древних ощущений. - СПб., 1999. Она может быть использована как для детей (с пяти лет), так и для взрослых.

Большинство визуалов имеют довольно четкую дикцию, хорошо владеют голосом, у них поставлена речь. Они легко знакомятся, включаются в любой разговор, на лету схватят тему беседы — и тут же её забудут. Поэтому если хотите, чтобы визуал что-то запомнил — не мешайте ему записывать даже прямо во время беседы. Самый тупой карандаш всегда лучше самой острой памяти - а у визуалов она плохо работает без образного, записанного на бумаге подкрепления.

На людей-аудиалов не стоит повышать голос, ругать их или обзывать. Все это отложится в их памяти и отношения с обидчиком вряд ли когда-то наладятся. Чтобы что-то запомнить, аудиалу нужно только обсудить этот материал с кем-то или просто произнести его вслух. Читать книги и конспекты, чертить графики и схемы, смотреть картинки, чтобы запомнить материал, для аудиала бесполезно.

Ощущения от внешнего мира поступают к человеку по-разному. Кто-то лучше воспринимает информацию на слух, кто-то предпочитает зрительные образы, а кто-то любит всё узнавать самостоятельно: через прикосновения, переживая впечатления физическими, пропуская их через собственное тело. Последние, как раз, и есть кинестетики - люди, воспринимающие реальность через ощущения.

Первой группе испытуемых предлагался стандартный бланк с вопросами (ПРИЛОЖЕНИЕ 1), на которые они должны были ответить. За совпадение с ключом в каждом из разделов (ПРИЛОЖЕНИЕ 2), начислялось по 1 баллу. Раздел, в котором испытуемый набрал наибольшее количество баллов, и определял ведущую сенсорную систему. После обработки данных выяснилось, что из 20 студентов - 4 кинестетика, 10 аудиалов и 16 визуалов.

Затем всем сорока участникам мы предложили пройти методику «Проба на запоминание 10 слов», предложенную Лурия. Методика заучивания десяти слов позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение. Она может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания. На каждом этапе исследования заполнялся протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствовала номеру попытки, ставился крестик. Если испытуемый называл «лишнее» слово, оно фиксировалось в соответствующей графе. Спустя час испытуемые по просьбе исследователя воспроизводили без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксировались в протоколе кружочками.

Используемые слова: Расческа, игла, роза, кошка, часы, ручка, дом, книга, зонтик, коробка.

На основе подсчета общего количества воспроизведенных слов, после каждого предъявления может быть построен график: по горизонтали откладывается число предъявлений, по вертикали откладывается число правильно воспроизведенных слов (ПРИЛОЖЕНИЕ 3).

По форме кривой можно делать выводы относительно особенностей запоминания. В первой группе, где были студенты, запоминающие слова на основе ведущей системы (аудиалы-слушали, кинестетики-трогали, визуалы-смотрели), процесс запоминания слов был быстрее. Уже после первого предъявления эта группа запомнила пять слов. Во второй группе студенты, запоминающие слова на общих основаниях (т.е. слушали) смогли воспроизвести после первого предъявления лишь три слова. Такая разница в начальном запоминании может быть из-за того, что во время проведения методик студенты были утомлены. Определение сенсорной системы и методика на запоминание слов проводилась в пятницу, в конце рабочего дня.

Испытуемые, которые были разделены по принципу ведущей сенсорной системы (т.е. визуал, кинестетик, аудиал) отмечали в процессе беседы более легкое запоминание, в виде игры. Нам интересно проверить сохранилась ли такая тенденция у студентов старших курсов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Таблица 1

Бланк с вопросами.

1. Люблю наблюдать за облаками и звездами	13. Когда услышу старую мелодию, ко мне возвращается прошлое	25. После длительной езды на машине долго прихожу в себя	37. У меня неплохая стереоаппаратура
2. Часто напеваю себе потихоньку	14. Люблю читать во время еды	26. Тембр голоса многое мне говорит о человеке	38. Когда слушаю музыку, отбиваю такт ногой
3. Не признаю моду, которая неудобна	15. Люблю поговорить по телефону	27. Придаю значение манере одеваться у других	39. На отдыхе люблю осматривать памятники архитектуры
4. Люблю ходить в сауну	16. У меня есть склонность к полноте	28. Люблю потягиваться, расправлять конечности, разминаться	40. Не выношу беспорядок
5. В автомашине цвет для меня имеет значение	17. Предпочитаю слушать рассказ, который кто-то читает, чем читать самому	29. Слишком твердая или слишком мягкая постель для меня мука	41. Не люблю синтетических тканей
6. Узнаю по шагам, кто вошел в помещение	18. После плохого дня мой организм в напряжении	30. Мне не легко найти удобную обувь	42. Считаю, что атмосфера в помещении зависит от освещения
7. Меня развлекает подражание диалектам	19. Охотно и много фотографирую	31. Люблю смотреть теле- и видеофильмы	43. Часто хожу на концерты
8. Внешнему виду придаю серьезное значение	20. Долго помню, что мне сказали приятели или знакомые	32. Узнаю, когда-либо виденные лица даже через годы	44. Само пожатие руки много мне говорит о данной личности
9. Мне нравится принимать массаж	21. Легко отдать деньги за цветы, потому что они украшают жизнь	33. Люблю ходить под дождем, когда капли стучат по зонтику	45. Охотно посещаю галереи и выставки
10. Когда есть свободное время, люблю наблюдать за людьми	22. Вечером люблю принять горячую ванну	34. Люблю слушать, когда говорят	46. Серьезная дискуссия - это интересно
11. Плохо себя чувствую, когда не наслаждаюсь движением	23. Стараюсь записывать свои личные дела	35. Люблю заниматься подвижным спортом или выполнять какие-либо двигательные упражнения, иногда и потанцевать	47. Через прикосновение можно сказать значительно больше, чем словами
12. Видя одежду в витрине, знаю, что мне будет в ней хорошо	24. Часто разговариваю с собой	36. Когда близко тикает будильник, не могу уснуть	48. В шуме не могу сосредоточиться

Ключ для обработки результатов.

Визуальный	Аудиальный	Кинестетический
1,5,8,10,12,14,19,21,23,27, 31,32,39, 40,42,45	2,6,7, 13,15,17,20,24,26,33,34, 36,37,43,46,48	3,4,9,11,16,18,22,25,28,29, 30,35,38,41,44,47

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

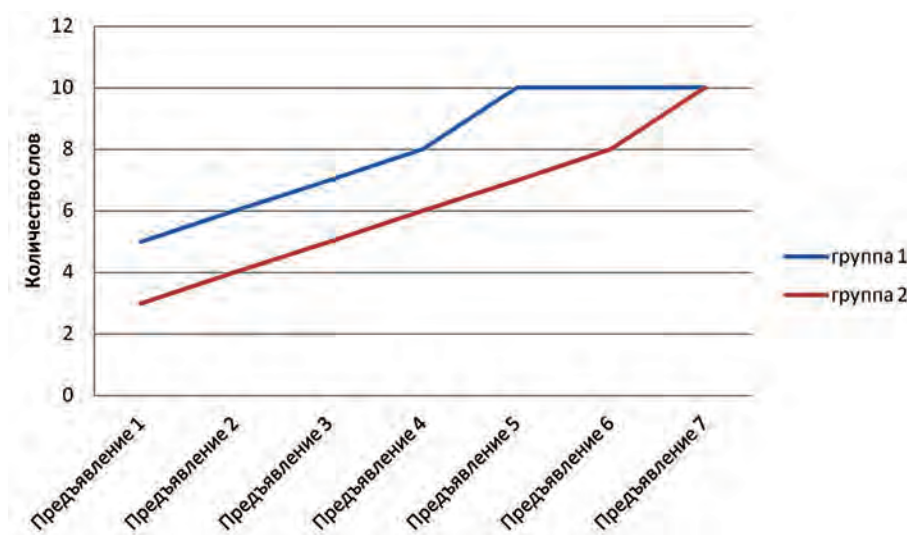


Рисунок 1. Кривая забывания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большой психологический словарь/Сост. и общ. Ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко.- СПб :прайм – ЕВРОЗНАК, - 2004.- С. 672. (Проект «Психологическая энциклопедия»)
2. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 1 – 3-е Изд М.: Генезис. - 2005. – С. 160.
3. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 2. – 3-е Изд. М.: Генезис. - 2005. – С. 128.
4. Исследование памяти. / Отв. ред. И.Н. Корж. - М: Наука, - 1990. - С. 216.
5. Леонтьев, А.Н. Лекции по общей психологии. - М: Смысл, - 2000. - С. 512.
6. Леонтьев, А.Н. Развитие высших форм запоминания // Психология памяти/ Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и В.Я. Романова. - М: ЧеР, - 1998. - С. 816.
7. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие: В 2 кн. М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003-кн.1 система работы психолога с детьми разного возраста. – С. 384.
8. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие: В 2 кн. М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС,2003 кн.2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. – С. 480.
9. Немов Р.С. Психология: Учеб.для студ. высш. пед. учеб заведений: В 3 кн. – 4 – изд.- М.: Гуманист.изд. центр ВЛАДОС, 2003. - кн.1; Общие основы психологии. – С. 688.
- 10.Немов Р.С. Психология: Учеб.для студ. высш. пед. учеб заведений: В 3 кн. – 4 – изд.- М.: Гуманист.изд. центр ВЛАДОС,2003. кн.3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – С. 640.
11. Новый иллюстрированный энциклопедический словарь/Ред. Кол.: В.И. Бородулин, А.П. Горкин, А.А. Гусев, Н.М. Ланда и др. – М.: Большая Российская энцикл., - 2001. – С. 912.
- 12.Общая психология; Учеб. Для студентов А.В. Петровский, А.В. Брушлинский, В.П. Зинченко и др. Под ред. А.В. Петровского. – 3-е изд., перер и доп. – М.: Просвещение, - 1986. - С. 464.
- 13.Основы психологии. практикум Ред.-сост. Л.Д. Столяренко. Ростов н/Д: «Феникс», - 1999. – С. 576.
- 14.Психологические тесты/ Под ред. А.А. Карелина: В 2 т М.: Гуманист изд. центр ВЛАДОС, - 2000. – С. 248.
- 15.Психология памяти / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и В.Я. Романова. - М: ЧеР, - 1998. – С. 816.
- 16.Практическая психология. Инструментарий./ В.Б. Шапарь. – Изд. 3 – е – Ростов н/Д: Феникс, - 2005. – С. 768. (Высшее образование).
17. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. - СПб Питер - 2005. – С. 713.
- 18.Рубинштейн, С.Л. Память // Психология памяти / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и В.Я. Романова. - М: ЧеР, - 1998. - С. 816.
- 19.Дакиел, Лапп. Улучшение памяти в любом возрасте. - М: Мир, -1993.

АНАЛИЗ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА

А.В. Синяк, М.В. Булох (308, СД)

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научные руководители: преп. Т.Н. Лопатина, Н.В. преп. Фукалова

Широкая распространенность природно-очаговых инфекций, передающихся через укус клеща, делает проблему клещевых инфекций одной из актуальных во многих регионах России и, особенно, в Сибири. [1, 2, 3]. За последние 20 лет заболеваемость клещевым энцефалитом в России увеличилась более чем в 7 раз и тенденции к снижению не наблюдается. По статистическим данным, представленным Центром Госсанэпиднадзора России, Красноярский край по заболеваемости клещевым энцефалитом стоит на 2 месте (после Томской области) среди всех регионов Западной и Восточной Сибири. За последние 10 лет ежегодно в крае регистрируется в среднем 950 больных клещевым энцефалитом (от 606 до 1595). Средний интенсивный показатель заболеваемости в 5,6 - 9,5 раза выше среднероссийского. Ежегодно имеются летальные исходы. Профилактика клещевого вирусного энцефалита - одно из приоритетных направлений здравоохранения Красноярского края.

Клещевой (весенне-летний) энцефалит — острая нейровирусная природно-очаговая трансмиссивная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, поражением центральной нервной системы. Заболевание отличается полиморфизмом клинических проявлений и тяжестью течения. [4, 9,10].

К вирусу восприимчивы все виды млекопитающих и человек. Резервуар возбудителя в природе – мышевидные грызуны, которые являются первоисточником для других животных и человека. Актуальными являются мероприятия по борьбе с грызунами, в т.ч. плановые дератизационные мероприятия. [5,6].

Основным механизмом заражения является трансмиссивный. Специфический переносчик вируса клещевого энцефалита – иксодовый клещ. Заражение осуществляется через инокуляцию, вирус передается последующим поколениям клещей трансфазово и трансвариально. С учетом продолжительности жизни клещей (3-4 года) необходимым условием по профилактике заболевания являются дезинсекционные мероприятия. [6,7].

Восприимчивость человека к вирусу может изменяться путем применения специфической вакцинации, что так же является профилактическим мероприятием.

В рамках долгосрочной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2011-2013 годы организована специфическая профилактика клещевого энцефалита у детей в возрасте 10-13 лет и не привитых детей в возрасте до 14 лет. Кроме того, взрослое население, прививается за счет средств добровольного медицинского страхования, личных средств граждан и средств работодателей (на предприятиях, где есть риск заражения).

Санитарное просвещение населения является обязательным в перечне профилактических мероприятий [8].

Цель: провести анализ эффективности мероприятий по профилактике клещевого вирусного энцефалита в Красноярском крае.

Задачи:

1. Отразить уровень заболеваемости КВЭ в динамике за 2010 – 2015гг.;
2. Изучить структуру заболевания;
3. Выявить факторы риска заболевания;
4. Проанализировать проводимые профилактических мероприятий в динамике за 2010 – 2015гг.;
5. Определить эффективность мероприятий по профилактике клещевого вирусного энцефалита.

Объект исследования: меры профилактики клещевого вирусного энцефалита.

Предмет исследования: статистические показатели.

Метод исследования: анализ статистических данных.

Уровень заболеваемости клещевым энцефалитом представлен в таблице 1.

Таблица 1

Уровень заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в Красноярском крае в 2010-2015 гг. (на 100тысяч населения)

год	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
показатели	Абс	заб-ть	Абс	заб-ть	Абс	заб-ть	Абс	заб-ть	Абс	заб-ть	Абс	заб-ть
	473	16,3	598	21,1	516	18,2	439	15,4	275	9,6	439	15,4

Отмечается тенденция к умеренному снижению заболеваемости клещевым энцефалитом с 2011г. (рис.1)

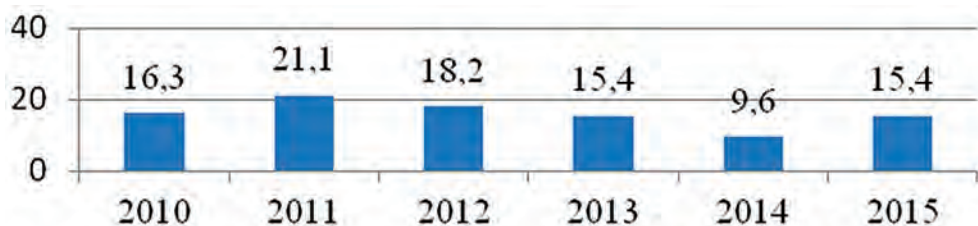


Рисунок 1. Показатели заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом за 2010 – 2015гг.

В структуре заболевших клещевым вирусным энцефалитом доля взрослого населения составила 86,9 % (2013 год – 91,6 %, 2012 год – 92,6 %), доля детей до 17 лет – 13,1 % (2013 год – 8,4 %, 2012 год – 7,4 %). В 2014 году заболеваемость среди взрослого населения снизилась на 40,4 % ($t > 2$), показатель заболеваемости среди взрослого населения составил 10,5 на 100 тысяч, в 2013 году – 17,6. Показатель заболеваемости среди детского населения составил 6,2 на 100 тысяч (36 случаев), в 2013 году – 6,5 (37 случаев). Соотношение 1: 5 является стабильным на протяжении многих лет (рис.2).

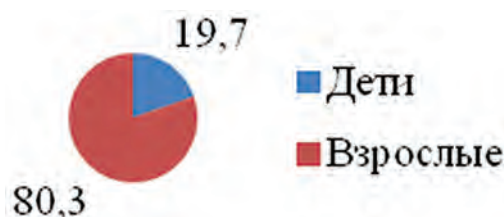


Рисунок 2. Возрастная структура заболевших клещевым энцефалитом.

На долю городских жителей ежегодно приходится более 60 % больных: 2014 год – 67,6 %, 2013 год – 73,8 %, 2012 год – 73,8 %. Наибольшее число случаев заболеваний в 2014 году регистрировалось среди жителей г. Красноярска – 47,6 % (2013 год – 56,7 %, 2012 год – 51,9 %) В 2014 году уровень заболеваемости среди сельского населения превысил уровень заболеваемости среди городского населения в 1,6 раза (13,5 и 8,5 соответственно) и имел существенную разницу ($t > 2$). В предыдущие годы разница заболеваемости городского и сельского населения не имела существенных различий ($t < 2$): 2013 год – 17,3 и 14,9; 2012 год – 20,2 и 17,6 соответственно. В среднем соотношение городского и сельского населения составляет 1: 3 (рис.3)

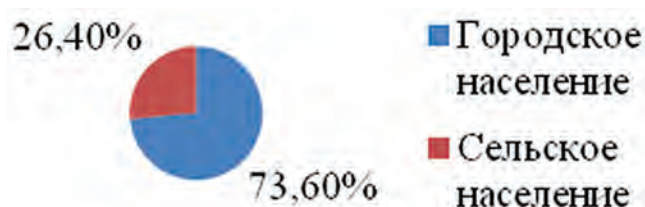


Рисунок 3. Распределение заболевших по месту жительства.

При анализе причин инфицирования было установлено, что в подавляющем большинстве случаев заболевание связано с укусом клеща. В 98,9 % причиной заражения послужили бытовые контакты населения при посещении природных очагов. Среди обратившихся по поводу укуса (таблица 2), заболевание развивалось, в среднем, в 16% случаев, что в соотношении к случаям присасывания клещей равно как 6 : 1 (рис.4).

Таблица 2

Случаи присасывания клещей

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Дети	3087	18	3903	20	2783	17	3290	19	2735	24	3659	20
Взр.	14866	82	15271	80	13588	83	14026	81	8843	76	14357	80
Всего	17953	100	19174	100	16372	100	17317	100	11578	100	18016	100

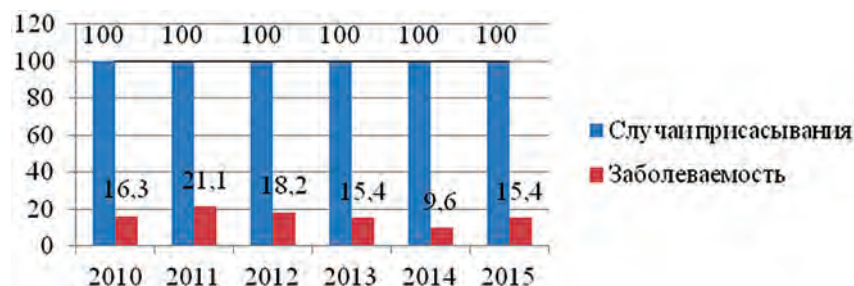


Рисунок 4. Уровень заболевших из числа обратившихся с укусами клещей.

Особое место в комплексе профилактических мероприятий занимает вакцинация населения. В последние пять лет в крае ежегодно прививается более 163227 тысяч человек. В 2014 году вакцинировано против клещевого вирусного энцефалита 195081 человек (2013 год – 198835 человек, 2012 год – 227121 человек) за счет средств краевой целевой и территориальных программ, средств населения. В том числе привито взрослого населения в 2014 году 92648 человек (2013 год – 98737, 2012 год – 117820), детского населения – 102433 ребенка (2013 год – 100098, 2012 год – 109301). Максимально иммунная прослойка была сформирована в 2010 – 2012 гг. (таблица 3), что было связано с реализацией целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

Таблица 3

Иммунная прослойка населения

год	2010	2011	2012	2013	2014
% охваченных вакцинацией	79	59,5	79	43	51

При оценке заболеваемости клещевым энцефалитом среди привитого и не привитого населения следует отметить, удельный вес привитых среди заболевших в 2014 году составил 5,8%, удельный вес не привитых – 94,2%. Индекс эпидемиологической эффективности показывает, что заболеваемость КВЭ в 2014 году среди не привитых в 16,2 раза превышает заболеваемость среди привитых.

Объем профилактических акарицидных обработок на территории Красноярского края ежегодно увеличивается. В соответствии с решениями санитарно-противоэпидемической комиссии при Правительстве Красноярского края ежегодно разрабатывается и реализуется план акарицидных обработок мест массового отдыха. За последние годы за счет увеличения финансирования объемы акарицидных обработок площади увеличились (таблица 4, рис.5).

Таблица 4

Объемы акарицидных обработок за 5 лет

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Гектары(га)	1857,1	3413,9	4113,3	4162,9	4178,8	4323,8

Противоклещевые обработки проведены в сезон 2014 года на площади 4178,9 га (2013 год – 4162, га), в том числе: в детских загородных оздоровительных учреждениях – 870,42 га (2013 год – 879,1 га), в санаториях – 134,06 га (2013 год – 78,64 га), на базах отдыха – 273,31 (2013 год – 108,0 га), в местах массового отдыха населения (муниципальные участки) – 2461,08 га (2013 год – 2630 га), на дачных участках – 121,25 га (2013 год – 164,7 га), на производственных участках – 264,12 га (2013 год – 154 га), в детских садах и прочие – 54,6 га (2013 год – 148,2 га).

Проведено благоустройство и расчистка территорий в очагах КВЭ на площади 3357,0 га (в 2013 году – 3112,45 га).

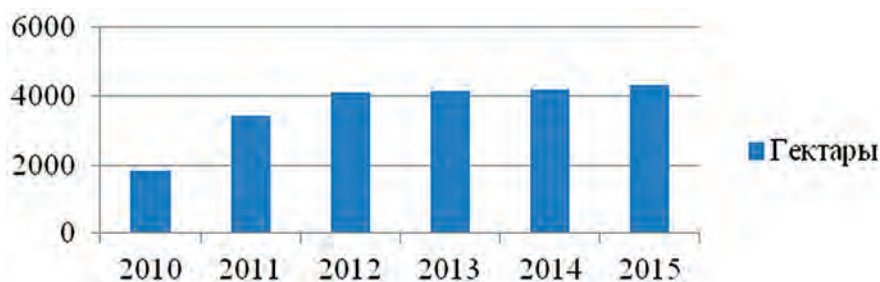


Рисунок 5. Объем акарицидных обработок за 2010–2015 гг.

ВЫВОДЫ:

1. В Красноярском крае в период с 2010 -2015 года отмечается тенденция к умеренному снижению уровня заболеваемости.
2. В структуре заболевших клещевым вирусным энцефалитом доля взрослого населения составляет 1: 6, соотношение городского и сельского населения составляет 1: 3.
3. В 98,9 % причиной заражения послужили бытовые контакты населения при посещении природных очагов, заболевание развивалось у 16% обратившихся с укусами клещей.
4. Индекс эпидемиологической эффективности показывает, что заболеваемость КВЭ среди не привитых в 16,2 раза превышает заболеваемость среди привитых.
5. Объем профилактических акарицидных обработок на территории Красноярского края ежегодно увеличивается.
6. В профилактике заболеваемости КВЭ ведущими методами являются иммунопрофилактика и акарицидная обработка территории. Эффективность профилактических мероприятий ставится под вопрос, так как уровень заболеваемости не имеет постоянной тенденции к снижению.
7. Проводимый комплекс мероприятий по защите населения от заболеваний, передающихся иксодовыми клещами, позволяет стабилизировать уровень заболеваемости и, в последние годы, обеспечивает значительное снижение заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иксодовые клещевые боррелиозы (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика). Методические рекомендации для врачей. – М.: ФГОУ «ВУНМИЦ Росздрав», - 2007. – С. 90.
2. Клещевые нейроинфекции/ И.В.Колесникова, Э.В.Каспаров, Н.Н.Ананьин и др.// Учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов и врачей; Красноярск, КрасГМА, - 2006. – С. 87.
3. Миноранская, Н.С. Клещевые нейроинфекции / Н.С. Миноранская, Е.И. Миноранская, Н.В. Андропова // Учебное пособие для послевузовской подготовки врачей. Красноярск, КрасГМУ, - 2009. – С. 97.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.12.2005, № 34 «Об усилении надзора за клещевым вирусным энцефалитом и мерах по его профилактике».
5. СП 3.1.3.2352-08 Профилактика клещевого вирусного энцефалита.
6. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни. ГЭОТАР-Медиа.- 2011. – С. 724.

УДК 616.24-002.5:572.7

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. КРАСНОЯРСКА (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ)

А.С. Сиркина, А.В. Готовка

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. Э. Али-Риза

Проблема туберкулеза в РФ все еще сохраняет актуальность и приоритетность, особенно в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (СФО и ДФО), где основные эпидемиологические показатели по туберкулезу самые неблагоприятные [7]. Так, в 2014 г. показатель заболеваемости туберкулезом (ПЗТ) составил 91, 5 на 100 тыс. населения, а показатель смертности – 15,2 на 100 тыс. населения [8].

Туберкулез является одной из наиболее серьезных медицинских проблем в пенитенциарной системе России [2]. ПЗТ среди заключенных под стражу и отбывающих наказание в исправительных учреждениях в десятки раз превышает таковой среди гражданского населения, что связано с условиями пребывания, низким социальным уровнем спецконтингента, приводящими к быстрому распространению среди него любой инфекции, в том числе и туберкулеза [6].

В связи с эпидемией ВИЧ-инфекции особую актуальность приобрела проблема вторичных заболеваний и, прежде всего, туберкулеза [1, 3]. Установлено, что у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и туберкулезом могут поражаться одновременно от 2 до 16 органов [4, 5].

Целью исследования стал анализ морфологических форм туберкулеза в специализированных ЛПУ г. Красноярска на основании данных аутопсий.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Исследование протоколов патологоанатомических вскрытий и секционных карт пациентов, умерших от различных форм туберкулеза в специализированных ЛПУ г. Красноярска за период 2011-2015 гг.
2. Сравнительный анализ данных аутопсий по половой и возрастной принадлежности.

3. Сравнительный анализ преобладающих морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-скомпроментированных пациентов.

Материалом для исследования послужили 459 случаев аутопсий умерших от туберкулеза в специализированных стационарах города Красноярск и вне больничных учреждений, выполненные в отделении общей патологии Красноярского краевого патологоанатомического бюро (ККПАБ) - 197 случаев; Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) - 176 случаев и ФКЛПУ КТБ-1 ГУФСИН России по Красноярскому краю (КТБ-1) - 86 случаев, за период 2011-2015 гг.

Весь материал был разделен на две группы: I – умершие в специализированных стационарах, II – умершие вне больничных учреждений. При обработке случая учитывались: пол, возраст, наличие/отсутствие ВИЧ-инфекции. Формы заболевания, выявленные при аутопсии, сопоставлялись с формами действующей классификации туберкулеза.

Были получены следующие результаты.

Во всех трех учреждениях наблюдаются различия в преобладании морфологических форм туберкулеза. Наиболее часто встречались такие формы, как: казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ), различные формы генерализованного туберкулеза (ГТ), диссеминированный туберкулез легких (ДТЛ) и диссеминированный туберкулез (ДТ) с преимущественным поражением легких и очагами отсева в 1-3 органа и/или в сочетании с туберкулезным менингоэнцефалитом. Результаты сравнительного анализа преобладания морфологических форм туберкулеза в различных ЛПУ г. Красноярск представлены на рис. 1.



Рисунок 1. Показатели сравнительного анализа морфологических форм туберкулеза в ЛПУ г. Красноярск за период 2011-2015 гг. а - СМЭ; б - ККПАБ; в - КТБ-1.

Результаты сравнительного анализа умерших по половой и возрастной принадлежности представлены на рис. 2 и 3.

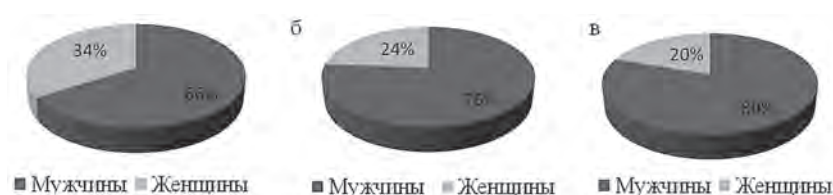


Рисунок 2. Распределение умерших по половой принадлежности: а – СМЭ; б – ККПАБ; в - КТБ-1.

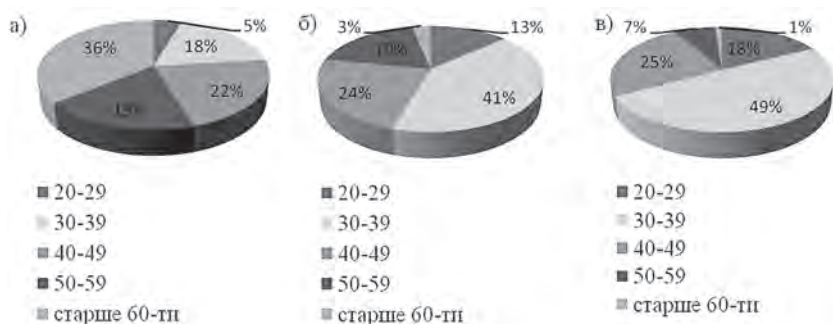


Рисунок 3. Распределение умерших по возрасту: а - СМЭ; б - ККПАБ; в - КТБ-1.

Был проведен сравнительный анализ морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-скомпроментированных лиц (в терминальных стадиях заболевания), умерших в ЛПУ при местах лишения свободы и в условиях противотуберкулезных диспансеров. Данные аутопсий из СМЭ не учитывались из-за отсутствия достоверной информации о количестве ВИЧ-скомпроментированных лиц. Результаты сравнительного анализа по преобладанию ВИЧ-скомпроментированных лиц и морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-скомпроментированных лиц в ККПАБ и КТБ-1 представлены на рис. 4 и 5.

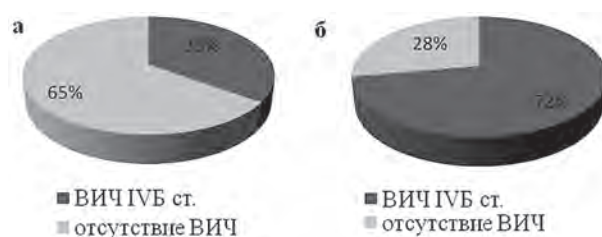


Рисунок 4. Распределение по наличию ВИЧ-инфекции: а - в ККПАБ; б - КТБ-1.



Рисунок 5. Распределение по преобладанию морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-скомпроментированных лиц: а - в ККПАБ; б - КТБ-1.

Таким образом, были выявлены существенные отличия в преобладании тех или иных морфологических форм туберкулеза, полученные в результате анализа аутопсий умерших в различных специализированных учреждениях г. Красноярска за период 2011-2015 гг.

Так, в СМЭ преобладали такие формы, как казеозная пневмония, различные формы ГТ, ДТЛ и ФКТ. В ККПАБ и в КТБ-1 преобладали такие формы, как ДТЛ, ДТ с преимущественным поражением легких и очагами отсева в 1-3 органа, и/или в сочетании с туберкулезным менингоэнцефалитом, а также различные формы ГТ и ФКТ. Во всех учреждениях, среди умерших преобладали мужчины. В СМЭ преобладали пациенты, умершие в возрасте старше 60-ти лет, а в ККПАБ и КТБ-1 – в возрасте 30-39 лет.

Несмотря на преобладание одинаковых форм туберкулеза в ККПАБ и КТБ-1 в целом, наблюдались существенные отличия преобладания морфологических форм туберкулеза у ВИЧ-скомпроментированных лиц (в терминальных стадиях заболевания), умерших в исправительных учреждениях, а также в противотуберкулезных диспансерах г. Красноярска.

В 77% случаев у умерших в КТБ-1 выявлены генерализованные формы туберкулеза, в то время как диссеминированный туберкулез легких – лишь в 5%. Среди умерших в противотуберкулезных диспансерах г. Красноярска и вскрытых в ККПАБ генерализованные формы туберкулеза наблюдались в 55% случаев; в 15% был выявлен ДТЛ и в 27% ДТ с преимущественным поражением легких и очагами отсева в 1-3 органа и/или в сочетании с туберкулезным менингитом.

Данные различия, возможно, связаны с тем, что контингент исправительных учреждений часто состоит из ВИЧ-скомпроментированных пациентов, ставших таковыми еще до момента попадания их в данные учреждения, туберкулез у них протекает более тяжело, и в большинстве случаев протекает с генерализацией процесса. К причинам таких различий также могут быть отнесены: условия содержания и питания больных, недобросовестное отношение к лечению и приему препаратов, наркомания в анамнезе и угнетение иммунитета на фоне стресса. Не исключен и разный подход в патологоанатомической диагностике к формулировке диагнозов в разных учреждениях, а также отсутствие единой, унифицированной клинико-морфологической классификации туберкулеза и разное ее применение разными специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ причин летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации / Т. Н. Ермак и др. // Эпидемиологические и инфекционные болезни. – 2010. – №3. – С. 19-22.
2. Выявление и диагностика туберкулеза органов дыхания в следственном изоляторе / К. И. Аксенова, В. Ю. Мишин, С. И. Чернышев и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – №7. – С.26-29.
3. Ерохин, В. В. Особенности выявления и клиники туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / В. В. Ерохин, З. Х. Корнилова, Л. П. Алексеева // Проблемы туберкулеза. – 2005. – №10. – С. 20-28.
4. Клинико-морфологические особенности абдоминального туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / М. С. Скопин, З. Х. Корнилова, Ю. Р. Зюзя и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №10. – С. 51-58.
5. Клинико-морфологические особенности течения туберкулеза при ВИЧ-инфекции / З. Х. Корнилова, Ю. Р. Зюзя, Л. П. Алексеева и др. // Проблемы туберкулеза. – 2008. – №10. – С. 13-20.
6. Корецкая, Н. М. Динамика показателей заболеваемости туберкулезом и ее структура в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения Красноярского края / Н. М. Корецкая, В. Ф. Эярт // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – №5. – С. 71-75.
7. Корецкая, Н. М. Динамическая характеристика эпидемической ситуации по туберкулезу в Красноярском крае / Н. М. Корецкая, А. Н. Наркевич, А. А. Наркевич // Российский медицинский журнал. – 2014. – №3. – С. 8-12.
8. Корецкая, Н. М. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Красноярском крае и факторы, способствующие сохранению ее напряженности / Н. М. Корецкая, А. Н. Наркевич, А. А. Наркевич // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – №7. – С. 76-77.

СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЕМ ОБРАЗА ЖИЗНИ

В.А. Ситникова

Открытая эколого-биологическая школа-центр «Фламинго»

ученица 10А класса МБОУ СШ №22

Научный руководитель: п.д.о., Е.Л. Киселева

Актуальность. По официальным данным Всемирной организации здравоохранения, от артериальной гипертензии страдает 25% взрослого населения планеты. Статистика заболеваемости почти одинакова по всему миру, однако количество осложнений гипертензии в России в 3 раза больше, чем в США, и в 2,5 раза больше, чем в странах Европы.

Проблематика. Среди трудоспособного населения России в возрасте 30-60 лет 12-13 миллионов страдают гипертензией. Ежегодно гипертензию впервые обнаруживают у 430 тысяч пациентов. Мужчины чуть меньше подвержены этому заболеванию - 39,2%, чем женщины - 41,1%. В сознании большинства современных людей диагноз гипертензия звучит как приговор к немедленной лекарственной терапии, причем пожизненно - эта установка широко распространена как среди врачей, так и среди пациентов, считается, что жить с гипертензией без таблеток невозможно. Разработанность проблемы. О своей болезни знают только 46,9% сельских и 85,1% городских жителей, а лечатся соответственно 12,4% и 61,2%, из них эффективно - всего 6,2% и 20,5%. Современная медицина знает, как управлять состоянием пациента с артериальной гипертензией, что позволяет свести к минимуму риск опасных кризов и осложнений. При всем этом артериальная гипертензия плохо поддается лечению и считается хроническим заболеванием.

Гипотеза. Снижение артериального давления лекарствами не является лечением причины гипертензии, причины сводятся к образу жизни: питанию и физическим упражнениям. Изменение образа жизни может быть более эффективным в снижении высокого артериального давления, чем лекарства.

Цель - рассмотреть возможность снижения артериального давления изменением образа жизни.

Задачи:

- выяснить образ жизни больных с артериальной гипертензией;
- разработать анкету, способствующую пониманию влияния образа жизни на гипертензию;
- разработать дневник самоконтроля, способствующий привлечению внимания к сохранению здорового образа жизни гипертоника.

Методы исследования: Разработка анкеты и дневника самоконтроля, апробирование анкеты и дневника самоконтроля.

Новизна. Достижения в области медицины воспринимаются как новые лекарственные препараты, дорогие высокотехнологичные устройства и лазер. Однако простейший выбор того, что мы едим и как мы живем, оказывает сильное влияние на здоровье и благополучие. Медицина образа жизни является профилактикой хронических заболеваний и лечением причины гипертензии. Практическая значимость. Если бы люди выполняли 4 простых правила: не курить, заниматься физкультурой полчаса в день, соблюдать диету на основе продуктов растительного происхождения и следить за своим весом - они предотвратили большинство случаев сахарного диабета и сердечных приступов, половину инсультов, и треть рака. При использовании медицины образа жизни пациент в состоянии прекратить принимать лекарства.

Материалы и методика. Просмотрев несколько различных вариантов медицинских анкет для пациентов с артериальной гипертонией, лучшей была выбрана анкета «Пифагор 4», но она и другое подобное анкетирование совершенно не учитывают влияние образа жизни на гипертонию. Вопросы этой анкеты построены на лечении гипертонии лекарственными препаратами, с контролем их регулярного приема и проверкой эффективности; из факторов риска учитывается только избыточный вес и холестерин, акцент на здоровый образа жизни не делается. На базе анкеты «Пифагор 4» нами разработана анкета, которая не только способствует сбору информации о лечении гипертонии, но и заставляет пациента задуматься о влиянии вредных и полезных факторов жизни на гипертонию. То есть наша анкета не только способствует сбору информации, но и делает акцент на профилактике гипертонии и позволяет пациенту задуматься о причинах гипертонии.

Таблица 1

Результаты анкетирования пациентов с артериальной гипертонией.

Пациент		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Сред
Пол		м	ж	ж	м	ж	ж	ж	м	ж	ж	м	ж	ж	м	ж	ж
Возраст		72	70	52	51	65	55	55	55	60	34	37	32	63	62	61	54,9
ДА В Л Е Н И Е	Измерение давления	СА	СМ	СА	СА	СА	СА	нет	нет	СА	СМ	СМ	СА	СА	СА	СА	СА
	в норме	120 /70	140 /70	120 /80	не зна ет	146 /75	120 /80	не зна ет	не зна ет	110 /80	125 /90	128/85	135 /90	130 /90	130 /85	125 /85	127 /82
	плохо	140 /80	165 /80	150 /100		180 /80	160 /120			160 /110	140 /100	155 /110	140 /95	165 /110	150 /100	145 /100	154 /99
	средне	125 /70	145 /70	130 /90		147 /95	130 /80			120 /70	125 /90	125 /85	120 /85	135 /95	120 /85	125 /90	130 /84
	реально дневник	129 /70	141 /70	137 /81		128 /84	149 /75			130 /87	111 /78	126 /81	122 /72	128 /92	130 /88	126 /85	143 /97
Пульс		64	58	68	73	76	72	82	81	80	93	87	75	95	79	72	77
Лекарство		да	да	да	да	да	да	нет	нет	да	нет	да	да	да	да	да	да
регулярно		да	да	да	да	да	да	-	-	нет	0	да	нет	да	да	да	да
Эффект лекар- ства		есть	мал	есть	есть	мал	есть	-	-	Леч. нет	0	мал	мал	мал	есть	есть	
Денег (руб)		150	300	1000	750	300	300	-	-	300	0	600	300	700	750	600	413
Сигареты		нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Как часто врач в год		12	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12	4	6	3,5
Стационар в год		0	2	осл.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0,3
Кружек чая в день		3,5	1	2	3,5	3,5	0	3,5	3,5	1	2	2	4	3,5	3,5	3,5	2,6
Кружек кофе в день		1	0	2	3,5	1	1	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0,9
Соль		н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о
Сон, ч в сут		9	9	6	7	6	7	7	7	9	8	7	8	9	9	9	8,8
Физические на- грузки		3	0	0	Х	3 и Х	0	Х	Х	3 и Б	Х и Б	Х	0	Х	3	3	
Самочувствие		+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	+	+	±	+	+
Индекс массы тела (норма 18,5 – 25)		24,2	32,9	29,5	25	41,6	27	29,8	34,6	23,2	29,4	34,4	28	39	37	28,2	30,9
		в норме	избыток	избыток	в норм	избыток	избыток	избыток	избыток	избыток	в норме	избыток	избыток	избыток	избыток	избыток	избыток
СА (самостоятельно автоматическим тонометром), СМ (самостоятельно механическим тонометром), соль о – ограничивает, н/о – неограничивает. Х- ходьба, Б – бег, 3 – зарядка. Индекс массы тела определяется делением массы тела (в кг) на рост (в м) в квадрате. В норме 18,5-25 кг/м².																	

Так же мы рассмотрели различные варианты «дневников гипертоника», а в них опять же учитывается только влияние регулярного приема лекарственных препаратов (и значит, выводы по такому дневнику сможет делать только врач при назначении лекарств). В результате мы разработали «Ежемесячный дневник самоконтроля за артериальным давлением», который учитывает влияние вредных и полезных факторов. Дневник разрабатывался таким, чтобы сам пациент без участия врача смог определить, как сказываются на его личном здоровье такие факторы как физическая нагрузка, сон, сигареты и ограничения в питании (соль, кофе, чай) - дневник представлен в приложении. Исследование по нашему дневнику самоконтроля в течение месяца декабря 2016 года прошли 15 страдающих гипертонией, возрастом 30-62 лет (отобранных по результатам анкетирования).

Таблица 2

Образ жизни пациентов с артериальной гипертензией согласно заполненным дневникам самоконтроля в среднем за месяц исследования.

Пациент	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Сред
Артериальное давление	129 /70	141 /70	137 /81	128 /84	149 /75	130 /87	111 /78	126 /81	122 /72	128 /92	130 /88	126 /85	143 /97	131 /87	134 /89	131 /82
Пульс	64	58	68	73	76	72	82	81	80	93	87	75	95	79	72	77
Лекарство	да	да	да	да	да	да	да	да	да	нет	да	да	да	да	да	да
Сигареты	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Кружек чая в день	0,9	0,6	1,7	0,9	4,5	1	5	1,8	1	4	5	1,8	4	2	1	2,4
Кружек кофе в день	1,7	0,5	1,5	1,8	0,4	1	0,04	1	1	0,2	0	0,5	0	0,5	0	0,68
Соль	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о
Физические нагрузки, мин в сут	3 15	0	0	X 30	X и 3 15	0	X 10	X 10	3 Б 40	X Б 45	X 8	0	X 15	3 15	3 15	14,5
Сон, ч в сут	8	8	7	7	5,7	8	7,5	7	8,5	8	7,5	8,5	9	8	8	7,7
Самочувствие	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	+	+	±	+	+

соль о – ограничивает, н/о – неограничивает. X- ходьба, Б – бег, З – зарядка.

Выводы. По данным анкетирования 87% опрошенных самостоятельно контролируют свое артериальное давление автоматическим или механическим тонометром и среднее значение своего давления оценивают реально. Регулярно принимают лекарства большинство, на что в месяц в среднем уходит по 415 руб, при этом половина опрошенных считает проводимую лекарственную терапию малоэффективной, но среднее самочувствие - положительное. Избыточный вес у 87%, средний индекс массы тела 30,9 при максимальной норме - 25 кг/м². Согласно анкетированию все испытуемые не курят, но и не пытаются ограничивать себя в питании: соль ограничивает один исследуемый, чай - тоже один, а кофе - шестеро из 15. Согласно анкетированию пенсионеры хорошо отличаются от работающих тем, что спят по 9 часов в сутки (так ответило четверо), но реально только у одного опрошенного средняя длительность сна составила 9 часов. Страдающие гипертонией считают, что высыпаются нормально (по 8,8 часов), а реально недосыпают целый час - спят в среднем 7,7 часов.

Согласно дневнику, обследуемые стали пить чая и кофе меньше: среднее по анкете - чая 2,6 и кофе 0,9 кружек, а по дневнику чая 2,4 и кофе 0,68 кружек. Самое тяжелое - это ограничивать соль, а ведь если чуть-чуть не досаливать можно добиться снижения цифр на 10 мм рт.ст. Средние физические нагрузки составляют всего 14,5 минут в день (при минимальной норме 30 минут), а четверо вообще нагрузок в течение месяца не имели (0 минут в день!).

Разработанный нами дневник самоконтроля артериального давления способствует привлечению внимания к сохранению здорового образа жизни. Он может использоваться как врачом, так и пациентом. По дневнику врач сможет согласно традиционной медицине отследить влияние лекарственного препарата на снижение высокого артериального давления. Снижение артериального давления лекарствами не является лечением основной причины гипертонии, которая часто просто сводится к таким вещам, как оптимальный вес через диету (ограничить соль, животные жиры, кофе и чай), физические упражнения не менее 30 минут в день (зарядка, ходьба, легкий бег), полноценный сон не менее 8 часов в сутки, ограничение стрессовых нагрузок и отказ от курения.

Если ежедневно в течение месяца пациент запишет, что именно он изменил в своей жизни, то может самостоятельно определить к каким результатам это привело. Можно применять взаимозаменяемость: если выпил кофе - значит нужно больше времени на сон, если нарушил диету - значит выделить время на более долгую прогулку и т.д.

Анкета для пациентов с артериальной гипертензией
Пожалуйста, отметьте нужную клеточку галочкой

1. Ставила ли кто-нибудь вам диагноз артериальная гипертензия? ☐ нет
Если да, то сколько лет она у Вас?
☐ менее 1 года ☐ 1-5 лет ☐ 6-10 лет ☐ более 10 лет

2. Имеются ли у Вас сопутствующие состояния? ☐ нет, не имею ☐ не знаю о них
Если да, то уточните:
☐ повышенный холестерин ☐ избыточный вес (ожирение) ☐ подагра
☐ сахарный диабет ☐ другие _____

3. Принимаете ли Вы препараты для лечения артериальной гипертензии?
☐ не принимаю ☐ принимаю постоянно (ежедневно)
☐ принимаю по потребностям (при повышении давления или плохом самочувствии) ☐ другое _____

4. По чьей рекомендации Вы принимаете препараты для лечения артериальной гипертензии?
☐ принимаю по рекомендации врача ☐ самостоятельно принимаю решение о своем лечении

5. Вы принимаете лекарства для лечения артериальной гипертензии в течение последнего месяца?
☐ не принимаю ☐ принимаю, количество лекарств _____ (1 или 2 или 3)

6. Измеряете ли Вы дома артериальное давление?
☐ не измеряю ☐ не умею измерять ☐ умею измерять
☐ измеряю с помощью родственников дома ☐ измеряю самостоятельно механическим тонометром ☐ измеряю самостоятельно автоматическим тонометром

7. Укажите цифры Вашего давления: ☐ не знаю
Давление при хорошем самочувствии: _____ / _____
Давление при плохом самочувствии: _____ / _____
Давление сейчас или в последние дни: _____ / _____

8. Как часто Вы посещаете врача по поводу артериальной гипертензии?
☐ не посещаю ☐ 1 раз в неделю ☐ 1 раз в месяц
☐ 1 раз в 3-6 месяцев ☐ 1 раз в год ☐ другое _____

9. Какова цель Вашего посещения врача?
☐ измерение давления ☐ направление на госпитализацию ☐ получение рекомендаций по лечению
☐ исследование (ЭКГ и другие) ☐ получение больничного листа ☐ другая _____

10. Как часто вы проводите стационарное лечение по поводу артериальной гипертензии?
☐ ни разу ☐ 1 раз в 6 месяцев (планово)
☐ при развитии кризов и осложнений ☐ 1 раз в год (планово)
☐ другое _____

11. Соблюдаете ли Вы режим приема лекарств для лечения артериальной гипертензии?
Забываете ли Вы когда-нибудь принять лекарство? ☐ нет ☐ да
Нарушаете ли Вы иногда время приема лекарств? ☐ нет ☐ да
Пропускаете ли Вы прием лекарств, если чувствуете себя хорошо? ☐ нет ☐ да
Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, то пропускаете ли Вы следующий прием лекарств? ☐ нет ☐ да

12. Вы испытываете неблагоприятные (побочные) явления при лечении артериальной гипертензии?
☐ нет ☐ да, указать какие _____

13. Считаете ли Вы проводимое лечение по снижению артериального давления?
☐ эффективным ☐ малоэффективным ☐ неэффективным ☐ нет лечения

14. Как Вы получаете лекарства для снижения артериального давления?
☐ покупаю в аптеке за полную стоимость ☐ покупаю в аптеке со скидкой
☐ получаю бесплатно (имею льготы) ☐ покупают родственники
☐ имею льготы, но покупаю за полную стоимость

15. Сколько денег Вы тратите на препараты от давления ежемесячно? ☐ не трачу вообще
☐ менее 100 руб ☐ 100-200 руб ☐ 200-500 руб ☐ 500-1000 руб ☐ более 1000 руб

16. Вы курите? ☐ нет
Если да, то количество сигарет в день:
☐ 1-2 сигареты в день ☐ до 10 сигарет в день ☐ пачка сигарет в день и больше

17. Как часто Вы употребляете крепкий кофе? ☐ не пью кофе
☐ только утром ☐ 3-4 кружки в день ☐ более 4-х кружек кофе в день

18. Как часто Вы употребляете крепкий чай? ☐ не пью чай
☐ только утром ☐ 3-4 кружки в день ☐ более 4-х кружек чая в день

19. Как много Вы употребляете поваренной соли? ☐ всегда ограничиваю потребление соли
☐ соли в каждый прием пищи ☐ соли только при приготовлении продуктов

20. Имеете ли вы проблемы со сном? ☐ всегда сплю хорошо
☐ часто просыпаюсь ☐ часто не могу заснуть ☐ часто бывает бессонница

21. Сколько Вы спите в сутки?
☐ менее 6ч ☐ 6-8 часов ☐ 8-10 часов ☐ более 10 часов

22. Имеются ли у Вас ежедневные физические нагрузки? ☐ нет
☐ делаю зарядку ☐ бегую 20 минут и больше ☐ ходьба-прогулка 40 минут и больше

23. Ходите ли Вы в тренажерный зал или занимаетесь спортом? ☐ нет ☐ да

Ваши данные: пол ☐ м ☐ ж, вес _____ кг., возраст _____ лет, рост _____ см

Декабрь	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	Декабрь
Дата	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Дата
Давление	Утро																														Утро
	Вечер																														Вечер
Пульс, уд/мин																															Пульс, уд/мин
Самочувствие																															Самочувствие
Лекарство																															Лекарство
Сигареты, шт																															Сигареты, шт
Чай, кружек																															Чай, кружек
Кофе, кружек																															Кофе, кружек
Соль																															Соль
Физ. нагрузки, мин																															Физ. нагрузки, мин
Сон, ч																															Сон, ч

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анкета для пациентов с артериальной гипертонией. (http://www.clinvest.su/pdf/anketa_pat_IV.pdf)
2. Дневник гипертоника. - (<http://vse-o-gipertonii.ru/gipertoniya-3-stepeni/>)
3. Как изменения в образе жизни могут вылечить сердечно-сосудистые заболевания. - (<http://live-up.co/kak-izmeneniya-v-obraze-zhizni-mogut-vylechit-serdechno-sosudistye-zabolevaniya/>)
4. Лечение гипертонии народными средствами. - (<http://vse-o-gipertonii.ru/narodnoe-lechenie-gipertonii/>)
5. Лечение причины заболевания - медицина образа жизни. - (<http://www.tsalenchuk.com/lechenie-prichiny-zabolevaniya/>)
6. Милюкова И. Настольная книга гипертоника. - М.: АСТ, - 2011. – С. 6-167.
7. Образ жизни как источник болезней и метод лечения. - (<http://www.clinica-tibet.ru/about/news/interest/3222/>)
8. Орлов С. Высокое давление: Причины и эффективное лечение. - М.: Кладезь, - 2011.- С. 2-56.
9. Полякова Е. Здоровье без аптеки: гипертония, гастрит, артрит, диабет. - М.: Газетный мир, - 2013. – С. 45-67, 93-89.
10. Райчик Д.Е., Райт Д.Т., Смит М.С. Секреты артериальной гипертонии. - М.: Бином, - 2005, - С. 168.
11. Релаксация для гипертоников. - (<http://vse-o-gipertonii.ru/relaksaciya-dlya-gipertonikov/>)
12. 5 правил для успешного лечения гипертонии. - (<http://vse-o-gipertonii.ru/5-pravil-pri-gipertonii/>)

УДК 81'373=124+001.4

VANITAS: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Э.В. Скуратова

Омский государственный медицинский университет

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: д.филос.н., доц. Мусохранова М.Б.

В нашей речи мы часто употребляем слова, значение которых не знаем.

К примеру, при выборе афоризмов, мое внимание привлек следующий: *Vanitasvanitatum—omnia vanitas* (Суэта суэт – все суэта). Каков смысл *vanitas*? Можно ли назвать это слово термином, т.е. средством суждения (по Аристотелю), для установления истинности или ложности для понимания того, что называется этим словом?

Ответ на данные вопросы основан на этимологическом анализе значений *vanitas* по словарям И.Х. Дворецкого, М.Фасмера и В.И.Даля.

Согласно Латинско-русскому словарю И.Х. Дворецкого *vanitas* обозначает: 1) бессодержательность, 2) безуспешность, 3) тщеславие, 4) пустословие [3].

По Этимологическому словарю М.Фасмера *суе* имеет значения: 1) напрасно, зря; 2) глазеть, зевать 3) пустой, тщетный [6].

Согласно Толковому словарю В.И.Даля *суэта* обозначает: 1) попусту; 2) относится до тщеты мирской, светской, противоположно вечному благу нашему, жизни духовной. 3) противоположно духовный, разумный, нравственный, премудрый, относящийся до духа, добудущей, вечной жизни и до спасения души [2].

Категориальный анализ *vanitas* на основе значений этимона *vanitas* «суэта», выявил идею тщеславия, заложенную в слове. Кроме того, *vanitas* является синонимом *ambitio*, значения которого, подчеркивая смысл суеты, тщеславия, обращают внимание на образ жизни, где преобладают угодничество и стремление расположить в свою пользу окружающих людей и жизнь напоминает «хождение вокруг» своего «честолюбия» [1].

Термин *vanitas* восходит к библейскому афоризму, источником которого является латинская версия книги Екклесиаста, автором которой считается израильский царь Соломон, который через свой труд познавал социальный мир, природный и духовный, приобрел мудрость и записал ее в «изречениях разума», начав с того, что: *Vanitas vanitatum – omnia vanitas*. [8]

Идея *vanitas* заложена в романе Уильяма Теккерея «Ярмарка тщеславия» (Базар Житейской Суеты), где главные герои забывают тщетности усилий, потраченных на достижение материального благополучия. [5] Истоки романа скрываются в фольклоре, представлениях уличного кукольного театра Панча, в книге Беньяна «Путь паломника» (17 век), высмеивающих отношения между людьми и жизнь, превращенную в ярмарку тщеславия, где всё покупается и продается: дома, почести, титулы, высокие звания, люди.

Эта же идея легла в основу направления в живописи *Vanitas*, зародившемся в XVI веке в голландском городе Лейдене, который являлся важным центром кальвинизма – течения, которое осуждало моральную развращенность человечества и стремилось к твердому моральному кодексу. Для кальвинистских художников эти натюрморты являлись предупреждением против тщеславия и бренности и были иллюстрацией кальвинистской морали того времени.

Яркими представителями данного направления в живописи являются такие художники как Бартоломеус Брейн Старший, Францискус Гейсбрехтс, Филипп де Шампань, Питер Боель, Якоб де Гейн.

Символы, встречающиеся на полотнах, были призваны напоминать о бренности человеческой жизни и о временности удовольствий и достижений: череп напоминал о неизбежной смерти, гнилые фрукты и увядшие

цветы – о старости и болезнях, мыльные пузыри – об иллюзорности славы и власти, кубки с вином и игральные карты – о сомнительных страстях, опасных своими разрушающими последствиями. На картинах встречаются клочки бумаги, рукописи и печатные издания с изречениями: *Sic transit gloriamundi*, *Finis coronat opus*, *Memento mori*.

Memento mori – «Помни, что смертен». Латинское выражение, ставшее крылатым, связано с историей Древнего Рима. Оно произносилось во время триумфального шествия римских полководцев, возвращающихся с победой. За спиной военачальника ставили раба, который был обязан периодически напоминать триумфатору, что, несмотря на свою славу, тот остается смертным. [1]. Данное выражение также являлось формой приветствия, которым обменивались при встрече монахи ордена траппистов, основанного в 1663 году.

Sic transit Gloria mundi – «Так проходит мирская слава». Выражение представляет собой незначительную переделку текста из книги немецкого философа - мистика Фомы Кемпийского (XV в.) «О подражании Христу» Эти слова звучат в виде возгласа во время церемонии вступления в сан нового римского папы, перед которым трижды сжигают клочок ткани в знак того, что все земное, в том числе получаемые им власть и слава – призрачно, изменчиво и тленно.

Художники, писатели, мыслители пытались ответить на гамлетовский вопрос: Быть или не быть?

У.Шекспир в своей пьесе «Трагическая история о Гамлете, принце датском» также рассуждает над вопросом суетности жизни: «Пред кем весь мир лежал в пыли, Торчит затычкой в щели» Этими словами Гамлет завершает рассуждение о Александре Македонском, который «после смерти станет прахом, прах попадет в глину, а глиной той, возможно, обмажут пивную бочку». [7]

Если мыслители всех эпох пытались ответить на этот вопрос «быть или не быть?», то в современном мире приоритет отдается тенденции «не быть». К примеру, в настоящее время «смертельные» элементы включают в оформление своих коллекций дизайнерские компании. Моду на символику смерти ввел известный современный дизайнер Александр Мак Куин. Отличительной чертой его бренда является изображение черепа. Другим примером может служить существование такой субкультуры андерграунда как готы. Для нее характерны такие внешние признаки: черный цвет в одежде, кольца, кулоны, подвески, броши с символикой смерти в виде черепов, скелетов, гробов. Вряд ли эти люди задумываются о ценности своей жизни перед лицом небытия.

Таким образом, на основании изучения ряда источников, слово *vanitas* является термином, т.к. служит средством суждения о факте действительности, который стал атрибутом человека, ввергающим его в иллюзию деятельности, отношений, жизни. Этот факт осмыслился и ему было дано соответствующее имя – *vanitas*. В качестве термина *vanitas*. выступает также результатом обобщения знания о человеке, приобретенного в опыте познания мира людей [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апология // Апологеты. Защитники христианства. – СПб.: Алетейя, 2002. Глава 33.
2. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. / В. И. Даль. - Репр. воспроизведение 2-го изд. 1880-1882 гг. - М.: Рус. яз., 1981 - 1982. Т. 4: Р - В. - 1982. – с.356
3. Дворецкий И. Х. Латинско-русский словарь./Дворецкий И.Х – М.: Рус. яз., 1996. – 805с
4. Мусохранова М.Б. Терминогенез: летопись медицины в социально-философском контексте: монография./Мусохранова М.Б. – Омск, изд-во ОмГМУ, 2012. с.97
5. Теккерей У. Ярмарка тщеславия. — Минск: Народная асвета, 1987.
6. Фасмер М. Этимологический словарь русского языка: в 4-х т.: пер. с нем. / М.Фасмер; пер. с нем. и доп. О. Н. Трубачева. – М.: Прогресс, 1986. – т.1.
7. Шекспир У. Гамлет в русских переводах XIX-XX веков. М., 1994 с.144
8. Biblia Sacra Vulgata. Editionem quintam emendatam retractatam praeparavit Roger Gryson. – Deutsche Bibelgesellschaft, 2007. – Р. 986.

УДК 614.2:331.106.2:347.440.2

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ, КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Н.С. Смолин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель к.э.н, доцент Н.И. Денисова

Здравоохранение - точка пересечения интересов каждого. И государство, и каждый гражданин заинтересованы в том, чтобы граждане болели меньше, а жили дольше, чтобы рождались здоровые дети и происходила смена поколений. На практике удовлетворенность россиян системой здравоохранения остается на низком

уровне. И качество медицинской помощи, и ее доступность оставляют желать лучшего. По мнению экспертов, качество медицинской помощи полностью не удовлетворяет треть населения России, независимо от пола, образования, возраста и рода занятий.

Вместе с тем, за период реализации национального проекта «Здоровье» была частично обновлена материально-техническая база и отмечено снижение смертности от трёх основных причин: сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и травм при ДТП.

Однако, во многих учреждениях сложилась парадоксальная ситуация: оборудование имеется, а специалисты отсутствуют.

В 2012 году в бюджетном послании Президента Российской Федерации В.В. Путина был дан старт практическому внедрению новой системы оплаты труда в значимых для общества сферах – одна из которых здравоохранение.

Наряду с новой системой оплаты труда министерством здравоохранения РФ с 2014 года осуществлен переход к так называемому «эффективному контракту», задача которого состоит в четком определении условий оплаты труда и социальных гарантий работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы. Применение эффективного контракта призвано повысить конкурентоспособность государства как работодателя на региональных рынках труда и сопоставимость стоимости труда в государственном, муниципальном и частном секторах экономики. Кроме того, за счет стимулирования медицинского персонала и конкретизации трудовой функции ожидается прекращение оттока медицинских кадров в частный сектор экономики, повышение заинтересованности в труде и оптимизация штатов. Следствием чего, станет рост качества и доступность медицинской помощи в России. С помощью эффективного контракта у руководителей учреждений появится возможность выявить наиболее эффективные варианты затрат на оплату труда.

Вместе с тем, такие эксперты как заместитель председателя профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербаков и директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович не считают, что в результате внедрения эффективного контракта будут достигнуты ожидаемые результаты. По их мнению, введение эффективного контракта повлечет за собой дополнительные расходы, вызванные необходимостью регулярного оценивания достижений показателей качества, результативности и эффективности работы каждого работника.

Наличие таких противоречивых взглядов на эффективный контракт и законодательная обязанность его внедрения подтверждает актуальность темы исследования.

Таким образом, основной проблемой внедрения эффективного контракта является достижения экономического эффекта.

Проблем исследования предопределила цель – рассмотреть экономическую эффективность от внедрения эффективного контракта в КГАУЗ «Назаровская ГСП».

Для достижения поставленной цели решены следующие задачи:

- рассмотрены отличия между трудовым договором и эффективным контрактом;
- рассмотрен порядок перехода на эффективный контракт в КГАУЗ «Назаровская ГСП»;
- определены показатели экономической эффективности КГАУЗ «Назаровской ГСП»;
- проведена оценка экономической эффективности от внедрения эффективного контракта.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования:

- Теоретический анализ методической литературы, нормативно-правовых актов;
- Статистический метод;
- Метод сравнений и аналогий;
- Метод натурального моделирования.

Первая задача решена с помощью анализа нормативно-правовых актов и методической литературы. В результате выявлены основные отличия между эффективным контрактом и традиционным трудовым договором:

- условия осуществления выплат стимулирующего характера описаны непосредственно в эффективном контракте с работником;
- зависимость стимулирующих выплат от результатов труда и качества оказываемых услуг устанавливается непосредственно в эффективном контракте;
- конкретизируются должностные обязанности работника, а не должности в целом.

По этим причинам, на подготовительном этапе работы при переходе на эффективный контракт в КГАУЗ «Назаровская ГСП» был проведен детальный анализ фактического содержания и объема трудовых функций работника и результатов его труда. При этом руководство исходило из необходимого качества работы учреждения, которое выразилось в виде требований к должностным обязанностям, к качеству работы и к квалификации работников. На основе анализа определены показатели и критерии оценки эффективности деятельности, которые включаются в трудовой договор работника.

Следующим этапом перехода на эффективный контракт стало изменение определенных сторонами условий трудового договора в соответствии с трудовым законодательством РФ.

Необходимым завершающим этапом является оценка результатов внедрения эффективного контракта.

Прежде всего, трудовой договор стал подробнее и облегчил управленческую работу, позволил точно разделить гарантированную и стимулирующую части заработной платы каждого работника.

Подробный анализ трудовой функции работников перераспределил объемы работ за счет исключения дублирующих функций, что позволило оптимизировать штат работников.

Оптимизация штата работников позволило сократить расходы на фонд оплаты труда КГАУЗ «Назаровская ГСП» на 5%. При этом средняя заработная плата работников в разрезе категорий персонала возросла на 10% по итогам 3-х месяцев с момента внедрения эффективного контракта.

За счет роста заработной платы увеличилось количество отработанных дней работниками на 30%.

Повысилось качество оказываемых услуг, которое выразилось в переходе пациентов из частных клиник, в сокращении осложнений после удалений, а также в 10 раз сократились штрафы по медико-экономической экспертизе законченных случаев лечения страховых медицинских организаций.

Издержки, вызванные необходимостью регулярного оценивания достижения показателей качества, результативности и эффективности работы каждого работника минимизированы за счет введения автоматического оценивания с помощью разработки программного обеспечения.

Таким образом, эффективный контракт позволил создать атмосферу заинтересованности и преодолеть безразличие работников в обмен на повышение своего материального благосостояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. С. 127.

1. Бюджетное послание Президента РФ Федеральному собранию от 28.06.2012 «О бюджетной политике в 2013 - 2015 годах»
2. Гусев М.Г. Медицинские кадры в системе здравоохранения // Руководитель бюджетной организации. 2014. N 1. С. 38 - 45
3. Зайцева Г.Г. Показатели эффективности: что применяется на практике? // Руководитель автономного учреждения. 2014. N 4. С. 17 - 23.
4. Приказ Минздрава России от 04.07.2013 N 427 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») структурных изменений в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности образования в Министерстве здравоохранения Российской Федерации
5. Смолева М.Е. Показатели эффективности: откуда списать? // Руководитель автономного учреждения. 2014. N 9. С. 17 – 25
6. Стукалин В.Б. К вопросу об ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи и медицинских услуг. «Общество и право», 2008 №2
7. Сувернева А.И. Эффективный контракт как инструмент повышения качества работы и заработной платы // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2013. N 9. С. 15 - 23.
8. Джон Катценбах, Дуглас Смит Командный подход: Создание высокоэффективной организации = The Wisdom of Teams. — М.: Альпина Паблишер, 2013.

УДК 378.147:004.738.5:616-092

РАЗРАБОТКА КУРСА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ «ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ» КАК ИНСТРУМЕНТА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

В.О. Соболева, Л.А. Полежаев, Н.С. Шаров

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

Кафедра патологической физиологии им. проф. В.В.Иванова

Научные руководители: к.б.н., доц. М.Р. Васильева, д.б.н., доц. Ю.А. Фефелова

Резюме

Система дистанционного обучения получила широкое распространение практически во всех вузах Российской Федерации, в том числе и в Красноярском государственном медицинском университете (КрасГМУ). В данной статье дается описание разработанного курса дистанционного обучения «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»», а также производится анализ целесообразности использования системы дистанционного обучения на примере разработанного курса.

Современное высшее образование требует создания новых подходов для обучения студентов. Одним из таких подходов является система дистанционного обучения [2]. На сегодняшний день – это одна из наиболее развивающихся форм образования. Данная система представляет широкие возможности для обучения студентов. Главное преимущество такой системы – представление информации в цифровой форме, что дает возможность обучаться дистанционно в любое удобное время [3].

Информационная грамотность студентов в университетах растет с каждым годом. Современное поколение обучающихся предъявляет заметно повышенные требования как к технологической платформе обучения в целом, так и электронного обучения в частности. [4].

Актуальным является вопрос востребованности дистанционных технологий студентами медицинского вуза, их отношения к подобной форме обучения.

Целью работы является оценка целесообразности использования системы дистанционного обучения в КрасГМУ с точки зрения студентов на примере разработанного курса дистанционного обучения «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»» для студентов 2 – 3 курса специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медицинская кибернетика».

Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Изучить систему дистанционного обучения Moodle.
2. Разработать курс дистанционного обучения «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»» на сайте sdo.krasgmu.ru.
3. Провести опрос среди студентов 2 – 3 курса специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медицинская кибернетика».

Разработка курса дистанционного обучения «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»» осуществлялась с помощью системы Moodle. Moodle – инструмент управления содержимым сайта, специально разработанный для создания онлайн-курсов [1]. Данная система предоставляет широкий спектр возможностей для поддержки полноценного процесса обучения. С помощью программного комплекса Moodle можно представить учебный материал в удобном и интересном виде, а также осуществить проверку знаний студентов и контроль успеваемости. Разработанный курс состоит из четырех разделов, включающий в себя 11 тем, а также дополнительные ресурсы. Каждая тема включает в себя теоретические материалы, вопросы для самоподготовки, задачи, видеолекции по теме. В состав дополнительных материалов включены глоссарий, видео-лекции, список литературы.

Для того чтобы выяснить отношение студентов 2-го и 3-го курсов КрасГМУ к системе дистанционного образования была создана анкета на платформе Google forms, которая включала в себя 14 вопросов.

В ходе анкетирования было опрошено 122 студента, которые в настоящее время проходят, либо успешно завершили обучение на данном курсе. Студентам задавались вопросы о частоте и целях посещения данного ресурса, о необходимости дистанционных курсов. Кроме того, студенты давали оценку разработанному курсу дистанционного обучения по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология».

По результатам опроса были получены сведения о том, что большинство респондентов посещают ресурс sdo.krasgmu.ru по необходимости (42,6%), ежедневно посещают 12% опрошенных. Среди целей посещения - подготовка к занятиям (80% опрошенных), поиск или изучение дополнительной информации (47%), отработка решений задач и практических навыков (27%), обмен сообщениями, ведение блогов (19%).

Большинство студентов считают, что система sdo.krasgmu.ru предоставляет необходимые учебные материалы (85,2%). Кроме того, почти 80% опрошиваемых сочли, что дистанционные курсы – удобный метод обучения (рис. 1).

Считаете ли Вы дистанционные курсы удобным методом обучения?

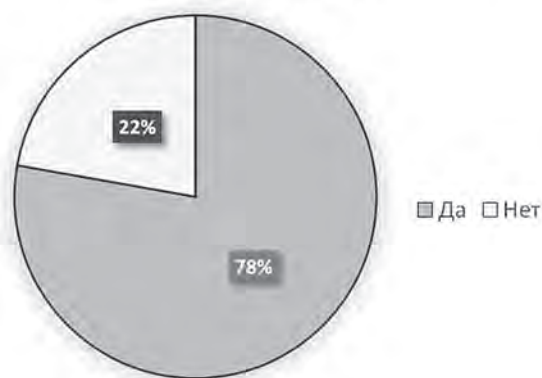


Рисунок 1. Ответы на вопрос «Считаете ли вы дистанционные курсы удобным методом обучения?»

Предложенный дистанционный курс «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»» получил оценку 8 из 10, по мнению большинства опрошиваемых (27%) (рис. 2).

Оцените предложенный курс "Патологическая физиология" по 10- бальной шкале

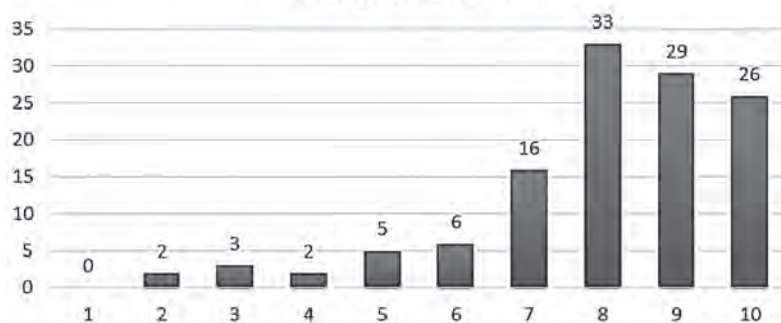


Рисунок 2. Ответы на вопрос «Оцените предложенный курс по 10-бальной шкале»

Респонденты нашли, что данный курс содержит достаточный объем информации (70,3%), а задания соответствуют представленному в курсе теоретическому материалу (64,1%). По мнению опрошенных курс имеет следующие достоинства: в нем представлены необходимые теоретические материалы для освоения дисциплины (58,6%), материал хорошо структурирован (55,2%), задания курса удобны для выполнения (43,1%). Также, 65,8% студентов решили, что курс не имеет недостатков, и 67% - воспользуются этим курсом при подготовке к экзамену (рис. 3).

Использовали бы Вы представленный курс дистанционного обучения для подготовки к экзамену?

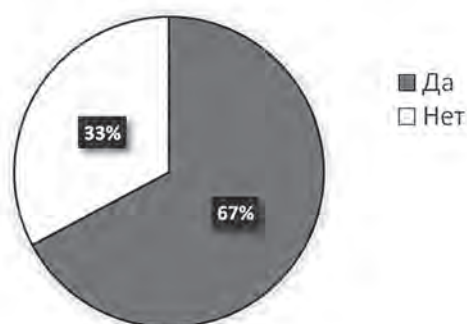


Рисунок 3. Ответы на вопрос «Использовали бы вы представленный курс дистанционного обучения для подготовки к экзамену?»

Основываясь на полученных результатах можно сделать вывод, что система дистанционного обучения и курс «Практические навыки по дисциплине «Патофизиология. Клиническая патофизиология»» в КрасГМУ выполняют необходимые функции, а именно: позволяют студентам и преподавателям тратить меньше времени на образовательный процесс во внеучебное время и повышают интерес к обучению среди студентов. По мнению самих респондентов, достигается это хорошей навигацией по ресурсу и доступностью информации. Таким образом, внедрение дистанционных технологий в учебный процесс КрасГМУ является важным и нужным мероприятием, которое требует развития и продвижения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимов, А.М. Работа в системе дистанционного обучения Moodle / А. М. Анисимов // Учебное пособие. 2-е изд. испр. и дополн. – Харьков, ХНАГХ, - 2009. – С. 282.
2. Балыхин, М. Г. Электронное обучение и его роль в образовании без границ / М. Г. Балыхин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Вопросы образования. Языки и специальность. – 2008. – № 4. – С. 65-71.
3. Использование современных информационно-образовательных технологий в учебном процессе / И. А.Камаев, В. М. Леванов, С. И. Паламарчук и др. // Медицинский альманах. – 2008. – № 1. – С. 17-19.
4. Сурнина, Т. В, Дистанционное обучение как технология корпоративного образования / Т. В Сурнина // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ». – 2013. – №1. – С. 1-7.

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МОТИВАЦИИ

З.Н.Собчук, Ю. В.Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО*

В настоящее время изменился уровень системности мышления психологов: им теперь невероятно легче понять человека как саморазвивающуюся (самоорганизующуюся) систему. Именно с такими системами имеет дело постнеклассическая наука, а это означает, что достаточно настойчиво обсуждаемая в психологической литературе проблематика «устройства» науки, опирающейся на идеалы постнеклассической рациональности, все равно выведет к целостному человеку, к системно определенному человеку в качестве предмета науки.

Е.В. Ключко отмечает «можно констатировать наличие вполне ожидаемых попыток саму психику определить в качестве открытой самоорганизующейся системы, но, как нам кажется, они скоро исчезнут. Во-первых, психика уже с большим трудом воспринимается как некая живущая в человеке (или рядом человеком - в вариантах «неподкожной» психики) «целостность» и что-то непрерывно «делающая» - с человеком (или вместо человека, или вместе с человеком). Во-вторых, ясно, что ни психика, ни сознание сами по себе не являются открытыми системами, устойчивое существование которых, как это положено таким системам, призван обеспечить избирательный обмен с окружающей средой информацией, веществом, энергией. А вот разглядеть роль психики в избирательном обмене человека (как открытой системы) со средой - это уже настоящая задача системной антропологической психологии. [3].

В современной науке показано, что процессы обмена и самоорганизации в открытых (живых) системах - это в конечном счете процессы обмена энергией, энтропией и информацией. Особенности протекания этих процессов могут быть описаны в понятиях и категориях неравновесной термодинамики. В основе психических явлений также лежат фундаментальные законы материальных взаимодействий [4]. Все эти три понятия тесно взаимосвязаны и широко используются для изучения самоорганизации в неравновесных системах.

Применение фундаментальных понятий естествознания для описания психических явлений, и в частности формально-динамических характеристик процесса мотивации дает, с одной стороны, возможность более детального объяснения особенностей его протекания, а с другой - возможность осмыслить данный класс психических явлений как гомологичное проявление процессов самоорганизации, постоянной борьбы живых систем с энтропийным давлением среды, диалектики энтропии и негэнтропии.

Использование концептуального аппарата неравновесной термодинамики дает возможность построить формализованную модель стадий мотивационного процесса, позволяющую дифференцировать феноменологически сходные, но генетически и функционально различные психические (мотивационные, когнитивные и эмоциональные) явления. С помощью данного междисциплинарного подхода можно раскрыть взаимосвязь между духовными и витальными потребностями личности, показать, что нравственная целостность личности тесно связана с процессами ее мотивационной самоорганизации, в основе которых лежат психоэнергетические характеристики индивида [1].

При использовании понятий неравновесной термодинамики в изучении психических процессов, следует сослаться на констатацию И. Пригожина и И. Стенгерс: «Слияние открытий в исследованиях окружающего нас мира и мира внутри нас является особенностью описываемого нами последнего этапа в развитии науки, и эта особенность не может не вызывать удовлетворения» [2]. Применение принципов неравновесной термодинамики в биологии позволило во многом раскрыть специфику энергетического обмена между живым организмом и окружающей средой. Требуемая для поддержания жизнедеятельности организма энергия извлекается из самой структуры материи, что сопровождается увеличением энтропии этой структуры.

В психологии существуют два подхода к изучению проблемы потребностей. С одной стороны, потребность - это объективная форма удовлетворения нужд, направленных на сохранение и развитие индивида. С другой стороны, потребность это субъективное состояние индивида, отражающее нужду в чем-либо и представленное конкретными механизмами мотивации. Механизмы мотивации, характеризующиеся определенными структурно-энергетическими свойствами, могут быть выражены интегральным понятием энергия потребности, представляющим собой теоретический конструкт, объединяющий динамические и векторные характеристики потребности, т. е. ее побудительность и направленность. В психологии мотивации можно указать аналогичные понятия, например: «сила мотивирования» К. Левина, «результатирующая мотивационная тенденция» Дж. Аткинсона, «побудительная сила мотива», определяющая формально-динамические характеристики потребности [4]. Выделяют три стадии в динамике мотивации. Первая стадия мотивационного процесса: формирование мотива, вторая достижение объекта потребности и третья стадия - удовлетворение потребности. Для первой стадии мотивационного процесса характерно общее увеличение энергии потребности, которая складывается из приращений двух компонент - мотивационной и действенной. Понятие энергии потребности, таким образом, обобщает два класса более простых психических процессов в целостную систему.

Динамика состояния потребности на первой стадии мотивационного процесса с позиции предлагаемой модели выглядит следующим образом. Возникновение мотивации как «опредмеченной» потребности характеризуется, во-первых, возникновением внутренней напряженности и, во-вторых, ощущением эмоционального возбуждения, непосредственно связанного с возникновением субъективно значимого образа объекта потребности. Эта значимость объекта проявляется, говоря словами Д. Н. Узнадзе, как «чувство определенной его привлекательности, своего рода влияние, идущее от предмета восприятия» [2] Ощущение потребности в чем-либо может происходить как под действием субъективного образа, когда «аппетит приходит во время еды», так и под действием актуальной нужды, когда первичным становится объективный фактор нарушения внутреннего равновесия. Когда потребность удовлетворена, объект теряет свою эмоциональную привлекательность, становится нейтральным для субъекта. Изменяется субъективная оценка объекта, хотя отношение к нему как носителю социальной или предметной ценности может не измениться. Изменение мотивационной компоненты можно представить в виде изменений двух ее составляющих - напряженности и потребностной значимости объекта. В. К. Вилюнас определяет эти составляющие как переходную и завершающую фазы актуализации потребности [4]. Степень интенсивности всех видов оценок: чувственно-образных, вербальных, эстетических определяется значимостью, которая вносит в их структуру энергетическую составляющую эмоционально-аффективного характера. Значимость является векторной характеристикой оценки. Ее содержание определяется критерием оценки, выступающим в качестве субъективной причины увеличения значимости. Так, например, привлекательность, обусловленная возрастанием значимости какой-либо вещи, может быть вызвана и ее внешней красотой, и практичностью, и дешевой стоимостью, выступающими как разные критерии значимости. Критерием значимости могут быть и определенные эмоциональные состояния, представляющие самостоятельную ценность для индивида. В психологии мотивации понятие значимости может рассматриваться как одна из основных категорий, позволяющая раскрыть структурное строение мотивации, как основа качественного описания и количественной оценки степени актуализации потребности [3].

А. Н. Зерниченко, анализируя данную проблему отмечает: «Важно понимать, что энергия потребности зависит не только от двух ее компонентов, формирующихся на первом этапе мотивационного процесса, но и от третьего компонента, включающегося на втором и третьем его этапах, на этапах достижения объекта потребности и удовлетворения потребности. На этих этапах энергия потребности начинает определяться также эмоциональным компонентом, т. е. эмоциональной реакцией, возникающей на результат деятельности, направленной на удовлетворение потребности.

В термодинамике и теории информации как уровень связанной энергии, так и мера неопределенности называются энтропией. Таким образом, можно сказать, что эмоциональная реакция - это реакция на изменение энтропии при возникновении потребности. С другой стороны, увеличение как значимости, так и меры неопределенности является фактором, запускающим процесс компенсации накопления энтропии, т. е. процесс мотивации. Как отмечает философ Л. Николов, состояние потребности негативно не только как состояние нужды, но еще и потому, что содержит «энергию своего собственного отрицания», от которой субъект стремится освободиться, преодолевая тем самым само это потребностное состояние [3].

Можно сказать, что в процессе эволюции сформировались два взаимосвязанных механизма, противодействующих нарастанию энтропии в живых (открытых) системах, это мотивационный (аффективно-когнитивный) механизм удовлетворения потребности и механизм неспецифической реакции эмоционального стресса, срабатывающий при активации мотивационного механизма защиты в ответ на отсутствие условий удовлетворения актуальных потребностей. Различия между этими механизмами показаны многими исследователями в области психологии стресса. Так, например, Л. А. Китаев-Смык установил, что испытуемые, имеющие внутренний «локус контроля» («интерналы»), менее подвержены дистрессу, чем лица с внешним «локусом контроля» («экстерналы») [1].

Расширение сферы потребления и усложнение динамики устойчивой системы мотиваций создает в человеческом обществе предпосылки для формирования двух психологических (личностных) подструктур - значимости и направленности. Здесь следует пояснить, что подструктура направленности на удовлетворение потребностей является механизмом, обеспечивающим отношение индивида к предметам внешнего мира не как к целям, а лишь как к средствам удовлетворения потребностей. Обе эти личностные подструктуры есть результат действия биологической адаптивной эволюции, они представляют собой низший (доцелевой) уровень организации механизма мотивации. В них выражена направленность, но еще не на цель деятельности как таковую. И в этом смысле они обеспечивают, по характеристике В. И. Кремянского, функцию «безмодельного, бесцелевого опережающего отражения» [2].

Степень развития подструктур значимости и направленности представляет собой формально-динамическую (векторную) характеристику индивида. В этом смысле их следует отличать от социально обусловленных, содержательных (целенаправленных) характеристик деятельности человека, которые собственно и определяют индивидуальное своеобразие личности. По достижении объекта потребности наступает третья стадия мотивационного процесса - стадия удовлетворения потребности. На третьей стадии мотивационного процесса первый

показатель определяет органическую составляющую в гедонистическом переживании, обусловленную биологическими свойствами объекта, тогда как второй некоторую тождественность субъекта с определенной социальной общностью, благодаря социальным свойствам этого объекта.

Побуждение к удовлетворению потребностей на третьей стадии мотивационного процесса вызвано временно и стремлением уменьшить ее значимость, любым путем освободиться от этой значимости как ненужного энтропийного груза, и стремлением восполнить недостаток негэнтропии путем увеличения степени организации биологических, организменных, индивидуальных и личностных структур субъекта.

При удовлетворении «потребностей сохранения» переживание наслаждения гораздо менее выражено, чем при удовлетворении «потребностей -развития», так как последние, не являясь, как правило, жизнеобеспечивающими, могут достигать большей степени неудовлетворенности, чем потребности сохранения. Вместе с тем именно длительная неудовлетворенность потребностей является условием развития негэнтропийных процессов самоорганизации и, как следствие, нового класса положительных чувственных переживаний [3]. Действие подсистемы личностной обусловленности выражается в переориентации функционального назначения потребностей и личностного смысла их объектов на познание и самоопределение, проявляющихся в стремлении личности к самосовершенствованию и творческой активности. В этом отношении особый смысл приобретает тезис: «...для высшего наслаждения отречься от низших» [2]. Такое стремление, по А. Маслоу, определяется «метапотребностями» [4].

Данный подход к описанию стадий и структуры мотивационного процесса позволяет наметить психологический аспект социогенеза нравственности как высшего уровня мотивационной динамики. Согласно существующему пониманию, мораль есть «один из основных способов нормативной регуляции действий человека в обществе» [1]. Качества нравственных установок личности определяются степенью ее внутренней самоорганизации, а значит, они обусловлены негэнтропийными характеристиками динамических структур и мотивационных процессов личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. М., 2006. -158 с.
2. Асмолов А. Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 2004.- 104 с.
3. Базаров И. П. Термодинамика. М., 2006.- 447 с.
4. Бжалава И. Т. Установка и механизмы мозга. Тбилиси, 2001.- 195 с.
5. Виллюнас В. /С. Психологические механизмы биологической мотивации. М., 2006.- 206 с.

УДК 616.8-001-002

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А.В. Солоха

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО Кафедра клинической иммунологии
Научные руководители: д.м.н., проф. С.Л. Париков, асс. Е.А. Трофимова*

Как известно, воспаление - типовой патологический процесс, протекающий по определенным канонам. Это реакция, возникающая в ответ на повреждение органов и тканей. В том числе и воспаление в ЦНС (1, 3, 5, 6). По литературным данным о повреждениях центральной нервной системы, клетки, участвующие в иммунном ответе, через определенные промежутки времени оказываются в области повреждения в соответствии с известными закономерностями хода воспалительной реакции (7, 8). Эти же авторы делают вывод о давности процесса по клеточному составу воспалительного инфильтрата в области повреждения головного мозга (7, 8). Но, существует прямо противоположная точка зрения, указывающая, что при повреждении ЦНС воспалительный процесс протекает атипично. Этому свидетельствуют работы ученых В.А. Осьминкина, В.И. Витера, в которых описываются реакции на повреждение различной давности. Авторы сделали вывод, что наличие тяжелых травм или заболеваний ЦНС замедляет процессы заживления. На протяжении 10 суток в зонах повреждения у исследованных лиц не было гемолиза эритроцитов, гемосидерина и выраженной лейкоцитарной инфильтрации (2, 4). Подобные явления были замечены отечественными морфологами Гребеньковым А.Б., Луновой З.М. Последними были исследованы случаи с известной давностью повреждений. Так, были найдены макрофаги, фибробласты и эпителиальные тяжи (что соответствует 3-5 дням) в ссадине, которой 2 месяца. В 35-90-дневных кровоподтеках были видны макрофаги, фибробласты, гемосидерин, что соответствует 7-10 дням образования кровоподтека (2, 4). Это видение не совпадает с данными литературы, а в частности с авторами В.Г. Науменко и В.В. Греховым («Церебральные кровоизлияния при травме»), К.И. Хижняковой и др.

Поэтому, цель данной работы - изучение перифокальной реакции ЦНС на ее повреждения и состояние активности иммунокомпетентных органов.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Изучить характеристики перифокальной воспалительной реакции в случаях механического повреждения ЦНС
2. Выявить соотношение количества механических повреждений ЦНС к количеству повреждений иной этиологии.
3. Определить, какие отделы нервной системы преимущественно повреждаются при механических травмах.

Для выполнения поставленных задач были взяты заключения по трупам из судебно-медицинского отдела при городской больнице №6 г. Красноярск за период с 2003 года по 2009 год с повреждениями ЦНС. Произведена обработка данных: выбор из общего числа документов заключений с диагнозами механического повреждения ЦНС: «открытая черепно-мозговая травма», «закрытая черепно-мозговая травма», «краниовертебральная травма», «сочетанная травма» и «спинальная травма» и их подсчет. Сопоставление полученного числа с числом заключений о повреждении ЦНС иной этиологии. Из интересующих данных отдельно сделана выборка из заключений по трупам, возрастом от 21 года до 40 лет, с давностью повреждений от 0 дней до 2-х недель для получения результатов именно по острому и подострому периодам воспаления. При этом по возрастному критерию совокупность заключений была разбита на 4 группы: 1) 21-25 лет; 2) 26-30 лет; 3) 31-35 лет; 4) 35-40 лет. По параметру давности повреждений заключения также были разделены на 4 группы: 1) до 24 ч; 2) 24-48 ч; 3) 48-72 ч; 4) 72 ч - 2 нед. Из вышеописанной выборки судебно-медицинских заключений были вычленены и сопоставлены друг с другом данные заключений по параметрам:

1. Отдел ЦНС с первичным очагом повреждения,
2. Наличие перифокальной клеточной реакции в первичном очаге повреждения
3. Наличие организации очага повреждения как закономерного исхода воспалительного процесса.

Подсчитано число заключений по трупам с давностью механических повреждений ЦНС больше 2-х недель.

После проделанной работы получены результаты:

Всего 1616 заключений по результатам вскрытий трупов с повреждениями ЦНС. Соотношение заключений с диагнозами механических повреждений и повреждений иной этиологии 910 : 706. Из общего числа заключений по результатам судебно-медицинской экспертизы с диагнозами механических повреждений ЦНС, возрастом от 21 года до 40 лет включительно, давностью травм от 0 часов до 2-х недель количество мезэнцефальных травм составило 61. Из них: первой возрастной группы (21-25 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч - 6 наблюдений, из которых 6 без перифокальной лейкоцитарной инфильтрации; со временем повреждения от 48 ч до 72 ч - 1 наблюдение без признаков острого и подострого иммунного ответа; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель всего 8 случаев, из которых 5 с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации, 3 без нее; 2 с организацией, 6 без нее. Второй возрастной группы (26-30 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч - 2 наблюдения без признаков организации, из которых с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 1, без нее 1; со временем повреждения от 24 ч до 48 ч - 2 случая без признаков острого и подострого воспалительного ответа; со временем повреждения от 48 ч до 72 ч - 2 случая без признаков острого и подострого воспалительного ответа; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель - 7 случаев без признаков организации, из них с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 4, без нее 3. Третьей возрастной группы (31-35 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч - 2 случая без признаков перифокальной воспалительной реакции; со временем повреждения от 24 ч до 48 ч - 1 наблюдение без перифокального лейкоцитарного инфильтрата и без организации; со временем повреждения от 48 ч до 72 ч - 2 случая без перифокальной лейкоцитарной инфильтрации и без организации; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель - 14 случаев, из них с признаками острого и подострого воспаления 10, без них 4, а также 2 с организацией, а без нее 12. Четвертой возрастной группы (35-40 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч - 2 наблюдения без перифокальной лейкоцитарной инфильтрации и без организации; со временем повреждения от 48 ч до 72 ч - 2 случая без признаков острой и подострой воспалительной реакции; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель - 10 наблюдений без признаков организации, из них с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 6, без нее 4.

Случаев с диэнцефальными травмами не было.

Количество спинальных травм составило 4. Из них: первой возрастной группы (21-25 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч - 1 случай без признаков острого и подострого воспалительных ответов; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель также 1 наблюдение без признаков острого и подострого воспалительных ответов; четвертой возрастной группы (35-40 лет) со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель - 2 наблюдения без перифокальной лейкоцитарной инфильтрации и организации очага.

Количество смешанных травм составило 38. Из них: первой возрастной группы (21-25 лет) со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель – 6 случаев, без организации, из них с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 2, без нее 4; второй возрастной группы (26-30 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч – 6 наблюдений, из которых с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 1, без нее 5, и все без признаков организации; со временем повреждения от 24 ч до 48 ч – 6 наблюдений, все без признаков организации, из них с наличием лейкоцитарной инфильтрации - 1, без нее - 5; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель – 4 наблюдения, из которых с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 2, без нее 2, и все без признаков организации; третьей возрастной группы (31-35 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 ч – 2 случая, из которых с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 1, без нее 1, оба случая без признаков организации; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель – 6 наблюдений без организации, из них с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 1, без нее 5; четвертой возрастной группы (35-40 лет) со временем повреждения от 0 ч до 24 часов – 2 наблюдения без признаков острого и подострого воспалительных ответов; со временем повреждения от 48 ч до 72 ч – 1 случай без признаков острого и подострого воспалительных ответов; со временем повреждения от 72 ч до 2-х недель – 9 наблюдений, из которых с наличием перифокальной лейкоцитарной инфильтрации 5, без нее 4, при этом с организацией 1, без нее 8.

Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика перифокальной воспалительной реакции.

	Давность повреждения	Кол-во с инфильтратом	Кол-во без инфильтрата	Кол-во с организацией	Кол-во без организации
Мезэнцефаль-ная	0-24 ч	1	11	0	12
	24-48 ч	0	3	0	3
	48-72 ч	2	5	1	6
	72 - 2 нед	25	14	4	35
Спинальная	0-24 часа	0	1	0	1
	72 - 2 нед	0	3	0	3
Смешанная (диэнцефальная + мезэнцефальная, краниоверте-бральная)	0-24 часа	2	8	0	10
	24-48 ч	0	2	0	2
	48-72 ч	0	1	0	1
	72 - 2 нед	10	15	1	24

Из полученных результатов можно сделать вывод, что при травме центральной нервной системы происходит блокировка своевременного иммунного ответа в головном и спинном мозге. Скорее всего повреждаются структуры, отвечающие за хемотаксис лейкоцитов, или же структуры, блокирующие их выход из депо, что обуславливает низкое качество воспалительного ответа на повреждение ЦНС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь, С.С. Особенности развития лейкоцитарной реакции поврежденных органов в зависимости от характера и давности травмы. / С.С. Бондарь, Т.Я. Пазенко, А.И. Марчук // Диагностика давности процессов в объектах судебно-медицинской экспертизы: сб. науч. тр., - Кишинев, 1986, - С. 47-49.
2. Гребеньков, А.Б. Оценка давности некоторых повреждений в судебно-медицинской практике и допускаемые при этом ошибки. / А.Б. Гребеньков, З.М. Лунева и соавт. //Человек и его здоровье, сб. науч. работ, - Курск, 1999. - вып. 2.
3. Громов, Л.И., Пособие по судебно-медицинской гистологии / Л. И. Громов, Н. А. Митяева - М.: Медгиз, 1958. - 190 с.
4. Осьминкин, В.А. Особенности заживления кровоподтеков у лиц с тяжелыми травмами и предшествующими заболеваниями / В.А. Осьминкин, В.И. Витер // Съезд судебных медиков Латв. ССР, 1-й: тез. докл., - Рига, 1985, - С. 290-291.
5. Пермяков, А. В., Судебно-медицинская гистология / А.В. Пермяков, В.И. Витер, Н.И. Неволин - Ижевск-Екатеринбург: Экспертиза, 2003. - 214 с.
6. Попов, В. Л. Черепно-мозговая травма: Судебно-медицинские аспекты / В.Л. Попов. — Л.: Медицина, 1988. — 240 с.
7. Хижнякова, К.И. Динамика патоморфологии черепно-мозговой травмы / К.И. Хижнякова. - М.: Медицина, 1983. - 192 с.
8. Челноков, В.С. Определение давности внутримозговых гематом. / В.С. Челноков //Акт. вопросы суд. мед. и эксп. практики: тез докл., - Барнаул, 1985, вып. 2, с. 34-36.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ И ЕЁ СВЯЗЬ С АДАПТАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Я.И. Спасская, О.В. Волкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Выявлено что «высокий уровень заболеваемости и, как следствие, рост числа болеющих детей являются важной медико-социальной и экономической проблемой в системе охраны здоровья матери и ребенка. По результатам всероссийской деспансеризации только 10% детей имеют первую группу здоровья, а 90% детского населения относя к 2 – 5 группам здоровья (Гуревич П.С.).

Вторая группа здоровья – это группа детей, имеющих небольшие проблемы со здоровьем и сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, имеющим некоторые функциональные и морфо-функциональные нарушения, реконвалесценты (выздоровливающие), особенно перенёсшие тяжёлые и средней тяжести инфекционные заболевания; детей, часто и/или длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями; детей с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

Кроме того, ребенка можно отнести ко второй группе здоровья только в тех случаях, когда повышенная подверженность респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными или приобретенными патологическими состояниями (Грановская Р.М, Никольская И.М.).

Основной перечень заболеваний составляют повторяющиеся острые вирусные инфекции, часто осложняющиеся развитием простого и обструктивного бронхита, тонзиллита, синусита, ларинготрахеита, пневмонии, что является частой причиной для визитов к врачу и госпитализации в стационары (Дарвиш О. Б.).

Рост числа детей второй группы здоровья приводит к необходимости тщательного изучения их индивидуально-психологических особенностей.

В связи с этим было проведено исследование с целью изучения особенностей самооценки детей младшего школьного возраста второй группы здоровья.

В исследовании приняли участие дети младшего школьного возраста (8-9 лет), в количестве 54 человек, из них 23 мальчика и 31 девочка.

Важной особенностью, данного исследования является то что, показателем «здоровой самооценки» выступает - уровень социальной адаптации ребёнка.

На основании этих данных была выдвинута гипотеза исследования согласно которой, дети второй группы здоровья имеют специфические особенности самооценки, проявляющиеся в её сниженном уровне, что связано с особенностями адаптации.

Целью исследования является изучения особенностей самооценки детей младшего школьного возраста второй группы здоровья и разработка программы коррекции, которая будет направлена на оптимизацию уровня самооценки и повышение степени социальной адаптации ребёнка.

Для исследования самооценки детей младшего школьного возраста был подготовлен и проведен комплекс диагностических методик. Все диагностические методики отвечают логике и целям данного исследования, подобраны с учетом возраста исследуемых и позволяют в совокупности выявить текущий уровень самооценки и степень социальной адаптации.

В исследовании был использован комплекс методов:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- психодиагностические методы: «Определение уровня самооценки Дембо - Рубинштейн», «Изучение самооценки личности младшего школьника», «Тест: Что мне нравится в школе?», «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (детский вариант)», «Тест лесенка», «Анкета школьной мотивации».

Психокоррекционная программа направлена на оптимизацию уровня самооценки включает в себя следующие методы:

- арт-терапевтические методики;
- беседа;
- коррекционные упражнения

В результате проведённого исследования с группой испытуемых в количестве 54 человек по методикам «Определение уровня самооценки Дембо-Рубинштейн», «Изучение самооценки личности младшего школьника», «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (детский вариант)», «Тест лесенка», «Анкета школьной мотивации», «Тест Н.Г. Лускановой: что мне нравится в школе?» было выявлено, что 20 человек дезадаптированы и соответственно имеют «не здоровую» самооценку. У остальных 34 человек выявлена «здоровая» самооценка.

В дальнейшем исследовании приняли участие дети с «нездоровой» самооценкой, в количестве 20 человек, которые были поделены на две группы: соматически здоровые дети и дети второй группы здоровья. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт и информации, полученной в процессе бесед с педагогами и медицинскими работниками образовательного учреждения. В группе здоровых – 10 детей, в группе детей с ослабленным здоровьем – 10 человек.

В результате проведения диагностики по методикам «Изучение самооценки личности младшего школьника», тест «Лесенка», у двух групп испытуемых и сравнив их результаты, было установлено, что самооценка младших школьников второй группы здоровья имеет отличия в сравнении с таковой у здоровых сверстников. А именно: самооценка младших школьников второй группы здоровья является заниженной и взаимосвязана с особенностями адаптации. А самооценка соматически здоровых детей – завышенная.

На основании полученных данных была разработана программа коррекции, целью которой является оптимизация уровня самооценки детей младшего школьного возраста второй группы здоровья и повышение степени их социальной адаптации.

Коррекционная программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

Для достижения поставленных целей предлагается решить ряд задач:

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе;
2. Способствовать повышению самооценки, уверенности в себе;
3. Снизить уровень тревожности у детей
4. Повысить степень адаптированности детей
5. Формировать положительную Я – концепцию

В настоящее время программа коррекции активно апробируется в работе с младшими школьниками. Полученные нами результаты пилотажного исследования – в виде роста самооценки у младших школьников второй группы здоровья и повышении степени социальной адаптации, позволяют говорить об эффективности психокоррекционной программы. На основании этих данных планируется более масштабная исследовательская и психокоррекционная работа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боженков, Ю. Г. Часто и длительно болеющие дети / Ю. Г. Боженков. – 2009.
2. Волкова, О. В. Особенности развития личности часто болеющего ребенка [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010 – № 2.
3. Гуревич, П. С. Психология / П. С. Гуревич. – СПб. : издательство Юнити – Дана, - 2012.
4. Грановская, Р. М. Психологическая защита у детей / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. – СПб. : издательство Речь, - 2007. – С. 8.
5. Гуревич, П. С. Психология / П. С. Гуревич. – СПб. : издательство Юнити – Дана, - 2012.
6. Дарвиш О. Б. Возрастная психология / О. Б. Дарвиш. – издательство: Владос-Пресс, - 2003. – С.56.
7. Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев Д.Н. – СПб, - 1993.
8. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский – СПб. : Питер, - 2011.
9. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М. : издательство Эксмо, – 2005.
10. Потапова А. В. Детская психологическая служба. Курс лекций. Часть II / А. Б. Потапов, С. К. Нартова-Бочавер – М.: МОСУ, - 2001. – С.122.

УДК 101.3

ФИЛОСОФИЯ СТРАХА

М.А. Ставцева

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: старший преподаватель Д.А. Ноздрин

События последнего столетия свидетельствуют о том, что наука и общество столкнулись с фактом глобализации чувства страха во всем мире. Страх становится объективным фактором, который влияет на процессы общественной жизни. Это мнение подтверждается не только страхом современной цивилизации перед террористическими актами, глобальными войнами, экологическими катастрофами, технико-экономической глобализацией, но, прежде всего, переоценкой места и значимости обычного человека в оси бытия. Переосмысление отношений человека с самим собой, с другими людьми и обществом в ситуации разрушения общечеловеческих моральных норм, жизни с двойными, тройными жизненными стандартами и принципами, непривычной для человека ответственности за свободу своего выбора принимает шизофренический характер. И поэтому

такое положение вещей вводит человека в аффективное состояние, где аргументы разума не действуют. В этом случае ее жизнедеятельность опирается на навязанные индустриально-государственные стандарты, которые, в свою очередь, не учитывают свободу воли человека. Страх дезорганизует человека, не дает обществу возможности преодолеть духовный кризис и продуктивно развиваться на принципах общечеловеческих ценностей.[1]

Страх долгое время рассматривался исключительно как психологическое явление, однако философский аспект страха более обширен и имеет важное практическое значение. [1]

Мы в своей работе стремились преодолеть границы психологии и рассмотреть страх как явление философское: универсальное, взаимосвязанное с различными сторонами общечеловеческой культуры и отдельной личности. Страх сопутствует историческим эпохам и формам социального обустройства людей. Страх пронизывает все сферы жизнедеятельности людей, на проблему страха часто наталкиваются тогда, когда размышляют о чем-то другом: о рождении, смерти, судьбе, свободе, вере. Философскими аспектами страха являются роль и функции, которые он выполняет в процессе формирования личности, а также его тесная взаимосвязь с философскими категориями и понятиями, например, такими как «бытие», «хаос».[4]

Средневековая философская мысль, прежде всего в лице представителей патристики, связывала проблему страха с душеполезностью, трактуемой сугубо теологически. Отсюда у средневековых мыслителей появляются две основные формы страха. Первая – это страх, возникающий вследствие греха. Неверие, падение духом, малодушие, тщеславие, гордость – все это, по учению отцов Церкви, источники страха, лишаящего человека надежды. Но позитивной считалась вторая разновидность – душеспасительный «страх Божий», избавляющий человека от греховных помыслов и предвосхищающий встречу человека с Творцом (Августин Аврелий). [2]

Теологическую оценку включала и детальная классификация разнообразных проявлений страха. К их числу преп. Иоанн Дамаскин относил нерешительность, стыд, изумление, ужас, беспокойство. Но все они имеют значение для человека только с учетом их сотериологической функции. Так, стыд определялся преп. Иоанном Дамаскиным как небезнадежное в отношении спасения чувство. [1]

На средневековое понимание роли страха оказал влияние и унаследованный от античной философии рационализм. По учению св. Климента Александрийского, страх предшествует не только встрече с потусторонней реальностью, но и знанию, выступающему составной частью спасения. Поэтому философ писал: «После веры возникают страх, надежда и раскаяние; они же, соединяясь с воздержанием и твердостью в избранном пути, приводят нас к любви и ведению» [2]

Мировоззренческая трансформация эпохи Возрождения, сопровождавшаяся секуляризацией, сместила акценты исследования страха в сторону его утилитарного значения. В творчестве Н. Макиавелли мы встречаемся с анализом социально-политического значения страха как инструмента управления подданными государя. В рассуждениях о милосердии и жестокости, о том, что лучше – внушать любовь или страх, Н. Макиавелли отдавал предпочтение последнему. Он считал, что управление подданными с помощью страха – признак самостоятельности государя, умеющего в управлении рассчитывать только на свои силы. Ибо «любят государей по собственному усмотрению, а боятся по усмотрению государей, поэтому мудрому правителю лучше рассчитывать на то, что зависит от него, а не от кого-то другого». [3]

В философии Нового времени сложилось несколько подходов к изучению страха, с одной стороны, продолжающих развивать проблематику, поставленную античными мыслителями, а с другой, отражающих специфику философского развития этого периода. [2]

Философы этого периода исследовали проблему соотношения страха и знания. Мыслители рассматривали страх как фактор, порождающий предрассудки, ложные и фантастические представления о действительности. Например, Ф. Бэкон признавал, что чувство страха выполняет важную функцию сохранения жизни, помогает избегать и отражать предстоящие опасности. Однако наряду с обоснованными страхами существуют страхи «пустые и неосновательные». Они свойственны людям, «которые в огромной степени подвержены суеверию, особенно в трудные, тяжелые, смутные времена». [2]

В философской мысли данного периода уделялось внимание социальным аспектам страха. Согласно Т. Гоббсу, страх играет двоякую роль. С одной стороны, он стимулирует познавательную деятельность человека, благодаря которой человек обретает практическое знание, помогающее ему устроить свою жизнь. С другой стороны, «страх невидимых вещей», соединенный с неведением, есть основной источник иллюзорных представлений и религии. Незнание естественных причин тех или иных явлений порождает фантазии, благоговение перед невидимыми и созданными воображением силами, которые становятся богами благодаря воображению. [2]

Страх перед природными стихиями становится одной из основных проблем исследования этого эмоционального явления в «Критике эстетической способности суждения» И. Канта. Согласно немецкому мыслителю, страх перед силами природы позволяет человеку эстетически наслаждаться природой и обнаружить в себе способность противостоять ей. [4]

Свойственное природе человека ощущение возвышенности не исчезает и в обыденной жизни. В пользу этого, по мысли И. Канта, свидетельствует распространенное в обществе «уважение к воину». Ведь и война может восприниматься эстетически, тем более что лишённое опасностей мирное время порождает не добродетели, а пороки. [1]

В философии И. Канта страх является неотъемлемым компонентом бытия человека, а преодоление страха оказывается возможным благодаря чувству эстетического, благодаря способности человека возвышаться над предметом страха и чувствовать себя независимым от могущественных сил природы. Ведь возвышенность свойственна не природе, а человеку, она находится не в вещах, а в человеческой душе, способной осознать свое превосходство над природными стихиями. [1]

Трактовка страха с позиций диалектики абсолютного и относительного дается в философии Г.Ф.В. Гегеля. Самосознание, взятое вне абсолютного, лишено определенности, а потому означает несвободу. Такое самосознание Г.Ф.В. Гегель характеризовал как самосознание раба по отношению к господину. На этой почве, согласно Г.Ф.В. Гегелю, и возникает страх: «Страх перед господином есть основное определение этого отношения». Это – страх перед абсолютным. Перед этой силой всякая относительная, конечная сила исчезает. Однако Г.Ф.В. Гегель не видел в таком страхе ничего негативного. Напротив, в христианских традициях философ подчеркивал, что «страх перед Единым есть начало мудрости», постигшей, что особенное и конечное не обладает смыслом чего-то самостоятельного и завершенного. [2]

Этот «мудрый страх» позволяет человеку освободиться от своей конечности, а затем «превращается в абсолютную уверенность, бесконечную веру». Г.Ф.В. Гегель рассматривал страх как позитивное чувство, помогающее человеку обрести подлинную самость через сопричастность единому, абсолютному. [2]

В философии экзистенциализма, на основе предпринятого С. Кьеркегором разграничения боязни перед чем-то определенным и свойственного только человеку страха (тревоги) как «действительности свободы», «возможности для возможности» тревоге придается онтологическое значение, обусловленное конечностью человеческого бытия. С. Кьеркегор рассматривал страх как духовное явление, отражающее процесс обретения человеком христианской веры. Природа страха, согласно С. Кьеркегору, определяется единством высокого и низменного, временного и вечного в человеке. Это единство противоположностей характеризует изначально заданную, но не навязанную человеку свободу, делающую возможным выбор между добром и злом. Человек не есть «ни ангел, ни зверь», а потому порождаемый свободой страх «обнаруживает судьбу». Но судьба тотчас ускользает от человека. Таким образом, страх – это непрерывное стремление к постижению мерцающего смысла, бесконечная возможность судьбы, требующая своего осуществления. Поэтому фатализм судьбы, отражающий ее необходимость, преодолевается случайностью в свободе духа. [1]

С. Кьеркегор стремился показать, что любое достигнутое состояние является промежуточным в непрерывном процессе обретения духовности. Страх и отражает это становление. Поэтому особое значение для человека приобретает мгновение его жизни, открывающее смысл бытия в испытании свободой, побуждающей к поступкам, противоречащим разуму, но соответствующим вере. [3]

Индивидуальный путь к вере, по С. Кьеркегору, открывает величайшее одиночество человека, ибо личную «ужасную ответственность» никто не в силах распознать, за исключением подвергшегося испытанию. Восхождение к вере требует готовности к страху, поскольку человек не может опереться на других. Но живя среди других, каждый раз вынужден самостоятельно принимать решение о личном выборе. [3]

На сегодняшний день проблема страха в обыденном сознании не раскрыта из-за динамичного ускорения научно-технического прогресса, входящего в разногласие с эволюционированием человеческого сознания и возникновением новых, постоянно обновляющихся высокотехнологичных механизмов информационного общества. Одновременно с этим для оценки страха в обыденном сознании требуется анализ устного народного творчества, чтобы оценить базис, заложенный в сознании индивида относительно того, что есть страх вообще и каковы возможные последствия от его переживания. [1]

Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций человека. Мотивация страха - условно-рефлекторная так как в нем закодирована эмоционально переработанная информация о возможности опасности. Само же чувство страха появляется произвольно, помимо воли, сопровождаясь выраженным чувством волнения, беспокойства или ужаса.

Несмотря на свою отрицательную окраску, страх выполняет разнообразные функции в психической жизни человека. Как реакция на угрозу, страх позволяет избежать встречи с ней, играя таким образом защитную, адаптивную роль в системе психической само регуляции. [4]

Это своеобразное средство в познании окружающей действительности. В некотором роде страх - способ ограничения «Я» от чужеродного, неприемлемого влияния извне, страх может мобилизовать «Я» перед лицом внешней опасности, способствуя интеграции внутренних психических ресурсов. [4]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бессонов, Б.Н. История философии: учебник для студентов вузов нефилософских специальностей, Юрайт, М. - 2011.
2. Исаев, А.А. Философское мышление и историко-философские концепции: поиски единства в экзистенциально ориентированной философии 20в., М - 2005. – С. 18-23.
3. Баринев, Д.Н. Эволюция представлений о страхе и тревоге в истории философии
4. Спиркин, А. Г., Философия. Учебник. – М.: Гардарики, - 1998.

ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННАЯ МРТ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

И.А. Степанов, А.А. Калинин, С.Л. Антипина

Иркутский государственный медицинский университет

Курс нейрохирургии

Научный руководитель: д.м.н., проф. В.А. Бывальцев

Актуальность. Дегенеративные процессы межпозвонкового диска (МПД) в настоящее время являются актуальной проблемой современной медицины. Наиболее частым клиническим проявлением дегенеративных процессов МПД является боль в спине, которая зачастую сопряжена с ранней утратой трудоспособности [1,2]. Стоит отметить, что болевой синдром в спине испытывают более 85% людей старше 35 лет [3]. Единственным достоверным методом, определяющим степень дегенерации является морфологическое исследование. Основным недостатком гистологического метода исследования является возможность только ретроспективной оценки изменений у данного пациента после оперативного вмешательства. Среди современных методов неинвазивной диагностики ранних этапов дегенерации МПД ведущее место занимает диффузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография (ДВ МРТ) позволяющая точно определить степень диффузии и активность движения молекул воды внутри клеток и во внеклеточном пространстве, тем самым визуализировать стадию дегенеративного процесса МПД [5].

Цель исследования. Определить корреляционную зависимость между значением коэффициента диффузии при ДВ МРТ и морфологической картиной МПД.

Материалы и методы. Исследование выполнено в учреждениях НУЗ «Дорожной клинической больнице на ст. Иркутск-Пассажирский» и ГБУЗ «Иркутском областном бюро судебно-медицинской экспертизы». Макро- и микроскопическое изучение МПД человека проведено на трупном материале без искусственных изменений в количестве 12 извлеченных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС). Время, прошедшее от смерти до момента забора трупного материала не превышало 12 часов. Возраст умерших варьировал от 34 до 52 лет, рост – от 163 до 182 см. Выполнялась резекция ПДС L3-L4, L5-S1 при помощи хирургической листовой пилы с сохранением целостности замыкательных пластинок и смежных поверхностей МПД (рис. 1). Материал получен с соблюдением законодательства РФ [4]. Среди причин смерти преобладали: инфаркт миокарда, хроническая алкогольная интоксикация, инсульт, пневмония, инфекционный эндокардит, гломерулонефрит. Полученные позвоночно-двигательные сегменты помещали в пластмассовый резервуар с агар-агаром. При этом ПДС располагали в вертикальном положении таким образом, чтобы он касался дна сосуда и был полностью погружен в агар (для симуляции нормального расположения ПДС в теле человека). Полученные модели исследовались в ДВ режиме для определения значения коэффициента диффузии (рис. 2). После проведения МРТ исследования в ДВ режиме, ПДС извлекали из агар-агара и фиксировали в 10% растворе формалина. После фиксации материала препарировали МПД с максимальным сохранением целостности замыкательных пластинок.

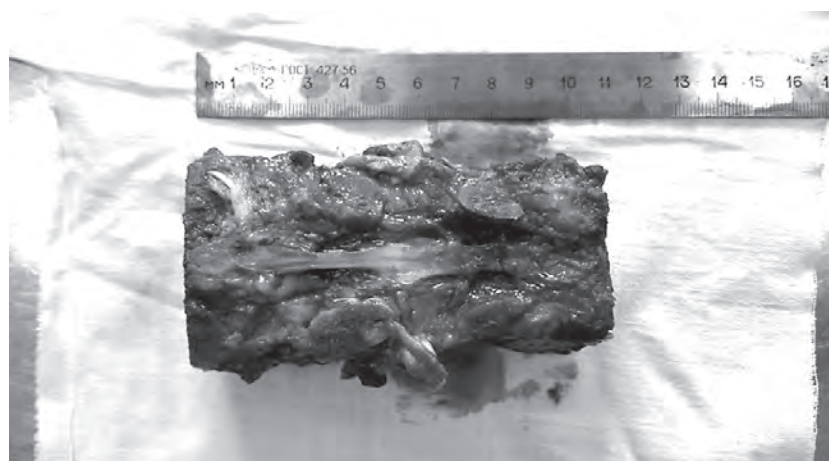


Рисунок 1. Выделенные ПДС (L3-L4, L4-L5)

Препарированные МПД подвергали гистологическому исследованию при окрашивании гематоксилин-эозином и диметилметилен синим (рис. 3). При оценке степени дегенеративных изменений мы использовали оригинальную классификацию J. Rutges [6]. Данная классификация включает в себя 6 шкальных категорий от А до F, каждая из которых оценивается от 0 до 2 баллов. Суммируя полученные баллы получаем оценки от 0 до 12 баллов. При этом оценка в 0 баллов указывает на отсутствие каких-либо дегенеративных изменений в МПД, а наиболее выраженные процессы дегенерации МПД (истончение и разрывы фиброзного кольца, отсутствие различимой границы между тканью пульпозного ядра и фиброзного кольца, наличие многочисленных клеточных кластеров в пульпозном ядре и т.д.). Статистическая оценка корреляции проводилась при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена и коэффициента Пирсона, с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение.

При анализе полученных результатов исследования установлена отрицательная корреляционная зависимость между значением коэффициента диффузии и морфологическими признаками дегенерации МПД на всех уровнях (коэффициент ранговой корреляции Спирмена варьировал от -0,785 до -0,955, $p < 0,05$). Также была выявлена значимая отрицательная корреляционная связь между значением коэффициента диффузии при ДВ МРТ и балльной шкалой оценки степени дегенеративных изменений МПД (диапазон коэффициента корреляции Пирсона составил от -0,756 до -0,987, $p < 0,05$), наиболее четко данная зависимость прослеживается при оценке степени дегенерации МПД по J. Rutges в 7-12 баллов.

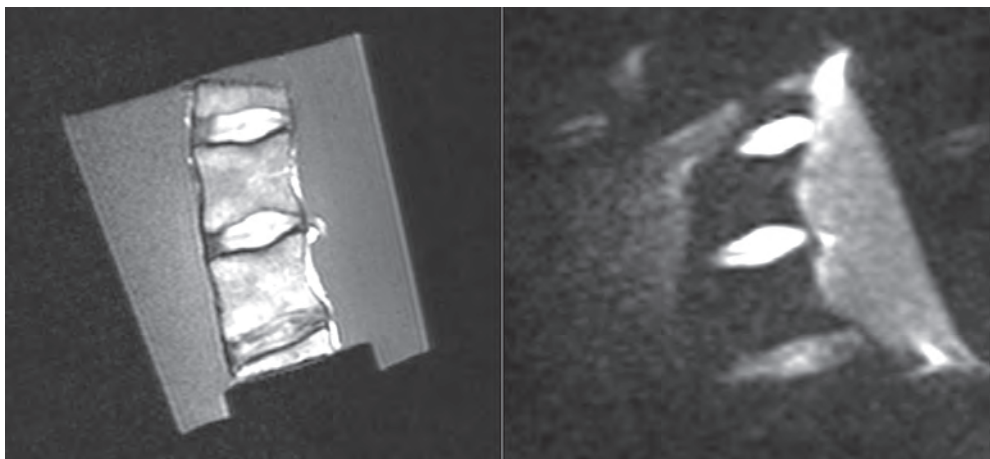


Рисунок 2. ДВ МР-граммы извлеченных ПДС трупа

Наиболее часто дегенеративным процессам подвержены МПД L3-L4, L5-S1 за счет особенностей биомеханики и действия веса человеческого тела на данный отдел позвоночника [7]. С другой стороны, с возрастом происходят выраженные изменения внеклеточного матрикса МПД [8]. Снижение уровня синтеза агрегана в пульпозном ядре приводит к его дегидратации и последующему нарушению механической функции [9]. Дегидратированное пульпозное ядро не в состоянии равномерно распределять механическое давление на все структуры МПД. По данной причине фиброзное кольцо испытывает повышенную нагрузку, что не может не отразиться на его структуре в виде локальных повреждений [10]. Повреждения фиброзного кольца приводят к формированию протрузий и грыж МПД, что является причиной острого корешкового болевого синдрома. Кроме того, при повреждении фиброзного кольца значительно уменьшается высота МПД, что также влечет за собой изменение биомеханических параметров позвоночника и развитие боли в спине [11]. ДВ МРТ – это высокочувствительный метод к диффузионной способности молекул воды в данной ткани, который определяется математически в виде коэффициента диффузии.

Все исследования, проведенные с использованием режима ДВ МРТ с целью оценки степени диффузии МПД касаются живых пациентов, а морфологическое заключение здорового МПД возможно только на трупном материале. Наше исследование позволяет осветить многие вопросы, касающиеся не только зависимости значения коэффициента диффузии и степени дегенерации МПД по данным морфологического исследования, но и позволяет изучить метаболизм здорового МПД, этапы и механизмы его дегенерации, а также разработать не- или малоинвазивные методы диагностики и коррекции дегенеративных изменений МПД.

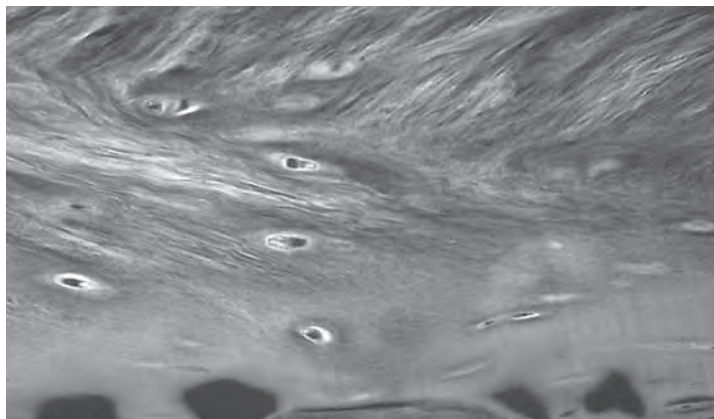


Рисунок 3. Срез межпозвонкового диска, световая микроскопия (окраска гематоксилин-эозин)

Выводы. При увеличении степени дегенерации МПД и снижается значение коэффициента диффузии, что подтверждается данными балльной оценки степени дегенерации МПД по классификации J. Rutges. Важно отметить, что наиболее четко данная зависимость прослеживается при оценке степени дегенерации в 7-12 баллов. Таким образом, ДВ МРТ с определением значения коэффициента диффузии может быть использована, как метод неинвазивной диагностики ранних этапов дегенеративных изменений структур МПД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Благодатский М.Д., Балашов Б.Б. О морфологических изменениях в тканях позвоночного канала. /Благодатский М.Д., Балашов Б.Б.// Журнал невропатологии и психиатрии. –1987. № 4. – С. 512-516.
2. Благодатский М.Д., Солодун Ю.В. Об аутоиммунном компоненте воспалительных реакций при корешковых синдромах. / Благодатский М.Д., Солодун Ю.В.// Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – №88. – С. 46-51.
3. Бывальцев В.А., Панасенков С.Ю. Наноструктурный анализ поясничных межпозвонковых дисков на разных стадиях дегенеративного процесса. /Бывальцев В.А., Панасенков С.Ю.// Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2013. – №3. – С. 36-41.
4. Харченко Т.В. Морально-этические аспекты исследований развития человека /Харченко Т.В., Мурзакматов М.А.// Человек. – 2004. – № 2.
5. Cousins J.P., Haughton V.M. Magnetic resonance imaging of the spine. /Cousins J.P., Haughton V.M.//. J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 2009. – №17. – С. 22–30.
6. H.J. Rutges. A validated new histological classification for intervertebral disc degeneration. /H.J. Rutges// Osteoarthritis and Cartilage. – 2013. Vol. 22. – P. 2039–2047.
7. Nerurkar N.L., Mauck R.L., Elliott D.M. ISSLS prize winner: integrating theoretical and experimental methods for functional tissue engineering of the annulus fibrosus. /Nerurkar N.L., Mauck R.L., Elliott D.M.// Spine. – 2008. Vol. 33. – P. 2691–2701.
8. Adams M.A., McNally D.S., Dolan P. 'Stress' distributions inside intervertebral discs. The effects of age and degeneration. /Adams M.A., McNally D.S., Dolan P.// J. Bone Joint Surg. Br. – 2006. – Vol. 78. – P. 965–972.
9. Acaroglu E.R., Iatridis J.C., Setton L.A. Degeneration and aging affect the tensile behavior of human lumbar anulus fibrosus. /Acaroglu E.R., Iatridis J.C., Setton L.A.//. Spine. – 1995. – Vol. 20. – P. 2690–2701.
10. O'Connell G.D., Vresilovic E.J., Elliott D.M. Comparison of animals used in disc research to human lumbar disc geometry. /O'Connell G.D., Vresilovic E.J., Elliott D.M.//. Spine. – 2007. – Vol. 32. P. 328–333.
11. Vernon-Roberts B. In The Biology of the Intervertebral Disc. /Vernon-Roberts B.//. Disc pathology and disease states. – 2011. – Vol. 34. – P. 73–111.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПЕРВОКУРСНИКОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Т.В. Сторожева, Ю.В. Живаева, Н.К. Гайлис

Красноярский государственный Медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

«Трудный характер» – распространенное выражение. Обычно под ним подразумеваются яркие и устойчивые проявления, связанные с акцентуациями личности и создающие сложности в коммуникации. Акцентуации могут проявляться уже в детстве, достигая своего пика в подростковом возрасте. Затем постепенно сглаживаются, но при неблагоприятных обстоятельствах закрепляются и становятся отличительной характеристикой взрослого человека. В этом случае мы встречаемся с личностью трудной, проблемной.

Особенность акцентуаций состоит в том, что они могут являться не только одной из причин формирования «трудного характера», но и источником разнообразных качеств, способствующих успеху в тех или иных сферах общения и деятельности. Акцентуации придают личности своеобразие, делают ее яркой, нестандартной. Благодаря специфическому сочетанию таких особенностей мы можем не только узнать человека и его возможности, но определить для себя пути эффективного взаимодействия с ним.

Термин «акцентуация» впервые был введен в 1964 году немецким психиатром и психологом, профессором неврологии неврологической клиники Берлинского университета Карлом Леонгардом (1904–1988). К. Леонгард разработал известную классификацию акцентуированных личностей. Кроме того, широкое распространение имеет классификация акцентуаций характера известного отечественного психиатра, основоположника подростковой психиатрии, профессора Александра Евгеньевича Личко (1926–1994). Несмотря на некоторые различия, и в том, и другом подходе сохраняется общее понимание смысла акцентуаций.

В наиболее лаконичном виде акцентуацию можно определить как дисгармоничное развитие характера, сильную выраженность его отдельных черт, что затрудняет адаптацию личности в некоторых специфичных ситуациях. При этом важно подчеркнуть, что адаптационные затруднения личности в некоторых специфичных ситуациях могут сочетаться с хорошими способностями к социальной адаптации в других ситуациях.

Как уже упоминалось, в концепции К. Леонгарда тип личности выделяется на основании преобладающей по своей выраженности акцентуированной черты. При этом особенности поведения людей разных типов соответствуют наиболее ярким проявлениям соответствующих черт.

Застревающий тип отличается длительностью переживаний какого-либо чувства, настойчивостью, упрямством, трудностями при переключении с одной проблемы на другую. При этом застревающий тип обладает высоким самонастроением, повышенной чувствительностью к несправедливости, недоверчивостью.

Демонстративный тип отличается эгоцентричностью, жадностью признания, оригинальностью, стремлением произвести эффект. Для него характерна тенденция к вытеснению неприятных событий, богатая фантазия, ложь, притворство, авантюризм, проявление артистических способностей.

Педантичный тип отличается преувеличенной аккуратностью, плохой переключаемостью с одной проблемы на другую, он всегда жестко следует плану, при его нарушении испытывает раздражение.

Возбудимый тип отличается агрессивностью, упрямством, раздражительностью, властностью, требовательностью, неуживчивостью, неумеренностью. Для данного типа характерна повышенная конфликтность, грубость.

Гипертимный тип отличается активностью, энергичностью, оптимизмом, беззаботностью, многосторонними способностями. При этом для таких людей характерна тенденция «разбрасываться», не доводить начатое дело до конца, склонность к риску и новизне. Гипертимы плохо переносят дисциплину, критику в свой адрес, бурно переживают неудачи. Их тяготит одиночество, они стремятся к лидерству.

Дистимный тип отличается серьезностью, частой подавленностью настроения, предчувствием неприятностей. Люди этого типа часто проявляют медлительность, слабость волевого усилия, для них характерна заниженная самооценка.

Циклотимный тип отличается чередованием приподнятого и депрессивного настроения. В период подъема люди этого типа ведут себя как гипертимы, в период спада – как дистимы.

Экзальтированный тип отличается склонностью приходить в состояние восторженного возбуждения по незначительному поводу и впадать в отчаяние в результате разочарований. Для людей этого типа характерны страстность, полярность чувств (любовь и ненависть, восторг и отчаяние), самая сильная любовь возникает в тех случаях, когда любящий не встречает взаимности.

Эмотивный тип отличается тонкостью эмоциональных реакций, проницательностью, гуманностью, отзывчивостью. Как правило, представители этого типа не претендуют на лидерство.

Тревожный тип отличается ощущением беспокойства, внутренней напряженности, склонен ожидать неприятности. Для людей данного типа характерны постоянные сомнения в правильности своих поступков и мыслей, а также обостренное чувство собственной неполноценности (чаще всего необъективное, не соответствующее истинным качествам личности).

Экстравертированный тип отличается высокой контактностью, широким кругом друзей и знакомых. Такие люди словоохотливы до болтливости, открыты для любой информации. Они легко поддаются влиянию, в общении предпочитают уступать роль лидера другим. Для экстравертов также характерна необдуманность поступков, легкомыслие, страсть к развлечениям, склонность к распространению сплетен и слухов.

Интровертированный тип. Люди этого типа характеризуются низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, склонностью к философствованию. Любят одиночество, редко вступают в конфликты и то, только при попытке других бесцеремонно вмешаться в их личную жизнь. Их отличает сдержанность, наличие твердых убеждений, принципиальность, а также упрямство, ригидность мышления, упорное отстаивание своих идей.

А. Е. Личко разделял позицию К. Леонгарда в той ее части, где речь ведется об акцентуациях как о крайних вариантах нормы, однако считал, что правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. По мнению Личко, «именно типы характера, а не личности в целом, с ее особенностями, наклонностями и другими структурными компонентами, описаны в монографии Леонгарда, именно особенности характера отличают эти личности от других». А.Е. Личко обратил внимание на то, что чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы норм отклонения в поведении человека, граничащие с патологией, чаще всего наблюдаются в подростковом и юношеском возрасте. Для лиц этого возраста была разработана классификация, близкая по своему содержанию к классификации К. Леонгарда.

Перечень акцентуаций по А.Е. Личко несколько отличается от перечня, предложенного К. Леонгардом. В частности, у Личко отсутствует описание дистимного и застревающего типа, поскольку в подростковом возрасте они практически не встречаются. В то же время, в подростковом возрасте достаточно широко распространены неустойчивый, конформный и астено-невротический типы, которые вошли в классификацию А.Е. Личко, и отсутствуют в классификации К. Леонгарда.

С целью изучения проявлений акцентуаций характера у первокурсников факультета клинической психологии нами было организовано и проведено экспериментальное исследование. Для диагностики были использованы следующие методы: беседа, наблюдение и методика: опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека. В исследовании принимали участие 18 первокурсников факультета клинической психологии КрасГМУ. По результатам диагностики проведенной по опроснику нами были выявлены типы акцентуаций характера.

В ходе исследования выявились следующие типы акцентуаций характера: 3 человека – застревающий тип: для них характерно длительность переживания какого-либо чувства, настойчивость, упрямство, трудности при переключении с одной проблемы на другую. При этом застревающий тип обладает высоким самомнением, повышенной чувствительностью к несправедливости, недоверчивостью. 2 человека – демонстративный тип: для них характерно эгоцентричность, жажда признания, оригинальность, стремление произвести эффект. Для него характерна тенденция к вытеснению неприятных событий, богатая фантазия, лживость, притворство, авантюризм, проявление артистических способностей; 2 человека – педантичный тип: для них характерно преувеличенная аккуратность, плохая переключаемость с одной проблемы на другую, он всегда жестко следует плану, при его нарушении испытывает раздражение. 3 человека - гипертимный тип: для них характерно активность, энергичность, оптимизм, беззаботность, многосторонние способности. При этом для таких людей характерна тенденция «разбрасываться», не доводить начатое дело до конца, склонность к риску и новизне. Гипертимы плохо переносят дисциплину, критику в свой адрес, бурно переживают неудачи. Их тяготит одиночество, они стремятся к лидерству. 2 человека - дистимный тип: для них характерно серьезность, частая подавленность настроения, предчувствие неприятностей. Люди этого типа часто проявляют медлительность, слабость волевого усилия, для них характерна заниженная самооценка. 1 человек - экзальтированный тип: для них характерно склонность приходить в состояние восторженного возбуждения по незначительному поводу и впадать в отчаяние в результате разочарований. Для людей этого типа характерны страстность, полярность чувств (любовь и ненависть, восторг и отчаяние), самая сильная любовь возникает в тех случаях, когда любящий не встречает взаимности. 3 человека – эмотивный тип: для них характерно тонкость эмоциональных реакций, пронизательность, гуманность, отзывчивость. Как правило, представители этого типа не претендуют на лидерство. 3 человека – экстравертированный тип: для них характерно высокая контактность, широким кругом друзей и знакомых. Такие люди словоохотливы до болтливости, открыты для любой информации. Они легко поддаются влиянию, в общении предпочитают уступать роль лидера другим. Для экстравертов также характерна необдуманность поступков, легкомыслие, страсть к развлечениям, склонность к распространению сплетен и слухов.

Важно отметить, что такие типы как: возбудимый характеризующийся агрессивностью, упрямством, раздражительностью, властностью, требовательностью, неуживчивостью, неудержимостью. Для данного типа характерна повышенная конфликтность, грубость, циклотимны чередованием приподнятого и депрессивного настроения. В период подъема люди этого типа ведут себя как гипертимы, в период спада – как дистимы, тревожный характеризующийся ощущением беспокойства, внутренней напряженности, склонностью ожидания неприятностей. Для людей данного типа характерны постоянные сомнения в правильности своих поступков и мыслей, а также обостренное чувство собственной неполноценности (чаще всего необъективное, не соответствующее истинным качествам личности), и интровертированный характеризующийся низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, склонностью к философствованию. Любят одиночество, редко вступают в конфликты и то, только при попытке других бесцеремонно вмешаться в их личную жизнь. Их отличает сдержанность, наличие твердых убеждений, принципиальность, а также упрямство, ригидность мышления, упорное отстаивание своих идей. В нашей выборке не выявлены и это положительно характеризует состав группы студентов психологов.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при

акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной. По мнению ряда исследователей, примерно у 40% людей акцентуации как бы ослабевают, прячутся к 30-35 годам. Но когда компромисс между характером и личностью вроде бы найден, акцентуация может вернуться. Как правило в стрессовой ситуации личность вновь стоит перед подростковой дилеммой: «Я и мой характер, кто кого?». С целью профилактики проявления в более старшем возрасте, акцентуаций характера необходимо комплексное психолого-педагогическое сопровождение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, – Текст/А.Е. Личко.-М. – 1983.
2. Леонгард, К. Акцентуированные личности. – Киев: изд-во Логос, - 2000. – С. 439.
3. Выбойщик, И.В. Акцентуации характера: учебное пособие / И.В. Выбойщик,, Л.П. Паршукова //2-е изд., испр. и доп. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, - 2007. – С. 84.

УДК 618.173:615.03

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН 45+

К.В. Судраб, С.Ш. Афендиева, С.З. Амирова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Ю. Киселева

Климактерический период — физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе. В климактерическом периоде выделяют пременопаузу, менопаузу и постменопаузу. Пременопауза начинается обычно в возрасте 45—47 лет и продолжается 2—10 лет до прекращения менструаций. Средний возраст, в котором отмечается последняя менструация (менопауза) — 50 лет.

На сегодняшний день около 30% всей женской популяции составляют женщины постменопаузального возраста. При этом в последние полтора столетия отмечается увеличение продолжительности женщин. Учитывая этот факт, увеличивается и число лет жизни в состоянии эстрогенного дефицита. Дефицит эстрогенов, как часть инволюционных процессов в организме женщины, с одной стороны можно расценивать как закономерный физиологический процесс, с другой — он играет патогенетическую роль для многих расстройств, в т.ч. и климактерических. Нейровегетативные, обменно-эндокринные, психоэмоциональные проявления климактерического синдрома (КС), урогенитальные расстройства, остеопороз, изменения кожи возникают в определенной хронологической последовательности и значительно снижают качество жизни женщин в постменопаузе.

В связи с этим в современном обществе растет интерес к проблемам жизни женщин старшей возрастной группы.

Существует несколько методов лечения климактерических расстройств, «золотым стандартом» на сегодняшний день является менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Однако, несмотря на всю эффективность этого метода, существует ряд противопоказаний, таких как: подтвержденный или предполагаемый диагноз рака молочной железы; тяжелые заболевания печени, заболевания почек, острый артериальный тромбоз или тромбоэмболия, в т.ч. приводящие к инфаркту миокарда, инсульту. Нередко женщины сами отказываются от приема МГТ. В таких случаях актуальны альтернативные методы лечения КС. К ним относятся: препараты, нормализующие биологические ритмы, витамины, ингибиторы обратного захвата серотонина, и наконец, фитоэстрогены.

Наиболее изученными на сегодняшний день фитоэстрогенами являются изофлавоны. К основным изофлавонам относятся генистеин (4',5,7-тригидрокси-изофлавоны), дайдзеин (4',7-дигидрокси-изофлавоны), и глицитеин (7,4'-дигидрокси-6-метокси-изофлавоны). Наиболее подробно остановимся на свойствах генистеина.

Генистеин является наиболее активным из изофлавонов. Благодаря своему структурному и функциональному сходству с 17-бета-эстрадиолом, связываясь с рецепторами эстрогенов они оказывают влияние подобное эстрогенам. Главным их отличием от эндогенных эстрогенов является отсутствие способности вызывать пролиферацию гормонзависимых тканей. А преимущественное взаимодействие с рецепторами типа b позволяет фитоэстрогенам оказывать благоприятный эффект на сосуды и нервную систему, тем самым фитоэстрогены нормализуют синтез и обмен катехоламинов мозга, нормализуют центр терморегляции.

В ходе исследования использовался препарат на основе генистеина – «Менорил». Этот препарат обладает следующими свойствами: снижает частоту «приливов», нормализует АД, снижает утомляемость, повышает сексуальную активность, уменьшает головные боли, улучшает настроение.

Целью исследования стала оценка изменения качества жизни женщин с КС на фоне приема препарата, содержащего генистеин («Менорил»).

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: оценить степень тяжести КС у исследуемых женщин; оценить качество жизни женщин с КС; провести коррекцию КС препаратом, содержащим генистеин в дозе 30мг в 1 капсуле; оценить эффективность и переносимость препарата «Менорил» через 30 дней регулярного приема.

Проводилось открытое, проспективное, сравнительное, когортное исследование. Критериями включения в группу стали женщины в возрасте от 45 до 60 лет с симптомами КС, которые отказывались от проведения МГТ или имелись противопоказания.

Группе женщин предлагались следующие исследования: анкетирование, сбор анамнеза, система объективного обследования, определение ИМТ. Оценивались показатели модифицированного менопаузального индекса (ММИ) и унифицированного опросника SF – 36.

В ходе исследования была отобрана группа из 30 женщин, которые подходили под вышеперечисленные критерии, с легкими и умеренными проявлениями КС – далее как основная группа. Степень тяжести выставлялась на основе подсчета (ММИ).

Для сравнения была отобрана контрольная группа (КГ), в нее входило 30 женщин субъективно не ощущающие проявления КС.

Менопаузальный индекс Купермана в модификации Уваровой включает в себя 3 группы симптомов: нейровегетативные симптомы – в него входят приливы жара, головные боли, вестибулопатии, сухость кожи, потливость, нарушения сна; эндокринно-метаболический симптомы: ожирение, тиреоидная дисфункция, сахарный диабет, мышечно-суставные боли, атрофия гениталий; психоэмоциональные симптомы: утомляемость, снижение памяти, возбудимость, изменение аппетита, навязчивые идеи, снижение либидо.

Кроме определения ММИ, использовался опросник для определения уровня качества жизни –SF-36. Унифицированный опросник SF -36 – это неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, отражает благополучие и степень удовлетворенности. Состоит из 36 вопросов, которые сгруппированы в 8 шкал, из которых формируются психологический (ПК) и физический компоненты (ФК). В параметры ФК входят: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. В параметры (ПК) входят: психическое здоровье, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность. Показатели каждой групп варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье.

Женщины из основной группы (ОГ) на протяжении месяца принимали препарат, содержащий 30мг генистеина «Менорил» с режимом приема – по 1 капсуле 2 раза в день. После месяца приема препарата, повторно был посчитан ММИ, определен уровень качества жизни женщин по опроснику SF -36, выявлена удовлетворенность проведенной терапии.

Для оценки качества жизни был использован вопросник SF-36. Из данных, представленных в диаграмме, по параметрам ФК и ПК здоровья, в среднем наблюдалось улучшение показателей качества жизни после проведенной терапии и ОГ стала опережать показатели КГ (рис. 1)

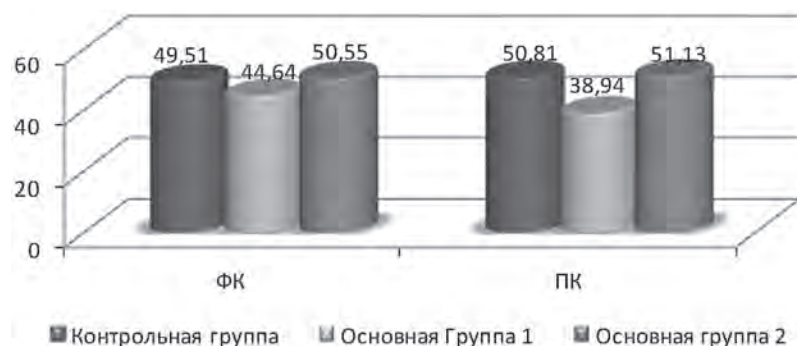


Рисунок 1. Шкала сравнительной оценки качества жизни по опроснику SF – 36 (%)

Проводилась оценка динамики ММИ по 3 группам симптомов: нейровегетативные (НВС), эндокринно-метаболические (ЭМС), психоэмоциональные (ПЭС). НВС – в контрольной группе среднее значение этих расстройств равно 6, в основной группе №1 – 22,9, в основной группе №2 – 13,7, из этого следует, что после лечения показатель снизился на 40%, полученные значения укладываются в параметры слабой степени тяжести КС по ММИ.

ЭМС – в контрольной группе среднее значение этих расстройств равно 3,1, в основной группе №1 – 6, в основной группе №2 – 4,46, после проведенной терапии средний показатель группы по ЭМС снизился на 26%. ПЭС – в контрольной группе средний показатель равен 1,8, в основной группе №1 – 8, а в основной группе №2 – 4,96, после проведенной терапии средний показатель группы по ПЭС снизился на 38%, полученные значения снова укладываются в критерии слабой степени тяжести КС (рис. 2). Также была исследована динамика

общего показателя ММИ, в контрольной группе он составляет 10,9, в Основной группе №1 – 38, что соответствует умеренному течению КС, в основной группе №2 этот показатель равен 22,83, что соответствует легкой степени течения КС, после проведенной терапии общий показатель ММИ снизился на 40%.

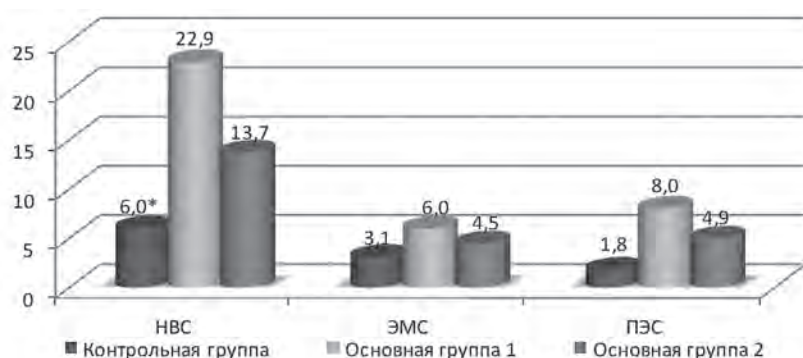


Рисунок 2. Шкала динамики ММИ

После приема курса препарата на основе генистеина среди пациенток определялся уровень удовлетворенности проведенной терапией. Для 13,3% женщин терапия прошла без перемен, 46,6% - умеренно удовлетворены, 40% - высоко удовлетворены проведенной терапией – 40%.

Важно отметить, что не было случаев ухудшения эмоционального состояния или развития депрессивных состояний, а также расстройств сна.

Исходя из вышеперечисленных данных можно сделать следующие выводы:

- согласно опроснику SF 36, у женщин с КС качество жизни снижено как по ФК, так и по ПК в сравнении с контролем на 9,8% и 23,3% соответственно;
- у женщин с КС улучшилось качество жизни после приема препарата на основе генистеина «Менорил» на 13,2% по ФК, на 31,3% по ПК и превысило показатели контрольной группы;
- на фоне приема препарата на основе генистеина «Менорил» снизилась выраженность НВС на 40%; ЭМС на 26%; ПЭС - 38% (по ММИ) и приближается к показателям группы контроля.
- общий показатель ММИ снизился на 40% по сравнению индексом до проведенной терапии
- побочных эффектов при приеме препарата отмечено не было
- удовлетворенность лечением у женщин: очень высокая - 40%, умеренная 46,6%

Препараты на основе генистеина можно рассматривать как альтернативу МГТ при противопоказаниях к ней или при отказе женщины от гормонотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бериханова, Р.Р. Негормональная коррекция климактерических расстройств у пациенток с метаболическим синдромом / Р.Р. Бериханова, И.А. Миненко // Вестник новых медицинских технологий. - 2015; 9(2): 25
2. Кузнецова, И.В. Применение фитоэстрогенов у женщин в период менопаузального перехода и постменопаузе / И.В. Кузнецова, Ю.Б. Успенская // Эффективная фармакотерапия. - 2013; 52: 44-51.
3. Лаврова Л.В. Терапия климактерического синдрома с помощью синтезированного генистеина в активной форме / Л.В. Лаврова, В.А. Коновалов, Л.Н. Левочкина // Акушерство и гинекология. - 2015; 2: 87-93.

УДК 159.923–053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА С СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ПОДРОСТКОВ

А.Ю. Тарадаева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научные руководители: к.пс.н., доцент Е.И. Стоянова, к.пс.н., доцент Ю.В. Живаева

Подростковый возраст – это период, когда бурно протекающие физиологические и психологические изменения, смена социальной среды и социальных требований к подрастающей личности часто провоцируют различные отклонения в поведении, эмоциональные и нервно-психические нарушения. В этот период особое значение имеют организация и оказание превентивной и консультативной социальной и медико-психологической помощи подросткам в целях профилактики и коррекции возможной социальной и психологической дезадаптации. Понимание индивидуальных черт и особенностей характера подростков позволяет в значительной мере предвидеть их поведение и тем самым корректировать ожидаемые действия и поступки.

В качестве одного из факторов, определяющих индивидуально-типологические особенности рассматриваются акцентуации характера - «чрезмерное усиление отдельных его черт, накладывающее свой отпечаток на всё поведение субъекта и приводящее к повышенной уязвимости в отношении определенных психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим» (Леонгард К., 1989, Личко А.Е., 1983).

Одной из особенностей подросткового возраста является завершение формирования характера с заострением некоторых его черт и последующим сглаживанием. Именно в подростковом возрасте чаще всего проявляются акцентуации характера, представляющие собой крайние варианты нормального характера [1].

Проблема изучения личностных особенностей неоднократно становилась объектом изучения в психологии и психиатрии (И.Н. Горелов, Н.И. Жинкин, И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия, К.Ф. Седов, Н.А. Фомина, Р.М. Фрумкина и др.).

Своевременное распознавание типа, или акцентуации, характера подростков является чрезвычайно важным как для профилактики, так и для педагогической и социально-психологической коррекции тех или иных нарушений поведения, эмоциональных срывов или нервно-психических нарушений. Внимательное и длительное наблюдение за поведенческими проявлениями подростка, его увлечениями, типом реагирования на сложные жизненные обстоятельства может дать опытному педагогу, юристу, социальному работнику много информации о психологических особенностях подростка [2].

Особенность акцентуаций состоит в том, что они могут являться не только одной из причин формирования «трудного характера», но и источником разнообразных качеств, способствующих успеху в тех или иных сферах общения и деятельности. Акцентуации придают личности своеобразие, делают ее яркой, нестандартной. Благодаря специфическому сочетанию таких особенностей мы можем не только узнать человека и его возможности, но определить для себя пути эффективного взаимодействия с ним [3].

Таким образом, целью данной работы является исследование взаимосвязи акцентуаций характера с социальной дезадаптацией подростков. Экспериментальная база: МБОУ СОШ №10 города Красноярка. В исследовании принимали участие 40 подростков в возрасте 13-14 лет.

Для реализации поставленных задач был использована методика диагностики акцентуаций характера А.Е. Личко, шкала социальной дезадаптации Ю.В. Попова – Н.Я. Иванова.

Практическая значимость нашей работы заключается в том, что полученные результаты исследования и разработанные рекомендации могут быть использованы в профессиональной деятельности клинического психолога образовательного учреждения в работе с детьми, в педагогической деятельности классного руководителя, а также в воспитательной деятельности родителей.

По результатам диагностики проведенной методики А.Е. Личко нами были выявлены типы акцентуаций характера. Для сопоставления, полученные данные по каждой шкале были составлены диаграммы отраженные на (рис. 1, 2.)

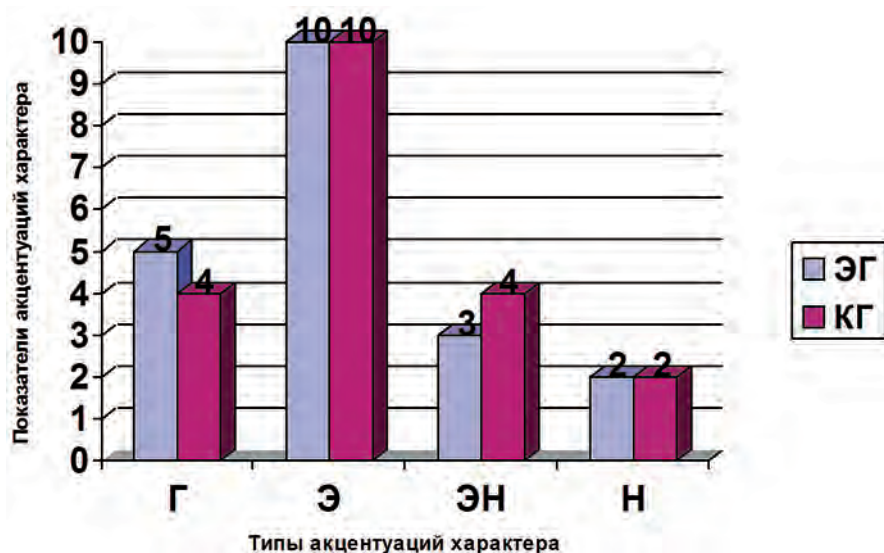


Рисунок 1. Типы акцентуаций характера учащихся экспериментальной и контрольной групп

По данному рисунку видно, что у контрольной группы выявились следующие типы акцентуаций характера: 4 – гипертимных типа; 10 – эпилептоидных типа; 2 – неустойчивых типа; 4 – эпилептоидно-неустойчивых типов.

По рисунку 1 видно, что у экспериментальной группы испытуемых проявились следующие типы акцентуаций характера: 5 – гипертимных типов; 10 – эпилептоидных типа; 2 – неустойчивых типа; 3 – эпилептоидно-неустойчивых типов.

По шкале Ю.В. Попова – Н.Я. Иванова было определено, что диагностируемые подростки входят в группу риска социальной дезадаптации.

Полученные результаты по диагностике склонности отклоняющемуся поведению представлены на рис. 2.

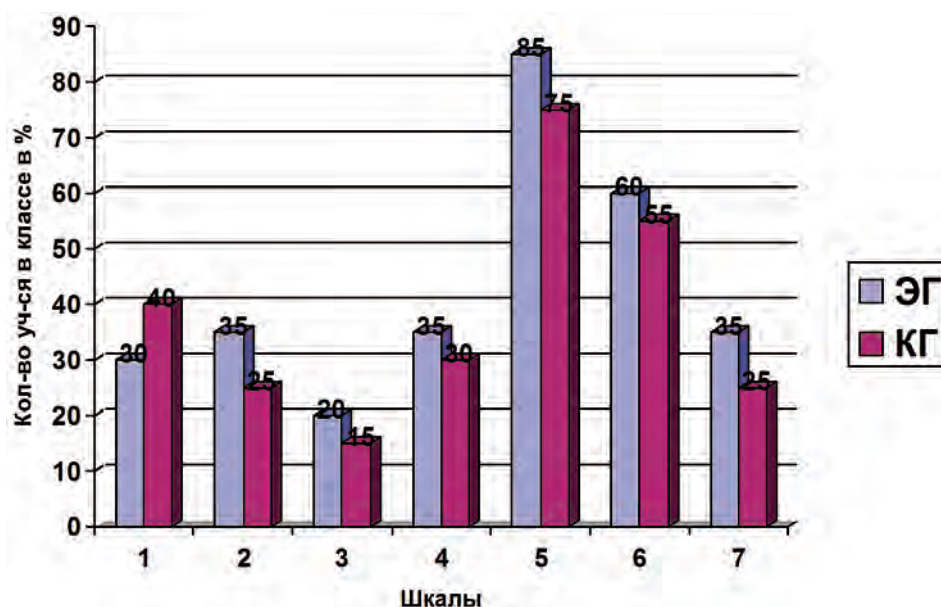


Рисунок 2. Результаты диагностики склонности отклоняющегося поведения экспериментальной и контрольной групп

1. Шкала установки на социально – желательные ответы; 2–шкала склонности к преодолению норм и правил;
3– шкала склонности к аддитивному поведению; 4–шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению;
5 –шкала склонности к агрессии и насилию; 6–шкала волевого контроля эмоциональных реакций;
7– шкала склонности к деликвентному поведению;

По рис. 2 видно, что (40%) испытуемых показали высокие показатели по 1 шкале. Это свидетельствует о том, что подростки не соответствуют социальным установкам. По 2 шкале склонности к нарушению норм и правил у (25%) учащихся могут идти в разрез социальным нормам и правилам. В 3 шкале склонности к аддитивному поведению (15%) испытуемых предрасположены к употреблению наркотических веществ. (30%) испытуемых по 4 шкале склонны к риску и причинения себе вреда. В 5 шкале (75%) испытуемых склонны к агрессии и насилию во взаимодействии с другими людьми. По 6 шкале волевого контроля эмоциональных реакций (55%) подростков не способны контролировать свои эмоциональные реакции. (25%) учащихся по 7 шкале склонны совершить противоправное (деликвентное) поведение. По 8 шкале лица женского пола показали низкие показатели, что свидетельствует о принятии женской социальной роли.

В ходе проведенного эмпирического исследования по выявлению акцентуаций характера и межличностных отношений у подростков подтвердилась гипотеза о том, что акцентуации характера определённым образом влияют на проявление социальной дезадаптации подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батаршев, А. В. Акцентуации характера: учебник. / А. В. Батаршев. - М., - 2012.- С. 86.
2. Захаров, А. И. Диагностика черт акцентуаций личности: Практическое Руководство. / А. И. Захаров- М., Психотерапия, - 2006.- С.156.
3. Леонгард, К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. – Киев,- 1981.- С. 114.
4. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, Л., - 1983. - С. 97
5. Паршукова, Л. П. Акцентуации характера: учебник. / Л. П. Паршукова СПб.: изд-во ЮУрГУ, 2014.- С. 16.

ROLE OF MORPHOLOGICAL AND GENETIC FEATURES OF THE STRUCTURE OF ESTROGEN RECEPTORS ALPHA IN DEVELOPMENT OF RESISTANCE TO ENDOCRINE THERAPY WITH TAMOXIFEN IN PATIENTS WITH LUMINAL TYPE OF BREAST CANCER

В.О. Тараканова

Сибирский государственный медицинский университет

Томский НИИ онкологии

Кафедра патологической анатомии. Кафедра онкологии. Отделение общей онкологии

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. С.В.Вторушин, канд. мед. наук, асс. С.В. Паталяк

Breast cancer (BC) is a heterogeneous group of tumors. Tumors that express receptors for sex hormones belong to the luminal type. The basic approach to the treatment of luminal breast cancer is hormone therapy, the basic drug for which is tamoxifen. Despite the favorable prognosis of luminal BC trends, and that it has a target for medicinal effects, some patients noted an ineffectiveness of the treatment. Several authors indicate that 10-20% of patients undergoing hormone therapy have continue progression of the disease within the first 12 months of treatment and in subsequent years this figure rises to 20-40%.

Currently, much attention is paid to finding mechanisms of ineffectiveness of hormone therapy. One of the probable mechanisms is the structural features of estrogen receptor alpha (ER α) and the characteristics of its distribution in the tumor tissue. It has been shown that the level of expression of estrogen receptors in the cell is not the same in a tumor. The heterogeneity of the manifestations of this trait was noted. It is believed that those tumor cells which have low receptor expression grow under the influence of external additional proliferative stimulants (growth factors), and these tumors are less sensitive to the ongoing hormonotherapy. Accordingly, the high heterogeneity of estrogen receptors' expression in the tumor tissue may be associated with endocrine insensitivity to tamoxifen.

As another reason of endocrine resistance, the features of the ultrastructure of the estrogen receptor are discussed. According to modern concepts, the estrogen receptors alpha (ER α) consists of 5 domains, the most studied of which are activation centers (activating functions - AF) AF-1 and AF-2. Tamoxifen blocks the AF-2 domain.

One possible reason for the inefficiency are changes in structure of estrogen receptors in tumors, making the effect of tamoxifen impossible. Single nucleotide polymorphisms (or SNPs) in the coding region of ER α gene lead to a change in the functional characteristics of the protein, because polymorphic become the most important sites of ER α - functional transcription activation domains AF-1 and AF-2. Recent studies indicate that polymorphisms in the first exon of the gene ER α rs2077647 (C / T), which is localized in the A / B domain, that structurally corresponds to a ligand-independent functional area of transcriptional activation AF-1, and polymorphism rs2228480 (G / A) (594Thr) in exon 8, which is located in the E / F region, which corresponds to the ligand-dependent transcriptional region AF-2, are significant.

The purpose of the study is to assess the impact of features of the expression of ER α and their molecular structure on the emergence of resistance to hormone therapy with tamoxifen in patients with luminal breast cancer.

Tasks:

- 1) Determine the degree and intensity of estrogen receptors expression, and their distribution in the tumor.
- 2) Determine the frequency of polymorphisms in exon 8 Era gene.
- 3) Study the relationship of the distribution of receptors and the frequency of polymorphisms in exon 8 of the gene Era in connection with the long-term results of treatment.

Materials and methods. The study included 67 patients with a luminal type of breast cancer with T1-2N0-1M0 stage with an age of 54.35 ± 0.87 years. Patients received a combination treatment of surgery in a volume of radical mastectomy or radical resection. According to testimony, patients underwent postoperative radiotherapy and/or adjuvant chemotherapy (by FAC scheme). A compulsory component of the adjuvant treatment was tamoxifen for 5 years in the standard dosage (20 mg / day). Time monitoring of patients ranged from 24 to 102 months. Long-term results of treatment were evaluated as the fact of progress in the form of appearance of distant metastases. Depending on this, two groups were formed: with no signs of disease progression (38) and with signs of disease progression (29). The groups were comparable in terms of basic clinical and morphological parameters and volume of treatment. Samples of tumor tissue were investigated. The expression of estrogen receptors alpha was studied by immunohistochemistry. Expression level (the percentage of positive cells) and its intensity (the expression index in points) were determined. Along with the standard definition of sex hormone receptor expression, the character of receptors distribution in the tumor tissue was studied. The presence of polymorphisms in exon 8 ER α gene was evaluated using PCR in real time.

Results. It was found that among patients without evidence of disease progression, degree and intensity of Era expression was slightly higher. In the study of receptors' expression depending on the character of their distribution, it was found that in case of homogeneous distribution the level of expression was $208 \pm 12,68$, whereas it was significantly lower is case of heterogeneous distribution - $99,74 \pm 9,4$. The differences were statistically significant ($p = 0.0004$).

It was noted that in the group of patients who were diagnosed with progressive disease, a heterogeneous distribution was observed in 86.2% of patients, while in case of favorable outcomes this index was 60.5%. The differences were statistically significant ($p = 0,042$; $\chi^2 = 4,15$). These results suggest that a morphological parameter, such as distribution of the $E\alpha$ in the tumor tissue of breast cancer in a certain way, is associated with the effectiveness of hormone therapy with tamoxifen. In 48 patients' tumor tissue samples the presence of a polymorphism rs2228480 (G / A) in exon 8 $E\alpha$ gene was assessed. It was identified in 20.8% of cases. Interestingly, among patients that had tumors with homogeneous receptors' distribution, there were no cases with $E\alpha$ gene polymorphism, while in case of heterogeneous distribution the mutation of exon 8 was observed in 28% of cases ($p = 0,004$; $\chi^2 = 8,45$). At the same time, there was a tendency to increase of the frequency of this mutation in the group of patients with disease progression ($p = 0,051$; $\chi^2 = 4,03$).

Conclusion. Thus, these results suggest that indicators such as alpha estrogen receptor distribution and the presence of mutations in 8 exon $E\alpha$ gene in tumor tissue can be viewed along with the standard settings (the degree and intensity of receptor expression) as an additional predictive criteria for risk of resistance to antiestrogen therapy using tamoxifen in patients with luminal type of breast cancer. Their determination in biopsy or surgical tumor material may allow doctors to individualize treatment.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пат. 2300111 РФ. Способ прогнозирования течения заболевания раком молочной железы / Вторушин С.В., Перельмутер В.М., Крицкая Н.Г. и др.; опубл. 27.05.07.
2. Anghel A. Estrogen receptor alpha polymorphisms: correlation with clinicopathological parameters in breast cancer / A. Anghel, M. Raica, D. Narita, et al. // Neoplasma. - 2010. 57. S4.
3. Burstein H.J. American society of clinical oncology clinical practice guideline: update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer / H.J. Burstein, A.A. Prestrud, J. Seidenfeld, et al. // Journal of Clinical Oncology. - 2010. 28. (23). S3784-S3796.
4. Glaros S.. Activation function-1 domain of estrogen receptor regulates the agonistic and antagonistic actions of tamoxifen / S. Glaros, N. Atanaskova, C. Zhao, et al. // Molecular Endocrinology. --2006. 20. (5). S996-S1008.
5. Mascres B. Differential contributions of AF-1 and AF-2 activities to the developmental functions of RXRa / B. Mascres, M. Mark, W. Krezel, et al. // Development. - 2001. 128. S2049-S2062.
6. Massarweh S. Tamoxifen resistance in breast tumors is driven by growth factor receptor signaling with repression of classic estrogen receptor genomic function / S. Massarweh, C.K. Osborne, C.J. Creighton, et al. // Cancer Research. - 2008. 68. (3). S826-S833.
7. Perou C.M. Molecular portraits of human breast tumours / C.M. Perou, T. Sorlie, M.B. Eisen, et al. // Nature. - 2000. 406. (6797). S747-S752.
8. Ring A. Mechanisms of tamoxifen resistance / A. Ring, M. Dowsett // Endocrine-Related Cancer. - 2004. 11- S643-S658.

УДК 616.89-008.45-06:616.831-005

РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Е.В. Терехова, Н.В. Попенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкий

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. пр. Н.В. Попенко

Инсульт – острое нарушение коронарного кровообращения. Инсульт определяется как клинический синдром, характеризующийся часто возникающими жалобами или симптомами утраты функций мозга (очаговых и иногда общемозговых), длящимися дольше 24 часов или приводящими к смерти без иной явной причины, кроме сосудистой патологии. Причинами инсульта являются инфаркт головного мозга (ишемический инсульт), первичное внутримозговое кровоизлияние (геморрагический инсульт), внутрижелудочковое кровоизлияние. В статье будут рассматриваться пациенты с ишемическим инсультом [2].

Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определённого заболевания. Все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию, как у конкретных людей, так и в популяции в целом. Факторы риска: возраст, артериальная гипертензия, заболевания сердца, транзиторные ишемические атаки являются существенным предиктором развития, как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда; сахарный диабет, курение, асимптомный стеноз сонных артерий [6].

Важная часть в выздоровлении пациента это реабилитация или восстановительное лечение – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или как можно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных

нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Восстановительное лечение необходимо, когда у больного значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д. [2].

Задачи нейропсихологической реабилитации и коррекции предъявляют особые требования к нейропсихологическому обследованию. Для этого необходима диагностическая оценка структуры дефекта с целью выявления сохранных и утраченных звеньев определенной психической функции, выработки тактики и отбора адекватных методов восстановительного и корригирующего обучения, определения прогноза. Как правило, психологическая реабилитация и коррекция сочетаются с направленным фармакологическим воздействием [4].

Мышление является высшим познавательным психическим процессом. Суть данного процесса заключается в порождении нового знания на основе творческого отражения и преобразования человеком действительности. Мышление включено во взаимоотношения со всеми психическими процессами, но особые отношения устанавливаются между мышлением и речью. Речь — форма существования мысли [7].

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи личностно мотивированным.

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у больных. Нам представляется возможным выделить следующие три вида патологии мышления: 1) нарушение операционной стороны мышления, 2) нарушение динамики мышления, 3) нарушение личностного компонента мышления. Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам:

а) снижение уровня обобщения (в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами),

б) искажение процесса обобщения (больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается) [5].

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения. Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

У ряда больных (например, больных сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводят к колебаниям памяти, зависящим не от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных. Подобные колебания, выступавшие как непоследовательность суждений, наблюдаются и в мыслительной деятельности больных. Лабильность мышления — характерная особенность этого нарушения, заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Инертность мышления — в основе которого лежит инертность связей прошлого опыта. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой [5].

В своих исследованиях патопсихологи пользуются набором специальных экспериментальных методик, каждая из которых отличается направленностью на определенные звенья в протекании психических процессов. В патопсихологических методиках воссоздаются конкретные ситуации. Разрешение их требует от испытуемого конкретного вида деятельности, изучение которого и является целью проводимого исследования. В психологическом эксперименте моделируется некая проблемная ситуация, требующая своего раскрытия, так как отдельные входящие в эту ситуацию элементы находятся в неадекватных соотношениях [8].

Результаты проводимых с помощью патопсихологических методик исследований позволяют оценить характер патологических изменений в протекании психических процессов, их содержание, структуру, степень выраженности обнаруженных изменений [3].

Для проведения исследования мы использовали блок патопсихологических методик, направленных на всестороннее изучение мышления пациентов. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста, образования пациентов и позволяют в совокупности выявить нарушения мышления.

1. Классификация предметов – исследование процессов обобщения и абстрагирования, также дает возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий больных на свои достижения и неудачи.
2. Простые аналогии – понимание логических связей и отношений между понятиями, а так же умение устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного, ряда разнообразных задач [8].
3. Толкование пословиц – понимание переносного смысла, умение вычлнить главную мысль во фразе конкретного содержания, а так же дифференцированность, целенаправленность суждений больных.
4. Объяснение сюжетных картин – исследование сообразительности больных, их умение выделять существенное из деталей, а также исследование эмоционального отклика.
5. Установление последовательности событий – выявление сообразительности больных, умение понимать связь событий и строить последовательные умозаключения [8].
6. Исключение предметов – позволяет установить уровень обобщения, выявить особенности процессов анализа, сравнения и синтеза, приводящих к формированию категории, включающей только три из четырех предъявленных предметов [1].

После проведения обследования и интерпретации методик было выявлено, что у каждого пациента, перенесшего ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии, независимо от стороны поражения наблюдается такое нарушение мышления, как снижение уровня обобщения. Стоит отметить, что если пациент в одной методике справлялся с заданиями и правильно обобщал предметы, то в другой допускал ошибки по типу снижения уровня обобщения.

В методике «Толкование пословиц» половина пациентов с ишемическим инсультом при поражении левой средней мозговой артерии допустили ошибки по типу снижения уровня обобщения. Вместо того чтобы объяснить пословицы, они просто их переформулировали. Так же, эти пациенты допустили ошибки в «Исключение предметов» по типу снижения уровня обобщения, всего четыре (33%) пациента справились с методикой, не допустив ошибок. С методикой «Классификация» справилась большая часть пациентов с поражением левой средней мозговой артерией. Но четыре пациента (33%) не смогли справиться со сложными обобщениями.

Пациенты с ишемическим инсультом при поражении правой средней мозговой артерии с методикой «Толкование пословиц» лучше справились с заданием. Всего 20% (два пациента) объяснили пословицы, переформулировав их, что так же говорит о снижении уровня обобщения до конкретного уровня. А с методикой «Исключение предметов», наоборот справились хуже. Все пациенты при поражении правой средней мозговой артерии совершили ошибки. Они были совершены по типу снижения уровня обобщения. Снижение уровня обобщения выражается в том, что оно происходит по конкретным или ситуативным признакам, тогда как полноценное обобщение предполагает объединение предметов по существенным признакам. С методикой «Классификация» половина пациентов справилась верно, остальные не справились с третьим этапом, что говорит о нарушении в сложных обобщениях.

При проведении методики «Простые аналогии» было выявлено, что все пациенты совершили ошибки при выполнении заданий. Ошибки по типу соскальзывания суждения на путь случайных, облегченных, неправильных ассоциаций, встречаются при утомляемости и/или интеллектуальной недостаточности. По два пациента в каждой группе отказались выполнять задания в силу его сложности.

Стоит отметить, что с методиками «Последовательность событий» и «Объяснение сюжетных картин» справились все пациенты, что говорит о сообразительности больных, понимание текстов и их морали, умеют понимать связь событий и строить последовательные умозаключения.

Таким образом, можно сказать, что нарушения мышления у пациентов перенесших ишемический инсульт в средней мозговой артерии, не зависит от стороны поражения. Было выявлено, что нарушение мышления по типу снижения уровня обобщения присутствует у всех испытуемых.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белопольская, Н.Л. Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: Руководство по использованию. Изд. 3-е, стереотип. — М.; - 2009.
2. Белянская, Е. Н., Краснова, М. А. Реабилитация после инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.e-reading.club
3. Блейхер, В.М. Расстройства мышления. Издательство: К.: Здоровье, 1983.
4. Глозман, Ж. М. Неропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: Смысл, - 2012.
5. Зейгарник, Б. В. Патопсихология Издание 2-е, переработанное и дополненное М.: Издательство Московского университета, - 1986.
6. Коллинз, Р. Д. Диагностика нервных болезней. Иллюстрированное руководство / Р. Д. Коллинз – Москва: Медицина, - 1986. – 240 с.
7. Маклаков, А. Г. Общая психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, - 2007.
8. Рубенштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, - 2010.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРУЕМОМУ ЛЕЧЕНИЮ АТИПИЧНОГО ВАРИАНТА ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНОГО ЛЕЙКОЗА

А.С. Терновая

*Кемеровская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Г. Шелихов*

Волосатоклеточный лейкоз (ВКЛ) – редкое хроническое ЛПЗ, поражающее костный мозг и селезенку. Его субстратом являются лимфоидные клетки В-клеточного происхождения с характерной морфологией: крупные размеры, округлое ядро и тонкие выросты цитоплазмы, от которых и произошло название заболевания. ВКЛ составляет примерно 2% от всех лейкозов взрослых и 8% – от других хронических ЛПЗ. Так же существует и атипичное проявление ВКЛ но в Российской науке этот вид заболеваний изучен мало, наиболее подробно данная тема представлена в зарубежной литературе, где есть многочисленные тематические доклады атипичных проявлений ВКЛ и сосуществования их с другими В-лимфоидных злокачественных новообразований. Анализ данных позволяет говорить, что атипичный ВКЛ это редкое заболевание составляет примерно 0,4% от хронических лимфоидных злокачественных новообразований и 10% всех случаев ВКЛ. В этом случае, очень важно правильно поставить диагноз, так как атипичный ВКЛ неправильно диагностируется, а вместо него ставится диагноз апластическая анемия. Про анализируя особенности клинического течения можно своевременно диагностировать и провести адекватную терапию ВКЛ.

Мною была обследована 1 больная в возрасте 75-ти лет, которой впервые после клинических обследований был выставлен диагноз волосатоклеточного лейкоза в августе 2015 года.

При поступлении в муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского» 08.08.2015 г. больная предъявляла жалобы на анемический синдром и когнитивные нарушения (слабость, неспособность делать свои обычные домашние дела, головокружение, шаткость походки, бледность кожных покровов и нарушение контакта с окружающими). При объективном обследовании выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых, тахикардия до 130 ударов в минуту, частота дыхания до 25 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст, одышка. При параклиническом обследовании тяжелая степень анемии (гемоглобин 48 г/л), эритроцитопения ($1,42 \cdot 10^{12}/л$), тромбоцитопения ($82 \cdot 10^9/л$), лейкоцитоз ($10,0 \cdot 10^9/л$) преимущественно за счет лимфоцитов (лимфоциты 89%, сегментоядерные нейтрофилы 10%, палочкоядерные 1%), спленомегалия (128*36мм). Миелограмма: костный мозг малоклеточный (подсчет на 100 клеток), мегокариоциты – единичные, в препарате не функционируют. Лимфоциты 54% из них 32% - «волосатые» клетки.

После трехкратного переливания эритроцитарной массы и вливания глюкозо-калиевой смеси с витамином С было отмечено незначительное улучшение общего состояния, а так же параклинических данных: гемоглобин 87 г/л, лейкоциты $8,3 \cdot 10^9/л$ из них лимфоциты 91%, сегментоядерные нейтрофилы 9%, эритроциты $2,72 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты $123 \cdot 10^9/л$. Амбулаторно больная получала парентерально реоферон ЕС по 3 млн МЕ через день. Вновь вышеперечисленные жалобы появились 12.09 2015 г., при обследовании тяжелая степень анемии (гемоглобин 69 г/л), эритроцитопения ($2,43 \cdot 10^{12}/л$), тромбоцитопения ($60 \cdot 10^9/л$), лейкоцитоз ($9,7 \cdot 10^9/л$) за счет лимфоцитоз (лимфоцитов 95%, сегментоядерных нейтрофилов 5%), что говорит о неадекватном лечении данной патологии.

Анализ тщательно собранных жалоб больной, нехарактерный возраст и пол (женщина 75 лет), данных параклиники (лейкоцитоз), позволяют задуматься о наличии атипичного проявления волосатоклеточного лейкоза, т.к. традиционно этот вид лейкоза чаще всего встречается среди мужчин средней возрастной группы. Соотношение мужчин и женщин составляет 2 - 4:1, медиана возраста 50лет, однако известны случаи заболевания и в молодом (моложе 30-40 лет) возрасте. Для ВКЛ характерны лейкопения с нейтропенией и моноцитопенией, а также анемия и тромбоцитопения. В 95% случаев в крови пациентов обнаруживают характерные «волосатые» лимфоциты, но количество их может различаться. Типично увеличение селезенки — от незначительного до гигантского, однако встречаются варианты ВКЛ без спленомегалии. Очаговое поражение селезенки нехарактерно для ВКЛ. Увеличения периферических ЛУ при ВКЛ нет, но примерно у 15% пациентов выявляется увеличение висцеральных ЛУ в виде незначительного увеличения абдоминальных и реже – внутригрудных ЛУ. Клинические симптомы цитопении (одно-, двух- или трехростковой) зависят от степени ее выраженности, но в целом анемия подолгу бывает компенсированной, тромбоцитопения часто бессимптомная или с умеренно выраженным геморрагическим синдромом, обычно кожным. Основным жизнеугрожающим проявлением ВКЛ являются тяжелые инфекционные осложнения, склонные к септическому течению и абсцедированию. Нейролейкемия нехарактерна для ВКЛ, менингеальные симптомы требуют исключения бактериального, вирусного или туберкулезного менингита. Специфическое поражение нелимфатических органов встречается также крайне редко, клиническая картина при этом зависит от локализации поражения (кожа, кости, легкие, почки, ЦНС и др.).

Исключением служит поражение печени, которое всегда выявляется при биопсии или аутопсии, характеризуется диффузной инфильтрацией, но обычно не приводит к увеличению и нарушению функции органа. Частота встречаемости клинико-лабораторных проявлений ВКЛ:

- Спленомегалия – у 80% пациентов.
- Лейкопения – у 70%.
- Нейтропения – у 75%.
- Моноцитопения – у 90%.
- «Волосатые» лимфоциты в мазках периферической крови – у 95%.
- Тромбоцитопения – у 80%.
- Анемия – у 70%.
- Абдоминальная лимфаденопатия – у 15%.
- Моноклональная гаммапатия – у 10% [1, с.59].

	Волосатая-клеточный лейкоз	Волосатая-клеточный лейкоз атипичный
Возникновение (%)	90 - 95	5 - 10
Половая принадлежность	4: 1 (М: Ж)	1 - 2: 1 (М: Ж)
Возраст (лет)	50 - 55	> 70
Лимфоцитоз в периферической крови (%)	<10	> 90
Иммунофенотип ¹	Зрелые В-клеток, CD11c+CD103+, CD25 + DBA.44 +	Зрелые В-клеток, CD11c+CD103+, CD25- DBA.44 +
Иммуногистохимия	Циклин D1 + Аннексин A1 +	Циклин D1 + Аннексин A1 -
Генотип	Мутация гена BRAF V600E	BRAF свободного типа

В основе терапии ВКЛ в настоящее время лежит использование аналогов нуклеозидов. Применение этих препаратов сравнимо по эффективности и позволяет добиться полной ремиссии и долгосрочной выживаемости у большинства пациентов.

Препаратами, дающими максимальное количество ПР у большинства пациентов (>80%) при ВКЛ, являются аналоги нуклеозидов пентостатин и кладрибин. Эффект терапии при применении этих препаратов сохраняется на протяжении многих лет (профиль токсичности и режим применения предпочтительнее у кладрибина).

Большинству пациентов перед терапией аналогами пуринов для коррекции цитопении и профилактики длительного и глубокого миелотоксического агранулоцитоза рекомендовано назначение ИФН-а [1, с.60].

Основной нерешенной проблемой в лечении ВКЛ в России так и в мире в настоящее время является определение тактики лечения резистентных больных и больных с вариантным (атипичным) ВКЛ.

По данным зарубежных источников в отличие от классического ВКЛ, атипичный вариант представляет более агрессивное заболевание с короткой общей выживаемостью и неэффективностью ответов на обычных стандартах терапии. Скорость реагирования на пуриновые аналоги примерно в 50% случаев. Пациентов атипичным вариантом также плохо реагируют на ИФН альфа или цитостатики.

Никакое лечение не достигает высокой или полной ремиссии. В Америке было проведено около 6 исследований в которых, общий уровень ответа после кладрибина был 44% с 8% полных ремиссий. В зарубежных странах была подтверждена гипотеза о применении ритуксимаба совместно с кладрибином для повышения чувствительности злокачественных клеток. Именно это совместное применение дало положительный результат в лечении атипичного варианта ВКЛ [3.]. В Российской клинической рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний за 2013 год так же упоминается добавление ритуксимаба к терапии.

По анализу вышеуказанных данных можно сделать выводы, что атипичный вариант волосатоклеточного лейкоза представляет более агрессивное заболевание с короткой общей выживаемостью и неэффективностью ответов на обычных стандартах терапии. Главные отличия атипичного варианта волосатоклеточного лейкоза являются возраст (старше 70 лет), пол (преобладание женщин) и лейкоцитоз ($10,0 \cdot 10^9$ и выше). Применении ритуксимаба совместно с кладрибином положительно влияет на результаты лечения атипичного варианта волосатоклеточного лейкоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний. под руководством профессора и.в поддубной, профессора в.г савченко. - 2013.- с. 59-62.
2. H quach. Complete remission of hairy cell leukemia variant (hcl-v) complicated by red cell aplasia post treatment with rituximad. / h quach, h januszewicz, d westerman // hematological. -2005. - №1. – с. 34-35.
3. Successful treatment of hairy cell leukemia variant with rituximad. / s narat , j gandla, a dogan , a mehta. // leukemia & lymphoma. – 2005. - №46. – с. 8-11

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ

А.В. Тихоненко, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО*

Психологическое благополучие пожилых людей широко исследуется в зарубежной психологии. Зарубежные авторы обращают внимание на онтогенетические и культурные факторы психологического благополучия. Рассматриваются изменения, характерные для уровня психологического благополучия в связи с социальными условиями, урбанизацией, религиозностью и многими другими факторами [Крайг, 2000; Стюарт-Гамильтон, 2002; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, 1996; Ryff, Singer, 2000; Ryffetal., 2004; Frazier, Mintz, Mobley, 2005; Miquelon, Vallerand, 2008; Hermalin, 2010]; выделяются траектории развития, которые ведут к повышению или понижению эмоционального благополучия по мере старения [Charles, 2010]. По мнению L.L.Carstensen и соавторов, старость характеризуется существенным улучшением в регуляции эмоций, увеличением удовлетворенности межличностными отношениями и сохранением психологического благополучия [Carstensen, Charles, 1998; Carstensenetal., 2003]. Эти исследователи полагают, что компенсаторные возможности в позднем возрасте связаны с изменением восприятия времени и со смещением ресурсов на эмоционально значимые социальные отношения, что, с их точки зрения, является адаптивным (3, с. 5).

С целью изучения показателей психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ нами было реализовано эмпирическое исследование. Исследование было организовано и проведено с пациентами госпиталя ВОВ, терапевтического отделения. Количество выборки – 20 человек (10 – мужчин, 10 – женщин).

В целях изучения структурной и содержательной характеристики психологического благополучия была использована методика К. Рифф «Шкалы психологического благополучия».

По данным шкалы «Позитивные отношения с окружающими», высокие (65%) и средние показатели (35%) свидетельствуют о наличии у испытуемых близких, приятных, доверительных отношений с окружающими; желания проявлять заботу о других людях; способности к эмпатии; наличии навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Низких показателей по этой шкале не наблюдалось, которые свидетельствовали об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, не желании искать компромиссы, замкнутости.

Из результатов, полученных по шкале «Автономия» можно сказать, что 60% высокие показатели, а 35% – средние. Исходя из этого, можно говорить о том, что испытуемые имеют такие качества, как независимость, способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках. А также способны регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов.

Озабоченность ожиданиями и оценками других, ориентация на мнение других людей при принятии важных решений и не способность противостоять социальному давлению в мыслях и поступках характерны для людей с низкими показателями по данной шкале – 5%.

Анализируя полученные результаты по шкале «Управление средой», можно сделать следующие выводы: чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства, умение самому выбирать и создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей, а также умение осуществлять разнообразные виды деятельности присущи 95% респондентам, причем у 65% испытуемых эти качества находятся на более высоком уровне. Низкие показатели (5%): трудности в управлении повседневными делами, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

По шкале «Личностный рост» у 45 % респондентов высокие и у 55 % средние значения. Из этого следует, что испытуемые обладают чувством продолжающегося развития и реализации своего потенциала, видят свой рост и экспансию, открыт новому опыту, наблюдает все большее совершенствование себя и своего поведения с течением времени. У исследуемых этот компонент психологического благополучия не находится на низком уровне, который говорил бы о переживании личностной стагнации. Отсутствуя ощущения личностного прогресса с течением времени. Скуки и не заинтересованности жизнью. Ощущения не способности усваивать новые навыки.

Полученные результаты по шкале «Цели в жизни», свидетельствуют о высоком уровне психологического благополучия у 40% респондентов и среднем у 55%. Из этого следует, что наличие целей в жизни и чувства осмысленности своего прошлого и настоящего им присуще. У них сформированы убеждения, придающие жизни цель, а также есть основания и причины для того, чтобы жить. Для исследуемых нами людей данной выборки характерны низкие баллы по данной шкале в 5%, а значит им не свойственно: чувство осмысленности жизни и

чувство направленности. Не присутствует недостаток целей, отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Они не видят целей и в своем прошлом.

Результаты по шкале «Самопринятие». Высокие 50% и средние 50% значения. Это означает, что они обладают позитивным отношением к себе и своему прошлому, осознают и принимают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества. Для исследуемых нами людей данной выборки не характерны низкие баллы по данной шкале, а значит им не свойственно: Недовольство самим собой. Они разочарованы в собственном прошлом, обеспокоены некоторыми чертами собственной личности, не принимают себя. Для них характерно желание быть другим.

Таким образом, на основании полученных данных в процессе исследования, можно говорить о том что, только высокие и средние показатели наблюдались в таких шкалах как: позитивные отношения, личностный рост и самопринятие. Что касемо низких показателей (5%) они выявились в шкалах автономия, управление средой и цели в жизни. Максимальный процент высоких показателей наблюдался в шкалах позитивные отношения и управление средой. В шкале «самопринятие» высокие и средние показатели разделились поровну.

Рекомендации, которые можно дать, для сохранения психологического благополучия являются следующими:

1. поддержание социальной значимости, востребованность;
2. психическое и физическое здоровье на высоком уровне;
3. постоянное наличие контактов по интересам, общение;
4. умеренная трудовая деятельность, физическая активность.

При наличии и удовлетворенности вышеизложенных пунктов, психологическое благополучие личности будет достигать высокого уровня, что будет свидетельствовать о отличном здоровье человека в целом. С целью оптимизации показателей психологического благополучия у исследуемых нами была разработана тренинговая программа.

Краткое описание тренинга.

Цель тренинга: развитие и формирование компонентов психологического благополучия.

Задачи, решаемые на тренинге:

1. Формирование автономии личности;
2. Определение целей в жизни;
3. Проработка тревог, страхов и внутренних конфликтов;
4. Раскрытие различных сторон личности;
5. Развитие позитивного мышления.

Критерий включения в тренинговую группу: Удовлетворительное состояние пациентов; Высокие показатели психической ригидности; Мотивация к занятиям; Критерий исключения: Тяжелое состояние пациентов; Отсутствие мотивации к занятиям.

В пожилом возрасте уровень психологического благополучия снижается, но снижается он не по всем показателям. Это говорит об огромных компенсаторных возможностях людей пожилого возраста и подтверждает предположение о том, что старение является процессом глубоко индивидуальным и очень вариативным, а возраст не является главным фактором, определяющим, будет ли человек психологически благополучным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Брэдберн, Н. Структура психологического благополучия/ Н. Брэдберн.- Ярославль.: Инфра. - 2005.- С. 13.
2. Бороздина, Л.В., Молчанова О.Н. Особенности самооценки в позднем возрасте. – 2008.
3. Дубовик, Ю.Б. Исследование психологического благополучия в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2011. N 1(15).
4. Карсаевская, Т.В. Человек стареющий. Л. – 2008.
5. Шевеленкова, Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. - 2005. No. 3.- С. 95-129.

УДК 159.923-053.6

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Е.В. Ткачева, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный Медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО*

Проблематика синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в процессе онтогенеза может фасадно измениться в девиантность или делинквентность человека в последнее время приобретает все большую актуальность.

Симптомокомплекс СДВГ включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. Поэтому этот синдром относится к категории пограничных расстройств и находится в центре внимания медицинских, психологических, педагогических и других исследований.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность, девиантность, делинквентность.

Родители детей далеко не сразу решаются обратиться за помощью не только к неврологу, но и к психологу. Этот шаг они делают вынужденно, под напором нарастающих учебных проблем ребенка, исправить которые из-за запущенности ситуации бывает уже достаточно трудно. А ведь ранняя и непрерывная терапия в детстве, и организация грамотного психолого-педагогического сопровождения дает не только непосредственный эффект, но и способствует формированию нормального поведения в будущем.

Для проведения нашего исследования мы использовали следующие методы: Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью теста Тулуз-Пьерона[9], игровой методики «Съедобное - несъедобное» (Кривцова И.И.) [6], метода экспертного опроса учителей и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM — IV).

Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 149 города Красноярск. Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы семьдесят человек. Кроме детей, участие в исследовании приняли учителя этих детей и их родители.

Проанализируем представленные результаты (индивидуальные показатели учащихся, полученные в результате обработки данных по тесту Тулуз-Пьерона)[9]. В ходе обработки данных выявлен высокий уровень скорости выполнения теста у 21% от общего числа испытуемых. Хороший уровень скорости выполнения теста выявлен у 21 человек, что составило 30 % от состава группы. Средний уровень скорости выполнения теста выявлен у 18 человек, что составило 26 % от числа испытуемых.

Слабый уровень скорости выполнения теста выявлен у 6 человек, что составило 8,5% от общего числа испытуемых. Показатель скорости выполнения теста соответствует зоне развития - патология у 10 человек, т.е. 14 % группы испытуемых.

Проанализируем результаты испытуемых по показателю – точность выполнения теста. В ходе обработки данных выявлен высокий коэффициент точности выполнения теста у 15 человек, что составляет 21% от состава группы. Хороший уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 21 человек, что составляет 30% от общего числа испытуемых. Средний уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 18 человек, что составляет 26% от числа группы. Слабый уровень коэффициента точности выполнения теста выявлено у 6 человек, что составляет 8,5% от общего числа испытуемых.

Показатель коэффициента точности выполнения теста соответствует зоне патологии у 10 человек, что составляет 14% от числа группы. По результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 10 человек.

Проанализируем индивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное-несъедобное». В ходе обработки данных выявлен высокий уровень произвольного поведения у 21 человека, что составляет 30% от общего числа испытуемых. Средний уровень произвольного поведения выявлен у 30 человек, что составило 43% от числа группы. Низкий уровень произвольного поведения выявлен у 9 человек, что составило 13% от состава группы. Очень низкий уровень произвольного поведения выявлен у 10 человек, что составило 14% от общего числа группы.

Поскольку очень низкий уровень произвольности во многом был обусловлен импульсивностью детей, низким уровнем внимательности, низким качеством выполнения инструкции, то данные факты наблюдения позволяют констатировать об основных проявлениях СДВГ у данной группы детей.

В ходе обработки данных методом экспертного опроса педагогов и родителей проявлений у ребенка СДВГ, по мнению родителей, дефицит внимания выявлен у 10 детей, что составляет 14% от общего числа испытуемых. У 60 детей, дефицит внимания, по мнению родителей, не выявлен, что составляет 86% от общего числа группы.

По мнению педагогов у 10 человек, выявлен синдром дефицита внимания, что составляет 14% от всей группы. Синдром дефицита внимания не выявлен у 60 человек, что составляет 86% от общего числа группы.

По мнению родителей, симптом гиперактивности и импульсивности, выявлен у 10 человек, что составляет 14% от числа испытуемых. У 60 человек, не выявлен, что составляет 86% от общего числа группы.

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 60 проявление СДВГ не наблюдается, что составляет 86% от общего числа группы.

У 10 человек выявлена высокая вероятность проявления данного синдрома, что составляет 14% от общего числа испытуемых.

Для детей характерно: они невнимательны, неугомонны, у них присутствует волнение, всегда в движении, неспособны подумать, прежде, чем что-то сделать. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

Таким образом, по результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 10 человек, что составляет 14 % от общего числа испытуемых. Так же мной была разработана психокоррекционная, развивающая программа, направленная на коррекцию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в младшем школьном возрасте.

Программа тренинга направленного на коррекцию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников.

Основываясь на работы М.Рапопорта[5], синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - это комплексное хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития, поведенческие и когнитивные последствия которого проявляются в разнообразных областях функционирования. Г.Н. Моница «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития. Первые признаки гиперактивности могут, наблюдаются в возрасте до 7 лет», мы разработали программу тренинга по коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в младшем школьном возрасте .

Цель программы: коррекция синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в младшем школьном возрасте.

Достижение цели возможно в процессе реализации следующих задач:

1. Регулирование ожиданий (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребёнка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим;
2. Сформировать способность при объективной необходимости изменять мнение, отношение, установку, модус переживания;
3. Коррекция негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии;
4. Обучить навыкам более эффективного взаимодействия с окружающими.

В ходе построения программы мы руководствовались следующими принципами организации и работы тренинговой группы:

1. Принцип добровольного участия - как во всем тренинге, так и в его отдельных занятиях и упражнениях. Участник должен иметь естественную внутреннюю заинтересованность в изменениях своей личности в ходе работы группы.
2. Принцип организации постоянной самодиагностики - у каждого ребенка должна быть реальная возможность и достаточно времени, чтобы спокойно подумать о себе, своем характере, поведении, о своих отношениях с близкими и просто знакомыми людьми, в том числе и с ребятами в классе, с родителями.
3. Принцип взаимодействия в стиле диалога, основанный на взаимном уважении участников, готовности выслушать собеседника и признать его право иметь свою точку зрения.
4. Принцип постоянного состава группы - после начала занятий не следует включать новых участников, и крайне нежелательно, чтобы приступившие к занятиям уходили из группы до полного окончания тренинга.
5. Принцип постоянной обратной связи - непрерывное получение участником информации от других членов группы о результатах его действий в ходе тренинга. Благодаря обратной связи ученик может корректировать свое последующее поведение, заменяя неудачные способы общения и поведения на новые.
6. Принцип баланса комфорта и дискомфорта - атмосфера в группе должна быть комфортной, удобной, безопасной и даже веселой. Однако тактически, в отдельные моменты тренинга, у участников должен возникать дискомфорт, например, при попытке выполнить инструкцию.
7. Принцип свободного пространства - в помещении для занятий должна быть возможность свободного передвижения участников, их расположения по кругу, объединения в малые группы по 3-5 человек, по 7-8 человек, а также для уединения.
8. Принцип направленности на применение результатов тренинга в жизни, призван помочь участникам перенести полученный опыт на практику.

Форма проведения тренинга: групповая

Программа рассчитана на учеников 1-х классов МБОУ СОШ №149.

Группа состоит из 10 человек, 6-7 лет.

Данная программа рассчитана на 12 занятий. Частота встреч 4 раза в неделю во второй половине дня. Приблизительная продолжительность каждого занятия 1 час.

Структура занятий определена следующим образом:

- 1) Организационный этап;
- 2) Основной этап;
- 3) Заключительный этап.

Дети, страдающие СДВГ, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астапов, В.М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер Пресс: - 2008. – С. 256.
2. Белоусова, Е.Д., Никифорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Российский вестник перинатологии и педиатрии: - 2010. - № 3. - С.39-42.
3. Брызгунов, И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика: - 2010. – С.128.
4. Грибанов, А.В., Волокитина Т.В., Гусева Е.А., Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Академический Проект: - 2008. – С. 176 .
5. Дробинский, А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. - 2009. - №1. - С. 31-36.
6. Кошелева, А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. - М.:НИИ семьи, - 2007. – С. 64.
7. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. – М.: Изд. центр «Академия», - 2007. – С.480.
8. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / Под ред. А.А. Бодалева, И.М. Карпинской, С.Р. Пантеева, В.В. Столина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, - 2008. – С. 141.
9. Перрон Р. «Трудный» ребенок: что делать? – 6-ое изд. – СПб.: Питер, - 2008. – С. 130.

УДК 159.923-053.6

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ТРЕНИНГА

И.Ю. Ткачук, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО*

Современность характеризуется возрастающими потребностями нашего общества в поисках путей создания благоприятных условий для максимального развития личности, эффективности ее жизненного пути. Вопрос построения собственной жизни, ее управляемость или зависимость от обстоятельств будет всегда волновать человека. Особенно когда его физическое состояние нарушено, человек болен. Трудные жизненные ситуации неизбежно встречаются в жизни каждого человека. Их возникновение является закономерным следствием сложного процесса взаимодействия человека с окружающим миром.

В отечественной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления личностных характеристик, ответственных, за успешную адаптацию и совладения с жизненными трудностями.

Феноменологию, отражающую различные аспекты личностного потенциала, в разных подходах в зарубежной и отечественной психологии обозначали такими понятиями как воля, сила Эго, внутренняя опора, locus контроля, ориентация на действие, воля к смыслу и др. Наиболее полно, с точки зрения Д.А. Леонтьева, этому понятию в зарубежной психологии соответствует понятие «жизнестойкость» hardiness, введенное С.Мадди.

Теоретический анализ психологических особенностей людей с ОНМК свидетельствует о том, что при изучении факторов, способствующих возникновению острого нарушения мозгового кровообращения, нередко подчеркивается особая роль негативных психосоциальных факторов, стрессогенных жизненных ситуаций, в которых оказался человек, в последствии чего получивший инсульт.

С целью исследования возможности формирования компонентов жизнестойкости посредством программы тренинга у людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных).

Были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать литературные источники по проблеме исследования;
2. Подобрать диагностический инструментарий по изучению жизнестойкости инсультных больных;
3. Исследовать показатели жизнестойкости инсультных больных;
4. Разработать и апробировать программу тренинга, направленного на формирование компонентов жизнестойкости у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Выборка исследования представлена исследуемыми находящимися на стационарном лечении в отделении неврологии с ОНМК, Краевой Клинической больнице №1: мужчины (7 человек) и женщины (8 человек), возраст от 30 до 80 лет.

Для изучения показателей жизнестойкости у инсультных больных нами были использованы следующие методики: «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой; Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Норман С, Эндлер Д.Ф., Джеймс Д.А., Паркер М.И. (адаптированный вариант Т.А.Крюковой).

Рассмотрев феномен жизнестойкости в теоретическом аспекте, мы можем сделать вывод, о том, что данное понятие в Отечественной и Зарубежной психологии, может использоваться в смысле отражения психологической живучести и расширенной эффективности человека, связанной с его мотивацией преобразовывать

стрессогенные жизненные события. Жизнестойкость, рассматривается как системное психологическое свойство, возникающее у человека вследствие особого сочетания установок и навыков, позволяющих ему превращать проблемные ситуации в новые возможности, как черта, характеризующуюся мерой преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете – степенью преодоления личностью самой себя.

В результате проведения первичной диагностики нами были получены результаты, что большинство пациентов имеют низкие и средние показатели проведенных тестов. Исходя из этого, мы выделили группу пациентов со средними и низкими показателями. А так же, на основании данных первичной диагностики нами была разработана и реализована программа тренинга, направленная на формирование компонентов жизнестойкости у пациентов отделения неврологии с ОНМК. Психологическое сопровождение(тренинг) включает в себя три основные техники, реализующиеся на протяжении восьми занятий:

1. Реконструкция ситуаций.
2. Фокусирование.
3. Компенсаторное самосовершенствование.

Первичные данные диагностики показали: по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 26,6 % исследуемых. Для 34,2 % характерны низкие показатели. По шкале «Контроль», для 22,8 % исследуемых характерны высокие баллы. У 41,8 % исследуемых выявлены низкие показатели. Результаты по шкале «Принятия риска», показали, что 49,4 % исследуемых характерны низкие баллы. Высокие баллы выявлены у 20 % исследуемых.

После реализации нашей программы, и в ходе повторной диагностики нами были выявлены результаты, которые мы сравнили с результатами первичной диагностики.

Для определения эффективности проведения тренинговой программы, направленной на формирование компонентов жизнестойкости у пациентов отделения неврологии с ОНМК. Результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи U-критерия Мана-Уитни, позволяющего выявить достоверность различий. Сравниваемые значения первичной и повторной диагностик. Статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики «Жизнестойкости». На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что статистический анализ выявляет значимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования компонентов жизнестойкости необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : М. : ЭКСМО, - 2006. - С. 36–48.
2. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии [Электронный ресурс] // Интернет портал «Учёба.ру», 2005. URL: <http://www.ucheba.ru/referats/14139.html>.
3. Бойко В. В. Правила эмоционального поведения : методич. пособие: изд. СПб. : Питер, - 1997. - С. 21–40.
4. Василюк, Ф. Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций: М., - 1984. - С 100.
5. Частная неврология/ Сулина З.А., Максимова М. Ю. М.// Практика - 2012. - С. 272 .

УДК 331.101.3:614.253.1/5

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМОМОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В.В. Толмачев

Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента, кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доцент А.Ю. Сенченко, к.пс.н. доцент Е.И. Стоянова

Считается, что самомотивация сотрудников - один из ярких показателей успешности организации. Однако самостоятельный и независимый специалист нередко становится плохо управляемым и легко покидает компанию при снижении интереса к работе. В детстве наша уверенность в себе (если не сказать — самоуверенность), порой, зашкаливает: «Я сумею, я смогу, я быстрее пробегу!» Но с возрастом она часто куда-то девается, и мы начинаем теряться в сомнениях: «А смогу ли я сделать?», «А получится ли у меня?» или того хуже — заранее обрекаем себя на неудачу: «У меня не выйдет», «Я не сумею». Мотивации — ни на грош, продуктивность страдает, самооценка — тоже. Вот в таких случаях нам и нужна самомотивация.

Начало изучения мотивации и ее раздела самомотивации, как науки, приходится на 1930-е годы, что совпадает со становлением психологии личности как особой предметной области общей психологии. В этот период были выдвинуты революционные идеи: переход от фрейдовского причинного объяснения к целевому у А. Адлера, который В.Франкл позже сравнивал с коперниканской революцией; введение идеи коллективной

ментальности как источника многих феноменов индивидуальной психологии у К.-Г. Юнга взгляд на мотивацию как на порождение системы «индивид – мир» у Г. Мюррея и введение идеи контроля над мотивационными процессами через опосредствование у Л.С. Выготского [1].

Эти идеи, естественно, не были сразу же ассимилированы господствующей бихевиористской линией, однако получили дальнейшее развитие в послевоенный период: телеологическая перспектива получила мощное развитие в теории стремления к смыслу В. Франкла и теории метамотивации А. Маслоу [9] социокультурная перспектива – в работах довольно разных авторов, из которых наиболее наглядна, пожалуй, трактовка мотивов как культурных схематизмов у Р. д'Андрате перспектива «индивид-мир» получила изящное воплощение в экзистенциальной теории человеческих потребностей Э. Фромма и в «соотносительной» теории мотивации Ж. Нюттена, а идеи контроля над мотивацией в 1980 – 90-е годы оказались в центре внимания немецкой психологии мотивации, возродившей на новом уровне старую проблему воли

Второй этап развития психологии мотивации и самомотивации, который можно назвать антропологическим, фактически совпадает с психологией личности. Более того, основным содержанием большинства теорий личности выступает как раз модель мотивации, движущих сил поведения и развития – достаточно бросить взгляд на теории позднего Адлера, Фромма, Маслоу, Роджерса, Мюррея, Франкла и других авторов.

Начиная с середины 1950-х годов вопрос о том, какие вообще мотивы в принципе движут человеком, постепенно теряет свою актуальность благодаря накоплению большого количества данных о таких трансформациях исходных мотивационных тенденций в мотивы конкретных поведенческих актов, которые делают исходные побуждения (если они есть) полностью неузнаваемыми. Вклад в этот сдвиг интересов со статических к динамическим моделям мотивации внесли и необихевиористские исследования мотивационного обусловливания, и новаторские подходы школы К. Левина, и психодинамические работы, и концепция функциональной автономии мотивов Г. Олпорта, из которой по сути следует, что абсолютно неважно, что является генетически исходным базовым побуждением человека – либидо, самоутверждение или стремление к смыслу, поскольку прижизненно формирующиеся на его основе разнообразные мотивы утрачивают функциональную связь с ним. Интерес смещается на изучение механизмов мотивации конкретной деятельности, трансформации и преломления устойчивых мотивационных тенденций в конкретных условиях. Этот период отмечен новым расхождением психологии мотивации и психологии личности; психология мотивации изменила психологии личности с когнитивной психологией, результатом чего явились хорошо известные теории Дж. Келли, Л. Фестингера и других когнитивистов, а также когнитивистские версии бихевиористского подхода к мотивации у Дж. Роттера и раннего А. Бандуры, и парадигма мотивации достижения Д. Мак-Клелланда, Дж. Аткинсона и раннего Х. Хекхаузена.

Нынешний этап психологии мотивации и самомотивации, соединяет психологию мотивации с психологией личности, но несколько по-другому. На первый план выступают проблемы, ранее поставленные в экзистенциальной философии и психологии и долгое время игнорировавшиеся главными направлениями академической психологии – проблемы выбора, свободы, воли, контроля над мотивацией, жизненных целей, перспективы будущего, саморегуляции в широком смысле слова, возможностей, автономии и самодетерминации. Мотивация вновь рассматривается в антропологическом контексте, но понимается при этом гораздо шире, чем раньше, и если на втором, антропологическом этапе традиционно понимаемая мотивация рассматривалась как ядро широко понимаемой личности, то теперь уже личность выступает как ядро широко понимаемой мотивации. От когнитивных процессов, опосредующих механизмы мотивации, акцент смещается на сознание и личность в целом. К этому, личностному этапу развития психологии мотивации, начавшемуся в 1980-е годы, можно отнести прежде всего теорию временной перспективы в поздних работах Ж. Нюттена, (модели волевой регуляции позднего Х. Хекхаузена, Ю. Куля, Ю. Бекмана, П. Голвитцера и др. теорию самоэффективности позднего А. Бандуры (см. статью Т.О. Гордеевой в этом издании) и теорию внутренней мотивации и самодетерминации Э. Деси и Р. Райана (см. статью О.Е. Дергачевой в этом издании). В отечественной психологии в этом русле находятся исследования мотивации и воли в парадигме смысловой регуляции деятельности, пик которых также пришелся на 1980-е годы (Б.С. Братусь, И.А. Васильев, Ф.Е. Василюк, Б.В. Зейгарник, В.А. Иванников, Д.А. Леонтьев, Е.В. Эйдем) [6].

Самомотивация- это умение длительное время обходиться без внешних стимулов и контроля, в том числе в сложных и ответственных ситуациях.

Подобными навыками чаще владеют люди, которых побуждает к работе стремление максимально раскрыть свои таланты и способности. Именно поэтому самомотивацию можно назвать скорее жизненной позицией, чем управленческой характеристикой. В бизнесе эта позиция присуща руководителям среднего и высшего звена, а также специалистам с высоким профессиональным уровнем. Способность к самомотивации – очень ценное качество.

Оно подразумевает, что человеку нравится его работа, а деньги и прочие материальные бонусы вторичны.

Команда, в которой работают люди, обладающие способностями к самомотивации, - эффективная команда. Существуют «сигнальные маячки» в повседневном поведении сотрудника. Их можно условно назвать индикаторами самомотивации:

1. Внутренние установки человека: Речь идет о склонности видеть вокруг себя хорошее или дурное, оптимизме или пессимизме. Человек, способный к самомотивации, всегда мыслит позитивно. Даже из самых тяжелых ситуаций он способен извлечь позитивный опыт, или хотя бы уверенность, что не повторит ошибку в будущем.

Вы не любите ездить в командировки, поскольку это очень утомительно. Попробуйте найти стимулы, которые помогут вам изменить отношение к этому рабочему моменту. Так, во время командировки можно посмотреть новый город, узнать что-то любопытное, познакомиться с интересными людьми, а возможно эта поездка послужит толчком для дальнейшего повышения по карьерной лестнице. Можно также использовать командировку как шанс побыть наедине с собой.

2. Способы решения проблем. Именно с ними связан следующий индикатор. Способность к самомотивации проявляют те, кто в словосочетании «решение проблем» ключевым считает слово решение. Такие специалисты никогда не заикливаются на чем-то одном, и всегда ищут альтернативные пути. Это качество особенно важно при дистанционной работе.

3. Готовность брать на себя ответственность. Для большинства сотрудников это тоже потенциальная зона развития. Нередко источник проблем - в излишне строгом руководителе, который отказывается делегировать полномочия и не побуждает подчиненных к самомотивации.

4. Поведение в конфликте. Человек с навыками самомотивации не занимается поисками виноватых и не тратит время на обвинения себя, но тщательно анализирует ситуацию и решает, что необходимо предпринять для ее изменения.

5. Оригинальное мышление, умение уходить от стереотипов.

Считается, что каждого может мотивировать карьерный рост. В действительности, специалист, способный к саморазвитию, нередко отказывается от карьеры «по вертикали».

Достижение гармонии между человеком и его работой, и за счет этого повышение эффективности деятельности компании тесно связано с механизмом самомотивации. Этот механизм можно привести в действие как «снаружи» - через изменения в самой организации, так и «изнутри», с помощью психологических методик, коучинга. Когда в коллективе есть хотя бы несколько ключевых специалистов, которые не просто лояльны, но и способны к самомотивации, компания получает дополнительное конкурентное преимущество. Каждый человек на что-то мотивирован. Другое дело, что направление этой мотивации не обязательно совпадает с целями организации, а уровень мотивации может быть недостаточным для того, чтобы прилагать постоянные усилия в направлении цели. Вот с этими задачами и приходится работать руководителям или самим сотрудникам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. М.: Педагогика, - 1983. - Т. 3.
2. Гамильтон Л., Торопов Б. Искусство разговора на любую тему. М.: Эксмо, - 2001.
3. Гудмэн, Г. С. 7 секретов прирожденного продавца. М.: Гранд, - 2001.
4. Кунде Й. Корпоративная религия. Стокгольмская школа в Санкт-Петербурге, СПб, 2002.
5. Лежен, Э. Ж. Искусство успешных продаж. М.: Гранд, - 2001.
6. Леонтьев, Д. А. Психология общения. 33изд., М.: Смысл, - 1999.
7. Льюис, Д. Тренинг эффективного общения. М.: Эксмо, - 2002.
8. Мартин, Д. Язык делового общения. М.: Эксмо, - 2001.
9. Маслоу, А. Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл, - 1999.
10. Олпорт, Г. Становление личности: Избранные труды / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, - 2002.
11. Пауков, С. В. Искусство продажи медикаментов. М.: МИА, - 2002.
12. Таранов, П. Секреты поведения людей. М.: ИД Гранд, - 2002.
13. Трейси, Б., Шелен Ф. М. Полное руководство для менеджера по продажам. М.: ООО Поппури, - 2002.

УДК 005.932:614.21

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ ЛПУ, НА ПРИМЕРЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ

В.В. Толмачев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Ю. Сенченко

Медицинская деятельность, как и любая другая, характеризуется результатами и затратами, соответственно между этими категориями может быть установлено соотношение, проанализированы условия и обстоятельства для его улучшения с учетом максимального достижения поставленных целей и задач. Однако в отличие от многих других областей деятельности, в медицине и здравоохранении часто невозможно гарантировать конечный

результат. Связь между качеством и эффективностью работы не абсолютна, поскольку зависит от множества факторов, в том числе и таких, которые выходят за пределы ответственности медицинских работников (образ жизни, условия труда, состояние окружающей среды и прочее)

В здравоохранении, не существует тех условий и факторов для улучшения эффективности, какие имеются в производственной сфере, а так же чрезвычайно сложно измерить все достигнутые результаты.

Таким образом, принцип достижения максимальной эффективности от каждой единицы сил и средств, включенных в сферу здравоохранения, становится особенно важным.

До настоящего времени в здравоохранении не отлажен учёт стоимостных параметров и значительные силы исследователей уходят на поиск информации о затратах ресурсов, что вынуждает сокращать число рассматриваемых вариантов. Кроме того, по-прежнему существует проблема формализации результатов.[1]

Ограниченные возможности для количественного выражения медицинских характеристик и признаков, в целом существенно затрудняют организацию анализа эффективности на постоянной основе. Поэтому исследования теоретических и методологических проблем анализа эффективности в отдельных подсистемах здравоохранения весьма актуальны. В отношении перспектив анализа эффективности в литературе не дискутируется, один аспект - это необходимость углубления практической разработки данной проблемы.

Необходимость оценки эффективности мероприятий медицинского характера направленных на укрепление общественного здоровья тесно связана с организацией здравоохранения, финансированием и предпринимательской деятельностью. От указанного базиса зависит доступность и качество медицинской помощи.[6]

Главной проблемой изучения экономики здравоохранения является наиболее рациональное использование имеющихся у здравоохранения ресурсов: денежных, материальных, кадровых, достижение максимального результата при минимальных затратах. Для реализации данной задачи очень важно умение правильно проводить экономический анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения.[2]

В организации медицинской помощи населению особое место занимают стационары. Это наиболее капиталоемкий сектор здравоохранения, он потребляет основную (до 2/3) часть текущих расходов на здравоохранение, в стационарах сосредоточены главным образом основные формы здравоохранения. У нас, как и во всем мире, стационарная помощь является наиболее дорогостоящим видом медицинской помощи. Вот почему при решении конкретных вопросов экономики здравоохранения является очень важным экономический анализ деятельности стационаров.[5]

Экономическая оценка деятельности стационара (как и любого другого ЛПУ) проводится по следующим основным направлениям:

- использование основных фондов;
- использование медицинской техники;
- использование персонала;
- анализ финансовых расходов;
- использование коечного фонда.

В целях принятия эффективных управленческих решений в учреждениях здравоохранения экономический анализ призван решать следующие основные задачи:

- поиск и выработка путей повышения эффективности работы медицинского учреждения;
- выявление резервов в использовании экономических ресурсов;
- поиск внедрения передовых технологий лечебного процесса;
- оценка эффективности управленческих решений;
- оценка эффективности медицинской помощи.

Экономический анализ в учреждении здравоохранения - это совокупность методов группировки и сравнительной оценки показателей лечебно-производственной и финансовой деятельности. Поскольку существует прямая связь между уровнем аналитической обработки и качеством обрабатываемой информации следует особое внимание уделить постановке конкретной задачи.[2]

Здравоохранение как отрасль социальной сферы всегда регулировалось со стороны государства, однако в современных условиях, когда медицинскому учреждению придается статус самостоятельно хозяйствующего субъекта, руководитель должен владеть вопросами взаимоотношений с финансовыми организациями, оплаты медицинской помощи, формирования цен на медицинские услуги. В связи с этим возникает вопрос умения анализировать результаты и затраты, определять экономическую эффективность платной медицинской деятельности и эффективность финансовых отношений со страховыми организациями в рамках ОМС.[4] Поэтому сегодня, медицинскому учреждению необходимо знать оценку деятельности учреждения и его подразделений, которая возможна при проведении комплексного экономического анализа.

Анализ каждого отдельного объекта учета предполагает расчет характерных экономических показателей, которые позволяют оценить уровень экономической эффективности использования как средств труда, так и их источников.[1]

В процессе анализа изучаются экономические и социальные факторы, влияющие на деятельность учреждения, экономические стимулы и т.д. Организация системы экономического анализа зависит от того, кто занимается его проведением: само медицинское учреждение, страховая медицинская организация, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, органы управления и т.д.

Таблица 1

Состав, структура и динамика основных средств КГБУЗ ККБ.

Наименование		Здания, тыс.руб.	Сооружения, тыс.руб.	Машины и оборудование, тыс.руб.	Транспортные средства, тыс.руб.	Инструмент произв-й и хоз. Инвентарь, тыс.руб.	Библиотечный фонд, тыс.руб.	Прочие ОС, тыс.руб.	всего ОС, тыс.руб.
2014 год	на начало года	465078,76	338,36	516627,82	0,00	10164,55	35,45	50,48	992295,42
	поступило			277831,26		2806,38			280637,64
	выбыло			14814,93		749,69			15564,62
	на конец года	465078,76	338,36	779644,15	0,00	12221,24	35,45	50,48	1257368,44
	ср.годовая ст-ть ОС тыс.руб	465078,76	338,36	648135,99	0,00	11192,90	35,45	50,48	1124831,94
	уд. вес, %	36,99	0,03	62,00	0,00	0,97	0,00	0,01	100
2015 год	на начало года	465078,76	338,36	779644,15	0,00	12221,24	35,45	50,48	1257368,44
	поступило			48202,03		335,99			48538,03
	выбыло			14110,98		2697,06			16808,05
	на конец года	465078,76	338,36	813735,21	0,00	9860,16	35,45	50,48	1289098,42
	ср.годовая ст-ть ОС, тыс. руб	465078,76	338,36	796689,68	0,00	11040,70	35,45	50,48	1273233,43
	уд.вес, %	36,08	0,03	63,12	0,00	0,77	0,00	0,00	100
	темп роста, %	0,00	0,00	104,37	0,00	80,68	0,00	0,00	102,52

Из таблицы № 1 видно, что наблюдается рост среднегодовой стоимости основных средств на 2,52% в основном за счет переоценки. Более 60% в общем объеме основных средств КГБУЗ ККБ занимают машины и оборудование; более 30% - здания и сооружения. Так же анализ таблицы показывает, что доля приоритетной статьи «Машины и оборудование» в общем объеме основных средств не снижается, что свидетельствует о незначительной степени износа, своевременной замене и ремонте, удовлетворительном функционировании.

Состояние основных средств КГБУЗ ККБ может быть охарактеризовано с помощью показателей представленных в таблице № 3 «Оценка эффективности использования основных средств» рассчитанных на основе данных представленных в таблице № 2 «Данные для расчета эффективности использования основных средств».

Таблица 2

Данные для расчета эффективности использования основных средств, тыс.руб.

Показатель	Усл.обоз.	2014	2015	Темп роста, %
Амортизация основных средств	А	58314,77	60489,13	103,73
Первоначальная стоимость ОС, в т.ч.:	ПС	1257368,44	1289098,42	102,52
-на начало периода	ПС н.п.	992295,42	1257368,44	126,71
-введенных	ПС введ.	280637,64	48538,03	17,3
-выбывших	ПС выб.	15564,62	16808,05	107,99
-на конец периода	ПС к.п.	1257368,44	1289098,42	102,52
Доход по внебюдж.деят-ти	N	36547,02	40580,25	111,04
Среднегодовая стоимость основных средств	F	1124831,94	1273233,43	113,2
Чистый операционный результат по внебюдж.деят-ти	P	25547,25	30432,24	119,12
Среднесписочная численность работников	L	2494	2572	103,13

Оценка эффективности использования основных средств

Показатель	Формула расчета	2014	2015	Темп роста, %
Коэффициент износа	$K_{изн} = A/ПС$	0,046	0,047	102,17
Коэффициент годности	$K_{годн} = 1 - K_{изн}$	0,954	0,953	99,9
Коэффициент обновления	$K_{обновл} = ПС_{введ}/ПС_{к.п.}$	0,223	0,038	14,04
Коэффициент выбытия	$K_{выб} = ПС_{выб}/ПС_{н.п.}$	0,016	0,013	81,25
Коэффициент интенсивности обновления	$K_{инт.обн} = K_{обновл}/K_{выб}$	13,937	2,923	20,97
Фондоотдача основных средств	$f = N/F$	0,032	0,031	96,88
Фондоемкость производства и реализации продукции	$f^* = F/N = 1/f$	0,032	0,032	100
Фондорентабельность	$R = P/F$	0,023	0,024	104,35
Фондовооруженность труда	$f_v = F/L$	451,015	495,036	109,76
Относительная экономия/перерасход основных средств	$\Delta F = (F_1 - F_0) * K, K = N_1/N_0$	164725,65		

Из таблицы видно, что износ за период 2014-2015гг. вырос на 2,17%. Годность основных средств снизилась на 0,1%. Обновление оборудования за период 2014-2015гг. составило 14,04%, а его интенсивность – 20,97%. Темпы выбытия незначительны – 18,75%. В 2015г не наблюдается интенсивного обновления основных средств. Рост доходов по внебюджетной деятельности также незначительный, следовательно и показатели фондоотдачи и фондорентабельности сильно не изменены. Фондовооруженность труда выросла на 9,76%.

В целом за анализируемый период отмечен перерасход ОС на 164725,65, что указывает на не эффективность их использования.

Выводы:

В последнее время большое значение придается применению экономического анализа и экономических оценок в здравоохранении.

Это обусловлено многими причинами, среди которых можно выделить ограниченность ресурсного обеспечения здравоохранения (кадры, оборудование, денежные средства, информационные ресурсы), что характерно не только для нашей страны, необходимость более полного и рационального использования имеющихся ресурсов, важность повышения эффективности функционирования всей системы, отдельных её служб и учреждений. В данном случае под эффективностью понимается отношение результатов деятельности к произведенным затратам ресурсов, в чем, собственно, и заключается содержание экономического анализа.

В целом анализ основных средств КГБУЗ ККБ выявил их перерасход, что свидетельствует о неэффективном их использовании. Причины могут быть различны, например, несоответствие плана по капитальному ремонту зданий и сооружений реальным возможностям, приобретение дорогостоящих материальных ценностей и т.д.

Одна из основных задач руководства ЛПУ – это четкое соответствие планируемых затрат и реальных возможностей учреждения, изыскание дополнительных резервов финансирования, осуществление контроля. Ими могут быть доходы от развивающихся платных услуг, расширение сети коек дневного пребывания, развитие ДМС как разновидности платной медицины и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхов И.П., Морозова Т.Д., Юрьева Е.А. Основные направления экономического анализа медицинских учреждений. Учебное пособие.- Красноярск: Из-во КрасГМА, - 2005.
2. Артюхов И.П., Ильенков С.С., Морозова Т.Д., Кучерова И.Н., Аксютенко А.Н., Юрьева Е.А., Нефедова С.А. Анализ финансовой деятельности ЛПУ. Методические рекомендации. - Красноярск: Из-во КрасГМА, - 2004.
3. Артюхов И.П., Морозова Т.Д., Щепеньков В.Ю., Юрьева Е.А. Экономические ресурсы медицинских учреждений в условиях рыночных отношений. Учебное пособие для студентов. – Красноярск: Из-во КрасГМА, - 2004.
4. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятия.: Учебник. – 4-е изд. перераб. и дополн. – М.: ИНФРА-М, - 2007.
5. Щепин, В.О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития / В.О.Щепин, В.К.Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005.- № 2
6. Шевский В.И., Шишкин С.В., Шейман И.М. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы. Концепция Государственного университета. – Высшей школы экономики. - 2008.

ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ О БОЛЕЗНИ

Ю.В. Толочина

Пермский Государственный Национальный Исследовательский Университет

Кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: д.п.н, профессор Е.В. Левченко

Введение. Об актуальности изучения наркомании и лиц, употребляющих наркотики, в современном обществе говорить не приходится. Эта проблема является особо важной для многих областей науки, в том числе для клинической психологии. В первую очередь это связано с количеством лиц, употребляющих наркотические вещества. По данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков [6], на 2013 в России насчитывается 8 миллионов наркоманов. Причем до 30 тыс. жителей нашей страны ежегодно умирают от употребления наркотиков.

Значительная часть работ, посвященных изучению обыденных представлений, основывается на теории социальных представлений С. Московичи, так как этот подход позволяет изучать формы обыденного знания, используемые для объяснения различных явлений, объектов и придания смысла окружающему миру [1]. По мнению С. Московичи, социальные представления - это набор утверждений и объяснений, которые берут свое начало в повседневной межличностной коммуникации [5].

Структура социальных представлений включает в себя ядро и периферическую систему. Ядро является стабильной и устойчивой системой, оно придает смысл представлению и определяет его структуру. Периферическая система обеспечивает конкретизацию элементов ядра и защищает ядро и само представление от изменений. Ее основные свойства - вариативность и изменчивость [3].

Согласно теории социальных представлений Сержа Московичи, обыденное представление рассматривается не как элемент индивидуальной психики отдельного человека, а как нечто общее для сознания членов некой социальной группы. То есть, в разном обществе люди производят разные образы одной и той же социальной реальности, тем самым получая разные представления [4]. На основании этого можно предположить, что лица, употребляющие наркотические вещества, тоже являются некой обособленной социальной группой и их социальные представления имеют какие-то особенности. Проблемой исследования служит вопрос о том, является ли изменение обыденных представлений каким-то особым признаком наркозависимости или же наличие данной зависимости не влияет на структуру и содержание социальных представлений.

Целью исследования являлось изучение обыденных представлений наркозависимых о болезни.

Объектом исследования выступают обыденные представления о болезни. Предмет исследования – обыденные представления о болезни у лиц с наркотической зависимостью.

Предполагалось проверить следующие гипотезы:

1. Ключевыми компонентами представлений наркозависимых о болезни будут являться метафорические понятия.
2. Представления о болезни у наркозависимых будут содержать больше негативных элементов, чем представления о болезни у лиц, не имеющих наркотической зависимости.

Исследование проводилось на базе Пермского краевого наркологического диспансера в период с декабря 2014 по март 2015 года. В исследовании приняли участие 80 человек. Из них 40 имели наркотическую зависимость (36 мужчин и 4 женщины, средний возраст – 30,1 лет) и проходили реабилитацию в реабилитационном центре. Средняя продолжительность употребления наркотиков – 7,9 лет, преобладающий тип зависимости – героиновая (72,5%). Контрольную группу, сформированную случайным образом, составили 40 человек, не имеющих наркотической зависимости (35 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 29,6 лет).

Методами сбора данных выступили ассоциативный эксперимент и метод рисунка. В данной статье будут указаны результаты метода свободных ассоциаций. Для выявления структуры представлений была использована методика П. Вержеса [2].

Описание и анализ результатов.

Лица с наркотической зависимостью высказали 85 ассоциаций на слово «болезнь». Элементы зоны ядра и периферической системы представления о болезни составили 51,8% от общего числа высказанных ассоциаций. В этом случае средний ранг ассоциации составил 1,73, частота – 2,73.

На основании содержания представлений лиц с наркотической зависимостью о болезни можно сделать вывод, что все элементы представления носят негативную окраску. В этом случае явно прослеживается связь ядра представления с периферической системой. Понятия «вялость» и «смерть» являются самыми часто встречающимися в группе наркозависимых. Можно предположить, что первое является описанием состояния человека во время заболевания, в то время как второе – последствием болезни. «Вялость» соотносится с ядерным понятием «плохое самочувствие» и элементом периферии «недомогание». На первый взгляд трудно заметить связь «смерти» с другими элементами представления. Но на наш взгляд, такая взаимосвязь есть: смерть является

крайним вариантом болезни, ее последствием, поэтому все элементы представления в большей или меньшей степени соотносятся с ней. Также можно предположить, что «вялость» и «смерть» конкретизируются в периферической структуре через элементы, характеризующие негативно окрашенные эмоциональные проявления: «депрессия», «печаль», «чувство неуверенности».

В периферической зоне указаны категории, которые можно отнести к метафоричным понятиям: «горе», «яд», «проблемы». Также стоит отметить такие элементы представления о болезни как «наркомания» и «зависимость».

Лица без наркотической зависимости высказали 66 ассоциаций на слово «болезнь». Элементы зоны ядра и периферической системы представления о болезни составили 50,0% от общего числа понятий. В этом случае средний ранг ассоциации составил 1,41, частота – 2,83.

Ядро представлений составили четыре понятия, самым часто встречающимся является «плохо». Это своего рода оценка болезни. «Главный» элемент ядра имеет связь с другими понятиями, вошедшими в структуру представления. Поэтому все остальные также имеют негативную окраску (например, боль, уныние, апатия). Также стоит отметить конкретные симптомы заболеваний: кашель, насморк, простуда. Это говорит об одномерном видении болезни. Зону потенциальных изменений составили два понятия («больница», «постель»), указывающие на *не-активность* (термин, предложенный И.Б. Бовиной, 2009) больного.

На основании общего впечатления данной ядерно-периферической структуры представления, можно сделать вывод, что лица без наркозависимости видят болезнь как состояние человека, негативно воспринимаемое, но при этом не имеющего осложненной симптоматики.

Выводы

Болезнь представляется наркозависимыми и лицами без наркотической зависимости как негативно окрашенное состояние и имеет несколько схожих черт (больница, вялость, боль). Однако для лиц, больных наркоманией, болезнь ассоциируется с ее более серьезными последствиями (смерть, горе, проблемы). Не-наркозависимые видят болезнь как что-то менее глобальное, несущее незначительные нарушения (уныние, кашель, апатия, слабость). То есть можно выделить присутствие большего количества негативно окрашенных элементов в структуре представления лиц с наркотической зависимостью. Что подтверждает вторую гипотезу.

Понятия, вошедшие в структуру представления о болезни у респондентов без зависимости, являются часто употребляемыми, стандартными, при этом многие имеют элемент схожести. В структуре представления наркозависимых о болезни присутствуют нестандартные, метафорические понятия, однако они не входят в зону ядра, а являются частью периферии. На этом основании мы можем говорить только о частичном подтверждении первой гипотезы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бовина И.Б., Панов М.С. Обыденные представления о психически больных в студенческой среде // И.Б. Бовина. - Социологический журнал. – 2005. - №3. – с. 103-117.
2. Бовина И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы. Автореф. дисс. д. психол. наук. Москва, 2009.
3. Бовина И.Б. Наркотики и наркоманы: особенности социальных представлений в двух группах молодежи / И.Б. Бовина [и др.] // Психологическая наука и образование. - 2012. - №3.
4. Емельянова Т.П. Конструирование социальных представлений в условиях трансформации российского общества / Т.П. Емельянова. - М.: Институт психологии РАН. - 2006. - С.106
5. Социальные представления: теория, критика, эмпирия // Социология. Реф. жур. ИНИОН РАН М. - 1995. - №4. - С.79 – 98
6. Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fskn.gov.ru/> - 03.06.2015.

УДК 616.721.6-092.11

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.А. Транчукова, Н.В. Попенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Н.В. Попенко

Патология поясничного отдела позвоночника составляет около 30% в структуре общей заболеваемости, 20-30% всех заболеваний нервной системы и более 80% заболеваний периферической нервной системы [6].

Остеохондроз (новолат. *osteocondrosis*: греч. *osteon* - кость + греч. *chondros* - хрящ + лат. *-osis*) позвоночника – полифакторное дегенеративное заболевание позвоночно-двигательного сегмента, первично поражающее межпозвонковый диск, а вторично – другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему.

Остеохондроз позвоночника относится к числу хронических заболеваний, неврологические проявления которого, сопровождающиеся, как правило, стойким болевым синдромом, отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов. Поэтому, выявление адаптационных возможностей пациентов, изучение структуры их качества жизни представляет собой актуальную проблему [3].

Качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [2].

Понятие качества жизни, по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность индивидуума (больного) функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы. Собственно «качество жизни» определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью [1].

Оценивать здоровье и его влияние на качество жизни очень важно для пациентов, особенно в случае хронических заболеваний. «Физиологические исследования позволяют врачу располагать некоторой информацией, которая, однако, обычно ограничивает интересы пациента; часто эти данные плохо коррелируют с показателями физической работоспособности и ощущением хорошего самочувствия — областью наиболее интересной и близкой для пациента. Данные, полученные в условиях нагрузочного тестирования, часто очень слабо коррелируют с работоспособностью пациентов в обычной жизни. Это является одной из причин, по которой требуется измерять качество жизни. Другой причиной является то, что у пациентов с аналогичными клиническими проявлениями остеохондроза позвоночника возможны совершенно различные выходы из болезни. Так, у двух пациентов с одинаковым уровнем подвижности, даже с похожим уровнем болей в спине может быть совершенно разный уровень функционирования, разное эмоциональное самочувствие. Вследствие этого одни пациенты могут продолжать выполнение своей достаточно активной работы без развития депрессивных состояний, другие же с трудом могут выполнять простейшую работу на фоне выраженной депрессии. Разницу в трактовке состояний у этих пациентов легко уловить, оценив качество их жизни. Указанные причины объясняют, почему пациенты, врачи, организаторы здравоохранения во всем мире живо интересуются эффектом внедрения оценки качества жизни в медицину» [5]. Изучение качества жизни позволяет оценивать комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных вмешательств, прогнозировать течение заболевания. Концепция исследования качества жизни у пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника затрагивает широкий круг как психологических, так и медицинских вопросов.

Целью исследования явилось изучение качества жизни пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в условиях стационара.

Задачи исследования:

- а) анализ научно-методической литературы по теме исследования;
- б) подбор диагностического инструментария для исследования качества жизни пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника;
- в) проведение диагностики с помощью методики, направленной на исследование качества жизни больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования:

Исследование было организовано и проведено на территории МБУЗ Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск, в отделении нейрохирургии. В исследовании приняли участие пациенты с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (среди испытуемых: 9 женщин, 11 мужчин), находившиеся на стационарном лечении.

При проведении исследования использовался опросник «SF-36 Health Status Survey», созданный и рекомендованный МЦИКЖ.

«SF-36 Health Status Survey» относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни [4].

Полученные результаты исследования качества жизни пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника по опроснику «SF-36 Health Status Survey» представлены на рисунке 1.

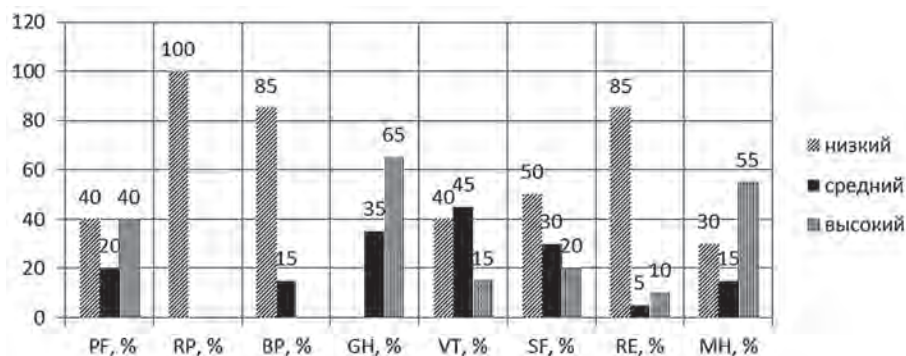


Рисунок 1. Показатели исследования качества жизни по опроснику «SF-36 Health Status Survey»

Как демонстрирует рис. 1., такие составляющие качества жизни, как физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), достоверно снижены. Низкие показатели по данным шкалам позволяют делать вывод о том, что физическая активность, повседневная деятельность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья, ухудшением эмоционального состояния. Значительное ограничение на активность пациентов накладывает болевой синдром. Ухудшение физического и эмоционального состояния, в свою очередь, значительно ограничивает социальные контакты пациентов, снижает уровень общения, мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). При этом общее состояние здоровья пациенты оценивают как «хорошее».

Таким образом, было установлено существенное снижение качества жизни как у мужчин, так и у женщин. Однако его структура в гендерном аспекте отличалась по отдельным сферам функционирования. (рис. 2).

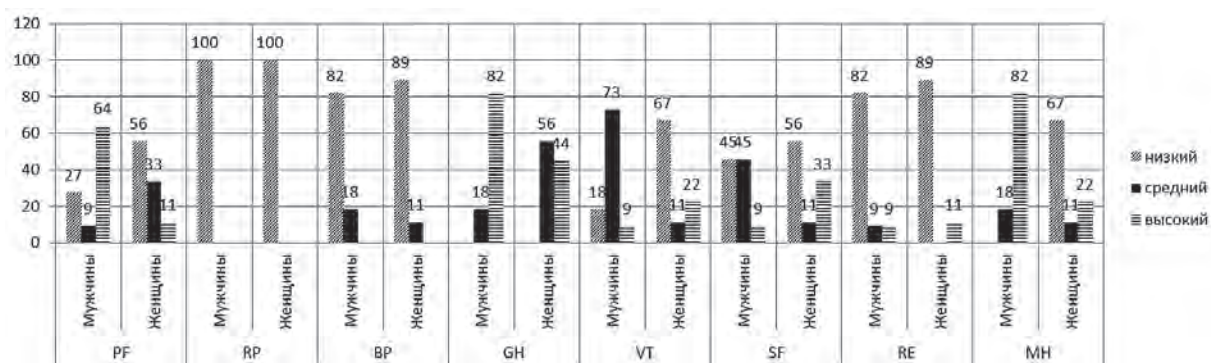


Рисунок 2. Сравнительная характеристика качества жизни мужчин и женщин с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника

По шкале PF показатели были наиболее низкими в группе женщин (56%), наиболее высокими – в группе мужчин (64%). Этот показатель определяет возможность выполнения различных физических нагрузок.

По шкале RP показатели были одинаково низкими как у женщин (100%), так и у мужчин (100%). Низкие показатели по данной шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность пациентов значительно ограничена их физическим состоянием.

По шкале BP и у женщин (89%), и у мужчин (82%) выявлены низкие показатели. Результаты показывают, что боль значительно ограничивает активность пациентов.

Шкала GH оценивает субъективное восприятие предшествующего и настоящего состояния здоровья, позволяет определять его перспективы. У женщин данный показатель оказался средним (56%) и высоким (44%), у мужчин (82%) – преимущественно высоким. Это свидетельствует о том, что пациенты оценивают свое состояние здоровья, в целом, как «хорошее».

По шкале VT показатели оказались наиболее низкими среди женщин (67%).

По шкале SF показатели были наиболее низкими среди женщин (56%), по сравнению с мужчинами (низкие – 45%, средние – 45%). Это свидетельствует о том, что женщины наиболее подвержены ограничению социальных контактов.

По шкале RE выявлены преимущественно низкие показатели как среди женщин (89%), так и среди мужчин (82%). Это указывает на то, что повседневная работа пациентов значительно ограничивается в связи с ухудшением эмоционального состояния.

По шкале МН среди женщин показатели оказались наиболее низкими (67%), среди мужчин (82%) – наиболее высокими. Это свидетельствует о большей склонности женщин к депрессивным, тревожным переживаниям.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что состояние здоровья женщин в значительно большей мере ограничивает их физическую активность, чем у мужчин. Также, снижение жизненной активности в группе женщин, вероятно, связано как с функциональными ограничениями, так и с психологической дезадаптацией. Кроме того, женщины наиболее подвержены ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Таким образом, анализ полученных результатов, выявленных в ходе исследования, свидетельствует о том, что остеохондроз позвоночника, неврологические проявления которого, сопровождающиеся, как правило, стойким болевым синдромом, отрицательно сказывается на качестве жизни пациентов. Влияние болевого синдрома приводит к ухудшению качества жизни и снижению эмоционального благополучия пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов, Д.Г. Современные подходы к исследованию качества жизни / Д.Г. Давыдов // Социальные науки и современное общество. – № 2. – 1012. – С. 54-67.
2. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионов, П. Кайнд // Петербург. – 1999. – С. 140.
3. Попелянский, Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы / Я.Ю. Попелянский // – Т.2, ч.1.. – 1983. – С. 359.
4. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В.А. Бывальцев, Е.Г. Белых, Н.В. Алексеева, В.А. Сороковиков – Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН. – 2013. – С. 32.
5. Пушкарев, А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов / А.Л. Пушкарев // Минск. – 2000. – С. 273.
6. Шмырина, К.В. Качество жизни больных с хроническими вертеброгенными болями в спине и вопросы рационализации лечебной тактики / К.В. Шмырина // диссертация на соискание ученой степени К.м.н.. – 2011. – С. 24.

УДК 378.172:796.078

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО

Д.С. Трофимов, А.Н. Черникова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж*

Научные руководители: к.м.н. Т.В. Потупчик, В.Н. Харюшина

Изучение проблем учащейся молодежи на современном этапе приобретает особую актуальность. На фоне негативных изменений экологической обстановки, социальных проблемы экономической нестабильности прослеживается динамика увеличения поступления в учебные заведения детей и подростков с ослабленным здоровьем [2]. Вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения студенты относятся к группе повышенного риска [6]. Адаптация к новым условиям обучения происходит благодаря мобилизации функциональных резервов и требует определенного напряжения регуляторных систем. Эти изменения происходят, прежде всего, в системах дыхания и кровообращения, которые ответственны за обеспечение органов и тканей кислородом и питательными веществами [1]. Сердечно-сосудистая система наиболее чутко реагирует на неблагоприятные воздействия окружающей среды, поэтому является индикатором адаптационно-приспособительных реакций [5].

Существовавшие еще в советское время нормы физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) возвращаются в Россию. В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания с 1 сентября 2014 года Указом Президента РФ был введен Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс ГТО. Данный указ предусматривает определение понятия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО как программной и нормативной основы системы физического воспитания населения. Предполагается, что внедрение норм ГТО позволит увеличить число россиян, уделяющих внимание физкультуре и спорту с 22,5% в 2012 году до 40% в 2020 году [7].

Целями комплекса ГТО в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования является:

- формирование у студентов устойчивой потребности в регулярных занятиях физической культурой и спортом;
- использование средств физической культуры и спорта в оздоровлении студенческой молодежи;
- совершенствование физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательных учреждениях.

Основными задачами комплекса ГТО являются:

- формирование у студенческой молодёжи устойчивого интереса к развитию собственных физических и морально-волевых качеств, здоровому образу жизни, готовности к защите страны;
- модернизация учебной и внеучебной деятельности по развитию массовой физической культуры в учебном заведении;
- совершенствование программно-методического обеспечения занятий физической культурой;
- осуществление контроля за уровнем физической подготовки и степени владения практическими умениями физкультурно-оздоровительной и прикладной направленности [9].

Цель данного исследования: провести сравнительный анализ гемодинамических показателей и уровня физической подготовленности у студентов порезультатамидвух этапов исследования.

Задачи:

1. провести оценку гемодинамических показателей у студентов 2 года обучения в колледже;
2. оценить уровень физической подготовленности у студентов 2 года обучения в колледже;
3. выявить динамические изменения в полученных показаниях.

В начале учебного года (2014 г.) было проведено обследование студентов женского пола 1 курса Фармацевтического колледжа, отделения «Сестринское дело» в количестве 34 человека в возрасте 15-19 лет. Исследуемые были разделены на 2 группы: основная группа - 15 студентов (проживающих в городе) и группа сравнения – 19 студентов (проживающих в сельской местности).

На 2 этапе по тем же показателям проведены исследования тех же студентов отделения «Сестринское дело» 2 курса в количестве 32 человек. Для изучения гемодинамических показателей использовались следующие методы исследования: антропометрия (измерение массы и длины тела) и подсчет индекса Кетле ИК = масса тела (кг) / длина тела (м)²; измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), числа дыхательных движений (ЧДД); подсчитывался индекс Робинсона ($ЧСС \cdot САД / 100$); вычислялись значения пульсового давления ($ПД = САД - ДАД$); по формуле Старра рассчитывались систолический объем ($СО = 90,97 + 0,54 \cdot ПД - 0,54 \cdot ДАД - 0,61 \cdot В$, где В-возраст обследуемого) и минутный объем кровотока ($МОК = СО \cdot ЧСС$); определялся индекс межсистемного взаимоотношения Хильдебранта ($Q = ЧСС / ЧД$) и индекс функциональных изменений ($ИФИ = 0,011 \cdot ЧСС + 0,014 \cdot САД + 0,008 \cdot ДАД + 0,014 \cdot В + 0,009 \cdot МТ - (0,009 \cdot ДТ + 0,27)$).

Все исследуемые показатели оценивались с учетом пола, антропометрических данных и возраста [3]. Для изучения уровня физической подготовленности студентов оценивались данные бега на 100 м, прыжка в длину с места, поднятие туловища, челночный бег, прыжки на скакалке [8]. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows».

На 1 этапе проведенный анализ свидетельствовал о том, что у студентов обеих групп часто встречались отклонения гемодинамических показателей: тахикардия (чаще наблюдалась у студентов сельской местности); повышенные показатели САД и ДАД (чаще отмечались у городских учащихся); у исследуемых обеих групп регистрировались пониженные показатели индекса Робинсона (40%) и нарушения межсистемных взаимоотношений в кардиореспираторной системе (30%), повышенные показатели пульсового давления (40%), свидетельствующие о снижении функциональных резервов организма. Нарушение физического развития в виде ИМТ чаще отмечалось у городских студентов (13,3%).

Пониженный уровень физической подготовленности студентов по показателям бега на 100 м, прыжка в длину с места, отжимания от пола наблюдался у значительного числа студентов обеих групп (40-68%), что свидетельствовало о недостаточной готовности обучающихся к сдаче норм ГТО.

На 2 этапе было проведено повторное исследование по тем же показателям, для определения следующих изменений. Эти изменения были выявлены по следующим показателям: бег на 100 м: на первом этапе 55,9% студентов имели показатели ниже нормы, однако на втором этих студентов стало на 2,6% меньше и составило 53,3%, прыжки в длину с места: 64,7% учащихся на первом этапе и 59,4% на втором, челночный бег: студентов, не сдавших норматив было 5,8%, а на втором 3,1%, остальные показатели физической подготовленности улучшились не более чем на 1%. Также изменились гемодинамические показатели: количество студентов, имеющих отклонения со стороны АД, уменьшилось на 4%, тахикардия была отмечена у 32,3% обучающихся на первом этапе, на втором - их число уменьшилось также на 4%. Индекс Робинсона, характеризующий работу сердца, был ниже нормы у 53,8% на первом этапе, а на втором таких студентов оказалось 41,2%. Минутный объем крови улучшился у 22,6% студентов, по сравнению с первым этапом

Таким образом, отмечается минимальная, но положительная динамика со стороны как гемодинамических, так и показателей физической подготовленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко // Ростов н/Д.: Феникс.- 2000. – С. 248.
2. Баранов, А. А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации / А. Г. Ильин, А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-12.

3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков: методические рекомендации. – Красноярск: тип. КГМА, 2002. – С. 49.
4. Критерии оценки адаптационных состояний у детей школьного возраста: методические рекомендации для курсантов ИПО – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012. – С. 17.
5. Псеунок, А. А. Адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы детей, обучающихся по новым образовательным программам / А. А. Псеунок // Педиатрия. – 2005. – № 6. – С. 77-79.
6. Спицин, А. П. Вариабельность сердечного ритма в условиях нервно-психического напряжения / А. П. Спицин, Т. А. Спицина // Гигиена и санитария. – 2011. - №4. – С. 65-68.
7. Туревский, И. М. Соотношение основных средств физического воспитания при подготовке студентов к сдаче норм комплекса ГТО / И. М. Туревский, А. Ю. Фролов, Г. А. Петрушина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. - № 1-3 (32). – С. 23-30.
8. Приказ Министерства спорта РФ №575 «Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «готов к труду и обороне» (ГТО)»
9. Внедрение Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса ГТО в Ярославской области [Электронный ресурс]: http://gto76.pf/normativnaya_baza/student_sport.html.

УДК 616.02627

ИСТОРИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ И ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ: СОЦИАЛЬНО - ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ

М.М. Турова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: ст. преп. Д.А. Ноздрин

Слово «история» имеет в большинстве европейских языков два основных значения: одно из них отсылает к прошлому человечества, другое — к литературно-повествовательному жанру, рассказу о неких событиях. В первом значении под историей подразумевается прошлое в самом широком смысле — как совокупность человеческих деяний. Кроме того, термин «история» указывает на знание о прошлом и обозначает совокупность социальных представлений о минувшем времени. Синонимами истории в этом случае выступают понятия «историческая память», «историческое сознание», «историческое знание» и «историческая наука».

Явления, обозначаемые этими понятиями, взаимосвязаны, и провести границу между ними почти невозможно. Однако в целом два первых понятия в большей степени указывают на стихийно формирующийся образ прошлого, в то время как два последних подразумевают преимущественно целенаправленный и критический подход к его познанию и оценке.

Историческое знание сформировалось в древности в процессе развития общества и социального сознания. Интерес сообщества людей к своему прошлому стал одним из проявлений тенденции к самопознанию и самоопределению. В основе его лежали два взаимосвязанных мотива — желание сохранить память о себе для потомков и стремление понять собственное настоящее путем обращения к опыту предков.

История как процесс познания прошлого, включающий отбор и сохранение информации о нем, — это одно из проявлений социальной памяти, способности людей хранить и осмысливать собственный опыт и опыт предшествующих поколений. Однако, понятия история и историческое сознание похожи в большей степени, но все же отличаются друг от друга.

Под историческим сознанием в науке понимается совокупность представлений и взглядов, традиций, посредством которых у индивидов и различных социальных групп формируется представление о своем происхождении, важнейших событиях в своей истории и выдающихся деятелях прошлого, о соотношении своей истории с историей других общностей людей и всего человеческого сообщества. Следовательно, историческое сознание - это оценка прошлого во всем его многообразии, присущим и характерным как для общества в целом, так и для различных социальных групп, а также отдельных людей. Историческое сознание представляет собой коллективную память. Историческое сознание порождается памятью о прошлом и становится мыслью, протянутой через цепь времен.

Историческое сознание, или коллективная память общества, неоднородно, так же как и индивидуальная память человека. Для формирования исторической памяти важны три обстоятельства: забвение прошлого; различные способы истолкования одних и тех же фактов и событий; открытие в прошлом тех явлений, интерес к которым вызван актуальными проблемами текущей жизни.

Формирование Исторического сознания включает три уровня:

Первый (низший) уровень исторического сознания формируется на основе накопления непосредственного жизненного опыта, когда человек на протяжении своей жизни наблюдает какие-то события или даже является их участником. Накопленные впечатления, факты, со временем складываются в воспоминания.

Следующий уровень исторического сознания отражает особую значимость и актуальность информации о прошлом в тесной связи с настоящим и будущим. Касается он исторической памяти.

Основателем теории исторической памяти считается Морис Хальбвакс, сущность его гипотезы в том, что история и историческая память во многих отношениях противоположны: история обычно начинается в тот момент, когда заканчивается традиция, когда затухает или распадается социальная память. Пока воспоминание продолжает существовать, нет необходимости фиксировать его письменно, да и вообще как-то фиксировать. Поэтому потребность написать историю того или иного периода, общества и даже человека возникает только тогда, когда они ушли так далеко в прошлое, что у нас мало шансов найти вокруг себя много свидетелей, сохраняющих о них какое-либо воспоминание» [1].

Историческая память является выражением процесса организации, сохранения и воспроизводства прошлого опыта народа, государства для возможного его использования в деятельности людей или для возвращения его влияния в сферу общественного сознания» [2].

Она формируется на основе безымянного народного творчества, сказаний, легенд, героического эпоса. Свойство исторической памяти в том, что она актуализирована и избирательна (то есть нередко делает акценты на отдельные исторические события, игнорируя другие). актуализация и избирательность связаны со значимостью исторического знания и исторического опыта для современности, для происходящих в настоящее время событий и процессов и возможного их влияния на будущее. В этой ситуации историческая память нередко персонифицируется, и через оценку деятельности конкретных исторических личностей формируются впечатления, суждения, мнения о том, что же представляет особую ценность для сознания и поведения человека в данный период времени.

На этом же уровне формирования исторического сознания происходит передача традиций посредством подражания младшего поколения поведению старших.

Следующая ступень исторического сознания формируется под влиянием художественной литературы, искусства, театра, живописи, кино, радио, телевидения, под влиянием знакомства с историческими памятниками. Впечатления от увиденного и услышанного сохраняются на всю жизнь.

Роль литературы, искусства и, особенно, СМИ очень велика в формировании исторического сознания, однако, как показывает теперь уже большой опыт, газеты, радио, телевидение могут изменить общественное мнение, симпатии и антипатии, но не могут, служить источником серьезных исторических знаний.

Функции исторического сознания:

- а) мировоззренческая, которую можно дифференцировать на информационную, оценочную, идеологическую; культурно-воспитательную;
- б) познавательная, в том числе накопление знаний о прошлом, о настоящем, о предвидимом будущем;
- в) методологическая.

Однако, людям свойственно забывать одни события и преувеличивать значимость других (т. е. актуализировать их). Причины, по которым то или иное сообщество вычеркивало из коллективной памяти отдельные факты и события, позволяют понять, каким образом это сообщество осмысляло свое место в истории. Забвение тех или иных аспектов прошлого происходило по разным причинам.

Во-первых, людям могли быть неизвестны отдельные обстоятельства и события, в глубине столетий терялись целые эпохи истории регионов и народов. Как правило, забытой оказывалась история тех периодов, в которые не существовало развитой традиции письменной фиксации событий.

Во-вторых, утрата памяти о прошлом могла быть связана с естественным процессом исчезновения сведений о тех или иных явлениях из человеческого и социального сознания. Память отдельного человека и коллективная память сообщества не могут удерживать информацию о великом и разнообразном множестве исторических фактов. Забвение — инструмент самосохранения человечества. Наряду с процессом неизбежного вымарывания отдельных сведений из памяти сообщества, действовал и процесс сознательного отбора той информации, которая представлялась людям важной, подлежала сохранению и передаче потомкам.

В-третьих, забвение прошлого может быть результатом сознательного манипулирования общественным сознанием, как правило, имеющим политические или идеологические основания. Т.е. интересы, частные по своей сути, выдаются за интересы, которые отвечают интересам общества (нации) в целом. Умолчание о неприглядных фактах истории должно было укреплять национальное самосознание и гордость. Типичным можно считать и уничтожение завоевателями памяти о поверженных противниках.

Забвение — неотъемлемый элемент исторической памяти. оно искажает образ прошлого, существующий или воссоздаваемый в сознании потомков. однако, без отсека «лишней информации» не может быть восстановлена целостная, обладающая внутренней логикой картина событий, и история превратится в необъятное и хаотичное нагромождение фактов.

Изучение проблематики памяти мы находим в работах таких философов как: Платон, Аристотель, Плотин, А.Августин, Г.Гоббс, Д.Локк, И.Кант, Г.В.Гегель, К.Маркс, Ф.Ницше, М.Хайдеггер, П.Рикер, Н.А.Бердяев, М.Лопатин, В.Соловьев, П.А.Флоренский.

Для Аристотеля память – это память о прошлом «память не есть ни ощущение, ни постижение, но – приобретенное свойство или состояние чего-то из них по прошествии времени. О настоящем же в момент настоящего нельзя помнить, ... но настоящее постигается ощущением, будущее – предвидением, а прошедшее – памятью. Значит, любая память – вместе со временем» [3]. По Платону, познание в конечном счете оказывается припоминанием

История, как говорил Ницше, «нужна нам для жизни и деятельности, а не для удобного уклонения от жизни и деятельности» [4]. Настоящее же, то есть бытие, не нуждается в памяти. Служить жизни – основное требование Ницше к истории. Он связывает появление истории с психологической способностью человека помнить то, что уже произошло. В результате, он считает, что история зависит от психологических особенностей людей и должна соответствовать их определённым психологическим запросам. На основе этого деления людей на психологические типы он выделяет три «рода» истории: монументальный, антикварный и критический. Монументальная история нужна деятельному человеку, который ведёт борьбу и нуждается в образцах для подражания, учителях, которых не может найти среди современников. Польза этого рода истории заключается в том, что человек учится понимать, «что-то великое, что некогда существовало, было, во всяком случае, хоть раз возможно», и это даёт ему силы пройти свой путь с большим мужеством. Антикварная история необходима для воспитания уважения к прошлому своего народа, с детства прививает человеку любовь к Родине, предкам, чувство общности судьбы со своим народом. Благодаря этому виду истории люди хранят и берегут свидетельства истории, памятники прошлых лет. Ницше так характеризует критическую историю: «человек должен обладать и от времени до времени пользоваться силой разбивать и разрушать прошлое, чтобы иметь возможность жить дальше; этой цели достигает он тем, что привлекает прошлое на суд истории, подвергает последнее самому тщательному допросу и, наконец, выносит ему приговор...

В определенном смысле, согласно М.Мамардашвили, прошлое является врагом мысли, ибо оно мешает понимать то, что есть на самом деле. Порой человеку и обществу необходимо очистить свое сознание от несовершенных идей и опытов с тем, чтобы заново осмыслить пройденное, пережитое [5]. Большой интерес в этом отношении для нас представляет позиция выдающегося философа XX века Карла Поппера о взаимодействии прошлого, настоящего и будущего. Им обосновано положение об асимметричности прошлого и будущего, о том, что прошлое уже состоялось и мы не можем на него повлиять, разве что может измениться наше знание о нем. Однако наша жизнь и деятельность нацелены на возможность оказывать влияние на будущее. «Стрелы времени» так или иначе направлены в будущее.

Н.А. Бердяев предавал большое значение мифу, он считал, что миф всегда играл особую роль в истории. История и есть миф. Миф – не выдумка, а события, сохранившиеся в народной памяти. Исторические мифы имеют огромное значение, в мифе содержится передающийся в народной памяти рассказ не только об истории, но и о роли человека в истории. Историю нужно рассматривать в совокупности с человеком: нельзя выделить человека из истории, нельзя выделить историю из человека. Правильно понять историю можно лишь осознав равенство между своей собственной исторической судьбой и судьбой человечества. Бердяев говорит, что в предании содержится символика судьбы народа [6].

Что касается современного состояния исторической памяти, то из данных СМИ известно, что в Польше (в результате политических разборок) подверглись сносу памятники солдат советского союза, которые принимали участие в освобождении Польши от войск Гитлера. В их числе оказался памятник генералу Ивану Даниловичу Черняховскому, установленному на месте его гибели 18 февраля 1945 года в боях за освобождение от гитлеровских войск территории бывшей Восточной Пруссии. Уже не в первый раз подвергся осквернению монумент Благодарности Красной Армии в Варшаве. Отрицание освободительной миссии Красной Армии, того, что именно благодаря ей было обеспечено выживание польской нации, не только противоречит правде истории, но и глубоко аморально, оскорбительно по отношению к священной памяти более 600 тысяч советских солдат и офицеров, погибших при освобождении Польши.

Результаты проведенного в 2014 году российскими учёными социологического исследования позволяют определить место исторической памяти в процессе социализации молодёжи» [7]. На вопрос, какие из указанных преобразований в отечественной истории последних веков, на Ваш взгляд, ускорили прогресс России, а какие не имели исторического значения или задержали ее развитие, все респонденты ответили единодушно. По мнению учащейся и работающей молодежи и участников общественных организаций, прогресс в России ускорили «реформы Петра I» (66,3% и 54,7% соответственно) и «отмена крепостного права» (35,7%, 28,7% соответственно). Задержали развитие страны: перестройка, начатая М.С. Горбачевым (40,7% от участников молодежных общественных организаций и 37,5% от учащейся и работающей молодежи) и реформы 90-х годов, начатые Б.Н. Ельциным (45,6% от участников молодежных организаций и 34,4% от учащейся и работающей молодежи).

Сегодня, когда в нашей стране не угасают политические и экономические события, так важно не забывать опыт минувших поколений. Ведь память о наших предках составляет главное богатство нашей души. Чем больше дорожит человек памятью своих предков, тем лучше осознает он свое место в этом мире, тем глубже чувствует свою ответственность за будущее. Именно поэтому, формирование исторического сознания и сохранение исторической памяти так важно для нашего поколения. Эти качества необходимо прививать у нашей молодежи.

Познав опыт прошлых поколений, нам удастся избежать ошибок в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морис Хальбвакс, М. Коллективная и историческая память // Неприкосновенный запас, - 2005. №2-3. – С. 22.
2. Репина, Л. П. История и память: историческая культура Европы. М.: Круг, - 2006. С. 768.
3. Аристотель. О памяти и припоминании // Вопросы философии. – 2004. - №7.
4. Ницше Ф. О. О пользе и вреде истории для жизни. - С.159.
5. Мамардашвили М. Картезианские размышления. – М., 1993. – С. 31.
6. Бердяев Н.А. Смысл истории. М., гл.1.
7. Жмыхов М. Э. Феномен исторической памяти в процессе социализации молодёжи -Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», - 2015. — С. 275–278.

УДК 616.24-008.7-073.173-057.87

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У СТУДЕНТОВ

Д.А. Турусина

Сибирский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: д.м.н., проф. Я.В. Поровский

Заболевания органов дыхания среди населения Российской Федерации в настоящее время занимают 5 место (4,0% или 53,0 на 100 тыс. населения) в структуре основных причин смертности населения и 1 место в структуре общей заболеваемости населения по основным классам болезней [2]. Их «вклад» в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения еще более значителен, в связи с чем возрастает необходимость ранней диагностики для своевременного лечения заболеваний дыхательной системы [3, 4].

Студенты – это наиболее перспективная общественная группа, находящаяся на этапе формирования социальной и физической зрелости, хорошо адаптирующаяся к факторам природного и социального окружения, но тем не менее подверженная высокому риску нарушений состояния здоровья. Среди отрицательных воздействий на здоровье отмечается ухудшение социально-экономических показателей, санитарно-эпидемиологической и экологической ситуации в стране. Показатель заболеваемости в различных вузах колеблется от 650,1 до 750,8 студентов на тысячу в год. В структуре заболеваемости на первом месте стоят бронхолегочные заболевания 59%-76%. [2].

Функция внешнего дыхания (ФВД) включает вентиляционную и респираторную функции легких. Вентиляционная функция представляет собой процесс механического смешения газов выдыхаемого и вдыхаемого воздуха и оценивается на первом этапе исследования ФВД с использованием методов спирографии, пневмотахометрии и определения структуры легочных объемов. Респираторная функция легких (то же, что и диффузионная способность легких (DL)) заключается в газообмене между кровью малого круга кровообращения и альвеолярным воздухом и оценивается с помощью трансфер-фактора (TL) на втором этапе исследования. Значение TL зависит прямо пропорционально от площади альвеолярно-капиллярной мембраны (S), через которую происходит диффузия газа в легких, и градиента парциального давления газа (P) между воздухом и венозной кровью (P_1-P_2), и обратно пропорционально от толщины альвеолярно-капиллярной мембраны (d). Данную зависимость выражают с помощью формулы:

$$TL=k*(S/d)*(a/\sqrt{M})*(P_1-P_2), \quad \text{где}$$

k – константа диффузии, которая прямо пропорционально зависит от растворимости газа (a) и обратно пропорционально от его молекулярной массы (M) [6, 9].

При интерстициальных заболеваниях легких установлена большая информативность исследования TL по сравнению с показателями вентиляционной функции. При этом на начальном этапе развития ряда заболеваний (например, «легкое фермера», лучевой фиброз) изменение TL может быть единственным функциональным нарушением, выявленным у больного [8].

В то же время в современной клинической медицине использование данного метода сталкивается с рядом проблем: ограниченное число результатов исследований TL у здоровых людей и необходимость их правильной оценки, а также сравнения с более ранними показателями, определенными в той же лаборатории на репрезентативной выборке здоровых лиц с учетом вариабельности показателя.

Поэтому перед данным исследованием стояла цель определить диапазон нормальных величин диффузионной способности легких среди здоровых лиц в возрасте 19-23 лет, коими явились студенты-медики СибГМУ. Для этого были решены следующие задачи: 1) поиск и изучение литературы про исследования TL у здоровых лиц в возрасте 19-23 лет; 2) формирование группы испытуемых и сбор информированных согласий согласно Хельсинской декларации о правах человека [декларация]; 3) исследование TL в созданной группе лиц; 4) оценка полученных результатов с учетом лабораторной вариабельности показателя, технической и биологической вариабельностью метода.

Показатели респираторной функции легких определяли на универсальной камере «MASTERLAB Pro» (Erich Jaeger, Германия) в общеклинической лаборатории СибГМУ. Для этого был применен метод, рекомендованный Европейским респираторным обществом, - метод однократной задержки дыхания (single breath method) с использованием монооксида углерода (TLCO) [10, 11]. Дополнительно к этому были измерены отношение TLCO к альвеолярному объему (TLCO/VA) - «удельная диффузия» или диффузионную способность на единицу объема, и диффузия, скорректированная по гемоглобину (TLCOc). В исследовании участвовало 23 здоровых студента-добровольца (18 юношей, 5 девушек) в возрасте $21,5 \pm 0,8$ г, прошедших профилактический медосмотр. Вариабельность показателей DL определяли в течение месяца с интервалом в неделю: трехкратно - у пяти юношей, четырехкратно - у трех девушек и трех юношей. Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.

По окончании исследования были получены такие результаты:

1. Значения TL у юношей колебались от 12,4 до 13,6 ммоль/мин/кПа. В 4-х случаях фактические величины составили 104-108%, в остальных 99,1 - 91,4 % от должных, предсказанных по росту и возрасту. Показатели TL у пяти девушек были в пределах 8,2 - 9,2 ммоль/мин/кПа. Фактические величины составили 99,1-77,7 % от должных значений;

2. При повторных исследованиях у юношей средняя величина TL составила соответственно 12,4 ммоль/мин/кПа, 12,9 ммоль/мин/кПа, 13,3 ммоль/мин/кПа, 13,6 ммоль/мин/кПа. Отличия показателей составили соответственно 9,5%, 5,6%, 2,4%. У девушек средняя величина TL в повторных исследованиях равнялась: в 1-ом наблюдении - 8,48 ммоль/мин/кПа; 2-ом - 8,68 ммоль/мин/кПа; 3-ем - 8,99 ммоль/мин/кПа, 4-ом - 9,12 ммоль/мин/кПа. Различия в показателях составили соответственно 7,0%, 4,7%, 2,4%;

3. У одного юноши величина TL была на нижней границе диапазона нормы, установленного в данном исследовании;

4. Величина TL у одной девушки вышла за диапазон лабораторной вариабельности и была ниже должной.

С учетом ошибки средней, лабораторной вариабельностью показателя, технической и биологической вариабельностью метода были определены границы нормальных значений диффузионной способности легких у людей в возрасте от 19 до 23 лет (Таблица №1).

Таблица 1

**Показатели диффузионной способности легких (трансфер-фактора, TLCO)
у студентов: юношей и девушек ($M \pm m$), - в возрасте 19-23 лет**

Показатель	Юноши, (n=18)	Девушки, (n=5)
TL, ммоль/мин/кПа	$12,96 \pm 0,02$	$8,76 \pm 0,34$

Подводя итоги работы, важно отметить, что не было найдено данных о величинах DL у здоровых лиц в возрасте 19-23 лет в источниках литературы, но полученные в проведенной работе показатели DL (TLCO) могут быть использованы в качестве нормы при выполнении исследований на пациентах данного возраста. Была выявлена вариабельность TL у здоровых студентов, которая достигает 9,5% у юношей и 7,0% у девушек и конкретизирует данные известной классификации изменений легочной диффузии [9]. Изменения TL, выходящие за границу нормального диапазона, являются истинными, так как превышают изменения, обусловленные технической и биологической вариабельностью метода. Выявленное снижение TL до нижней границы нормы у студента обосновывает необходимость его исследования в динамике; снижение TL у студентки ниже установленной вариабельности и должных значений является клинически значимым, свидетельствуя о недостаточности внешнего дыхания диффузионного вида. Снижение TL в последнем случае может быть связано с рядом патологических изменений интерстициальной ткани легких: уменьшением площади альвеолярно-капиллярной мембраны или увеличением ее толщины, - которые развиваются при таких заболеваниях, как отек легких, пневмокониозы, острые и хронические пневмонии и др. [6, 8, 9].

Необходимо дальнейшее обследование в динамике, уточнение анамнеза жизни и разработка профилактических мер для предотвращения прогрессирования диффузионных нарушений. В настоящее время, до уточнения причин снижения TL, студентка определена в специальную медицинскую группу.

Широкий разброс значений TL в исследуемой группе доказывает возможность влияния на его развитие внешних факторов, в том числе, экологического неблагополучия региона постоянного проживания. Выход за пределы полученного диапазона величин может быть обусловлен скрытым табакокурением, так как курение является распространенной привычкой среди студентов-медиков, причем его интенсивность возрастает в процессе обучения в вузе [1, 2, 7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горбунов Н. В. Состояние микрососудистой реактивности и функции внешнего дыхания у курящих студентов-медиков: автореф. дис. ...канд. мед. Наук : 14.01.04 / Н.В. Горбунов. – Астрахань, 2013. – 31 с.

2. Здравоохранение России. 2015: Стат. сб.//Росстат. – М., 2015. – С. 21-29.
3. Кретова И. Г. Состояние функции внешнего дыхания у студентов в зависимости от потребления психоактивных веществ/ И.Г. Кретова, И.И. Березин, Н.В. Русакова Н. В. // Вестник СамГУ. – 2011. - № 2(83). - С. 224–231.
4. Неклюдова Г.В Клиническое значение исследования диффузионной способности легких / Г.В. Неклюдова, А.В. Черняк // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2013. - № 4. - С. 54-59.
5. Норейко С.Б. Состояние функции внешнего дыхания здоровых людей молодого возраста. / Норейко С.Б. // Физическое воспитание студентов. – 2012. - №1. - С. 84-86.
6. Патологическая физиология: учебник: в 2 т. / А.Д. Адо [и др.]; под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 2. – 640 с.
7. Состояния пульмонологического риска и их связь с заболеваниями органов дыхания у студентов в Новосибирске / Г.С. Шишкин [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2004. – Вып. 19. - С.17-21.
8. Тетенов, Ф.Ф. Исследование функции аппарата внешнего дыхания. Основы клинической физиологии дыхания: учебное пособие / Ф.Ф. Тетенов, Т.Н. Бодрова, К.Ф. Тетенов и др. // – 2-е изд., доп. и испр. - Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2008. - 164 с.
9. Чернявская Г.М. Методы исследования внешнего дыхания в практике терапевта и пульмонолога: учебное пособие / Г.М. Чернявская, Ф.Ф. Тетенов, А.В. Дубаков. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2009. – 103 с.
10. Чеснокова, В.Н. Здоровый университет: учебное пособие / В.Н. Чеснокова, И.А. Варенцова. - Архангельск: Изд-во АГТУ, 2009. - 98 с.
11. Standardization of the measurement of transfer factor (diffusing capacity) / J.E. Cotes, D.J. Chinn, P. H. Quanjer et al. // European Respiratory Journal. - 1993. - №. 16. - P. 41-52.

УДК 615.322:547.98

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОДЕРЖАНИЯ ТАНИНОВ В ДИКОРАСТУЩИХ РАСТЕНИЯХ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ТРАВЯНЫХ СБОРОВ

А.Д. Уварова, М.И. Крехтунова

Красноярский государственный медицинский университет им.проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Т.К. Захарова

В литературных источниках в разделах фито химии уделяется серьезное внимание изучению биологически активных веществ, которые широко используются в медицине(1). В наших исследованиях сделан акцент на изучении танинов (дубильных веществ), которые обладают многими целебными свойствами.

Танины- это высокомолекулярные соединения фенольной природы, состоящие из эфира дигалловой кислоты и глюкозы(2). В свободном виде реже встречаются в растениях в основном в смеси с двумя другими группами - катехинами и эллаговой кислотой, обладают вяжущими свойствами, в их присутствии осаждаются белки. Эти свойства нашли применение в медицине. Таким образом, в работе сделан упор на поиск растений, содержащих танины. Известно, что они бактерицидны , являются антиоксидантами, вместе с катехинами обладают Р- витаминной активностью и рядом других свойств. Актуальность исследования в том, что растения недостаточно изучены на количественное содержание танинов. В литературе указывается лишь среднее содержание в % наличие танинов по отдельным семействам. Оно составляет 0,2-10 -15 %.

Результаты по отдельным растениям неизвестны. Анализ литературы позволил поставить тему исследования, определить наличие танинов в различных органах, выделить растения с наиболее высоким содержанием танинов. Это позволит дать рекомендации по практическому использованию конкретных растений.

Цель работы: определить количественное содержание танинов в дикорастущих растениях.

В задачи исследования входило определение количества танинов методом титрования в различных частях растений, произрастающих в лесостепной зоне и зоне подтайги Красноярского края.

Объекты изучения: горечавка желтая (*Gentiana lutea* L), лавр благородный (*Laurus nobilis* L), полынь горькая (*Artemisia absinthium* L), пижма обыкновенная (*Tanacetum vulgare* L), одуванчик лекарственный (*Taraxacum officinale* Web), лапчатка прямостоячая (*Potentilla erecta* L), кровохлебка лекарственная (*Sanquisorba officinalis* L), рододендрон даурский (*Rhododendron dahuricum* L), череда трехраздельная (*Bidens tripartata* L), бадан толстолистный (*Bergenia crassifolia* L), брусника (*Vaccinium vitis-idaea* L), полынь обыкновенная (*Artemisia vulgaris* L), полынь серая (*Artemisia glauca* Pall L), цимбопогон-лимонная трава (*Cymbopogon* L), горицвет весенний (*Adonis Vernalis* L), золототысячник обыкновенный (*Gentaurium erythraea* L), лиственница сибирская (*Larix sibirica* Ledeb L), розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis* L) цитрус-лимон (*Citrus* L), крапива двудомная (*Urtica dioica* L), водяника черная (*Empetrum nigrum* L).

Методика исследования: определение количественного содержания танинов в различных частях растений производили классическим методом(3). В основе метода лежит титрование 0,1н раствором перманганата калия вытяжки, полученной из сухого материала(1г). В качестве индикатора использовали индигокармин. Данная методика применяется для определения содержания танинов в различных частях растений(4).

Обсуждение результатов. Трехкратное определение содержание танинов в каждом изучаемом объекте представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количественное содержание в отдельных частях растений

Название растения	Части растения	Содержание танинов в 1 г сухого вещества
Горечавка желтая	Корень	10,5
	Листья	0,52
Лавр благородный	Листья	10,4
Полынь горькая	Трава	10,4
Пижма обыкновенная	Цвет корзинки	4,2
Одуванчик лекарственный	Корень	4,16
Лапчатка прямостоячая	Трава	4,2
Кровохлебка лекарственная	Трава	3,12
	Корень	4,16
Рододендрон Даурский	Листья	3,12
	Стебель	
Черёда трехраздельная	Трава	3,1
Бадан толстолистный	Корневище	2,57
Брусника	Листья и стебель	2,07
Полынь обыкновенная	Трава	1,7
Полынь серая	Трава	2,1
Цимбопегон-лимонная трава	Листья	1,0
Горицвет весенний	Трава	0,5
Золототысячник обыкновенный	Трава	0,52
Лиственница сибирская	Хвоя	0,51
Розмарин лекарственный	Листья	0,52
Цитрус	Листья	0,52
Крапива двудомная	Трава	0,52
Водяника черная	Трава	0,32

Из таблицы видно, что наибольшее количество танинов содержится в корнях и корневищах (Горечавка желтая, одуванчик лекарственный, кровохлебка лекарственная, бадан толстолистный), меньше в листьях и траве. Более низкие показатели (0,5-0,3%) говорят о том, что данные растения не являются специфичными по содержанию танинов.

Проведенные исследования (2008-2014гг) говорят о том, что содержание танинов также зависит от возраста собранного материала, места произрастания(лес, степь, горы), географического положения(района Красноярского края). Играет роль свежесть материала. Чем старше материал, тем меньше в нем танинов (полынь обыкновенная, полынь серая). Выводы:

Выявили, что содержание танинов зависит от многих факторов: свежесть материала, органа растения, места произрастания, времени сбора (год и месяц).

Изученные растения на содержание танинов можно рекомендовать включать в травяные сборы, зная их физиологическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шепелева, Л.Ф. Биохимия растительного сырья в условиях техногенных ландшафтов Ханты-Мансийского А.О. / Л.Ф. Шепелева, М.В. Филимонова. - Томск, - 2008. - С. 21-24.
2. Красильникова, Л.А. Биохимия растений // Л.А. Красильникова, О.А. Авксентьева[и др.]. - Ростов на Дону; Харьков; Феникс, - 2004. - С. 224.
3. Виноградова, Т.А. Практическая фитотерапия. - М: Олма-Пресс; - СПб.: Изд. Дом(Нева), - 1998. - С. 640.
4. Захарова, Т.К. Определение количественного содержания танинов в дикорастущих растениях / Т.К. Захарова, М.О. Воробьева, Е.А. Овсянникова. - Стерлитамаг : РИЦ АМИ, - 2015. - С. 14-17.
5. Соловьева, В.А. Целебные травы России / В.А. Соловьева. - М: АСТ; СПб: Астрель-СПб, - 2006. - С. 284.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АСТМА: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

А.М. Утенова

Южно-Казахстанская Государственная Фармацевтическая Академия

Кафедра терапевтических дисциплин

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.Е. Кушекбаева

Актуальность: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и Бронхиальная астма (БА) – эти заболевания при которых главным образом происходят нарушение проходимости дыхательных путей. Выявление бронхо-обструктивного синдрома является ведущим пунктом в перечне диагностики и алгоритмах этих заболеваний. Во всем Мире данные показатели распространенности и заболеваемости ХОБЛ и Бронхиальной астмы до сегодняшнего времени снижены нежеле, чем повышены. Чем Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), Бронхиальная астма (БА) диагностируется лучше, но в нашей стране встречаются некоторые моменты которые указывают на гиподиагностику и выявления данной патологии ни чем не отстает от иной. Распространенность Бронхиальной астмы в среднем варьирует от 0 до 30% [1]. По прежнему дифференциальный диагноз Бронхиальной астмы (БА) и Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) совершенствуется постоянной. Всем уже известно как примерно у 10-15% больных Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) имеется также и Бронхиальная астма (БА).

Очень простые наблюдения указывающие на то, что сочетание этих двух патологии сопровождаются снижением объема форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ1), даже если при высоком приросте с β -2-агонистом. Отмечается прогрессирование дыхательной недостаточности, который носит стойкий характер, снижение эффективности глюкокортикостероидов, которые при изолированной бронхиальной астме являются высокоэффективными.

Цель исследования – изучение распространенности сочетания Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и Бронхиальной астмы (БА) и динамика клинико-инструментальных признаков заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведена активный поиск среди больных госпитализированные с Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и Бронхиальной астмой (БА), обратившихся в Областную клиническую больницу отделение пульмонологии с последующим клиническим осмотром, анкетированием и проведением им спирометрии. По данным результатам осмотра и обследовании (спирометрия) были сформированы группа наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждения. Оследовано 9360 больных, из них 83,3% (7805 человек) обнаружены изменения на спирограмме, характерные для Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и Бронхиальной астмой (БА). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) впервые выявлена у 414 человек (4,4%), Бронхиальная астма (БА) - у 56 человек (0,59%), сочетание БА+ХОБЛ – 36 человек (0,38%). Таким образом, сочетание ХОБЛ с БА у впервые выявленных пациентов встречаются примерно в 3,8% случаев. Анализ особенности течения впервые выявленной сочетанной патологии установил следующее: все больные были курильщиками, 78% из них – мужчины. Из 7805 больных 4141 пациентов – с ведущим диагнозом ХОБЛ, 3664 человек – с БА.

При работе анализа истории болезней 7805 пациентов с ХОБЛ и БА установлено, что 372 больной с БА (55,2%) имели признаки сопутствующих ХОБЛ, а 205 пациента ХОБЛ (24,3%) имели признаки БА. Таким образом, у 19,15% пациентов имелись симптомы сочетанной патологии (рисунок 1), обозначаемое как перекрестный синдром (overlap-синдром). Представляет собой уникальное и малоизученное состояние. Его исследование способно значительно расширить представления об обструктивной патологии легких и может повлиять на ее лечения.

Были сформированы следующие группы больных, это – 1) сочетание БА легкой степени и ХОБЛ, категория «С»; 2) БА средней степени тяжести и ХОБЛ, категория «С», 3) БА среднетяжелой степени и ХОБЛ, категория «D».

В первой группе больных у 2/3 пациентов превалировала БА, а у 1/3 – ХОБЛ. Средняя продолжительность БА, протекающие изолированно, составил 20 лет. Средняя продолжительность изолированно протекающий ХОБЛ – 11 лет. Во второй группе больных дебют ХОБЛ и БА приходится примерно одинаково. Как БА, так и ХОБЛ диагностированы у данных больных после 37 лет, а присоединение сопутствующих заболеваний (ХОБЛ) отмечено после 48 лет. Присоединение ХОБЛ к БА среднетяжелой степени у большинства пациентов происходит обычно при неадекватной терапии при бронхиальной астме. Но естественно сочетание этих двух патологии органов дыхания происходит при воздействии нескольких факторов одновременно. Еще раз наш анализ показал, что чем больше возникновении факторов риска – курение, «простудные заболевания» и наследственная предрасположенность, в добавок частые обострения путем взаимного ухудшения тяжести состояние.

У больных легкой степени БА при присоединении ХОБЛ, категория «С» усилились кашель, одышка, которые приобрели постоянный характер, тогда как частота приступов удушья оставались без изменения при БА. Отмечались увеличение количества мокроты, а также степень обструктивного синдрома. А у больных с ХОБЛ при комбинации с БА появились приступы удушья, при аускультации более скудные симптомы, но уменьшились количество выделяемой мокроты, при этом увеличились потребности к бронходилататорам.

Сочетание бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких как бы функционально охарактеризовались снижением ОФВ1. Хотя при сравнении таких показателей как ОФВ1 у больных с изолированной бронхиальной астмой и бронхиальная астма с хронической обструктивной болезнью легких отмечены более худшие показатели при сочетании. При этом, у пациентов с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой в сочетании с ХОБЛ, категория «С», различия составляют около 10%, а при сочетании с ХОБЛ, категория «D» - различия могут достигать около 30%.

Вот таким вот образом, именно сам ХОБЛ ведет к ухудшению состояния бронхов и снижаются ОФВ1. Подводя к средним итогам составляющий средний индекс прироста ОФВ1 у пациентов с ХОБЛ, категория «С» + БА показывают снижение на 5-6%, а у больных с ХОБЛ, категория «D» + БА показывают на 11% при сравнении.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что частота ХОБЛ и БА в сочетании встречаются в 19,15%. Данные можно обозначать как перекрестный синдром (overlap-синдром), которые ведет к прогрессированию обструктивного синдрома. В результате чего нам очень важно контролировать развитие клинико-инструментальных колебаний у больных, затем вовремя откорректировать лечение.

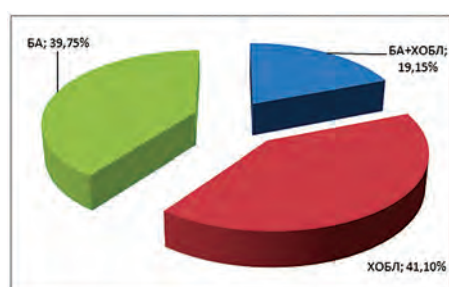


Рисунок 1. Распределение долей изолированных БА, ХОБЛ и сочетанной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения 2012 году». - Астана. – 2013.
2. Медицинский журнал Южного Казахстана №4 (28). - 2013.
3. Руководство по первично медико-санитарной помощи. – Москва. – 2007- С. 1584.
4. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD). Пересмотр 2011. Российское респираторное общество. М.- 2012.- С. 78.

УДК 378.147:004.42:616-089.168.1-083

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Э.П. Фадеева, А.Д. Казанцев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

Научный руководитель: к.м.н. Е.В. Дябкин

Актуальность темы. В настоящее время в образовательных учреждениях все больше набирают обороты компьютерные технологии, которые позволяют оптимизировать учебный процесс, а также повысить эффективность усвоения материала в различных дисциплинах [1,4].

Для того чтобы стать профессионалами в области медицинских наук, студентам нужно запоминать большой объем информации. С каждым годом большую актуальность приобретают электронные программы, которые помогают освоить новые практические навыки и сложный материал. [2,3]

В настоящее время во многих медицинских вузах страны отсутствуют электронные программы, по обучению студентов практическим навыкам ухода за больными после операций на органах брюшной полости, на операциях позвоночника и др., что затрудняет полноценное освоение учебной практики «Уход за больными хирургического и терапевтического профиля».

Цель исследования. Создание обучающей компьютерной программы по учебной практике «Уход за больными терапевтического и хирургического профиля», модуль «Уход за больными хирургического профиля» для студентов высших учебных медицинских учреждений и внедрение ее учебную практику. Целью обучения на первых этапах учебной практики «Уход за больными хирургического профиля» стоит формирование у студентов профессиональных представлений об уходе за больными в послеоперационный период.

Задачи исследования.

1. Изучить особенности ухода за хирургическими больными после операциях на брюшной полости и позвоночнике.
2. Провести анкетирование среди студентов 1 курса.
3. Создать обучающую компьютерную программу по учебной практике «Уход за больными после операций на органах брюшной полости».

Объекты и методы исследования. Для оценки студентами программы была создана анкета, согласно критериям оценки Flash-приложения «Электронное учебное пособие», разработанным корпорацией Intel (США, 2009). В критерии оценки включены следующие разделы: главная сцена учебного пособия, оценка понимания учебного пособия, ключевые моменты, мультимедийные возможности, творческий подход, структура. Оценка за каждый раздел выставлялась по пятибалльной шкале. По данным критериям была составлена анкета, респондентами которой стали студенты КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого 1 курса специальностей «лечебное дело», «педиатрия» и «стоматология» в количестве 53 человека.

Компьютерная обучающая программа по учебной практике «Уход за больными терапевтического и хирургического профиля», модуль «Уход за больными хирургического профиля», выполнена с использованием программного обеспечения AdobePhotoshop CS3 (rus), CorelCAD 2016 (Windows/Mac), CorelDRAWGraphicsSuite X7, FlashPlayer 10.1.102.64 (AdobeSystemsIncorporated, USA, 2008). Разработанная программа включает образовательный материал, алгоритмы приготовления палат к поступлению пациента после операции, обязательные манипуляции в послеоперационном периоде, а также особенности ухода при осложнениях. Электронное издание создано с целью расширения представления, развития и углубления имеющихся у студентов знаний об уходе за больными после операций на брюшной полости, обеспечивает доступ обучающихся к дополнительной информации и предназначен для обеспечения углублённого изучения. Студентам предоставляется возможность не только самоподготовки, но и оценки своих достижений с использованием специальных модулей «Тестирование» и «Решение ситуационных задач». Использование компьютерных программ при прохождении учебной практики «Уход за больными хирургического профиля» является необходимым составным элементом для продуктивного усвоения студентами изученного материала. Благодаря электронной программе возможно максимально повысить эффективность образовательного процесса и значительно улучшить процесс усвоения материала студентами, что позволяет уделить больше внимания практической части.

Мы считаем, что использование новых компьютерных технологий не только позволит совершенствовать процесс обучения, но, и окажет методическую помощь в повышении эффективности учебно-воспитательного процесса. Студенты и профессорско-преподавательский состав с большим энтузиазмом подошли к работе с новыми программами. Несмотря на то, что эта работа по созданию такого рода программ очень кропотливая и трудоёмкая, она имеет большую эффективность, способствуя повышению уровня преподавания и обучения на кафедре.

Полученные результаты и их обсуждение. В результате анкетирования было опрошено 53 студента. Описательная статистика результатов балльной оценки представлена в виде средних арифметических и стандартных отклонений. Средние баллы оцениваемых параметров представлены на рис. 1. При оценке главной сцены Flash-приложения студент должен был оценить оформление программы и её актуальность. При оценке структуры программы студенту было необходимо определить полноценность изложения материала в мультимедийном формате.

Максимальную оценку студенты-респонденты поставили за понимание материала ($4,9 \pm 0,15$) и структуру Flash-приложения ($4,9 \pm 0,21$) [3].

С 2016 года разработанная компьютерная программа активно используется в образовательном процессе на кафедре общей хирургии имени профессора М.И. Гульмана Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. Систематически применяется в аудиторной и внеаудиторной работе и имеет большую эффективность, способствуя повышению уровня преподавания и обучения на кафедре. Таким образом, применение современных компьютерных технологий повышает качество обучения, так как студентам нравится интересно и быстро усваивать большой объем информации, процесс изучения темы становится более увлекательным.

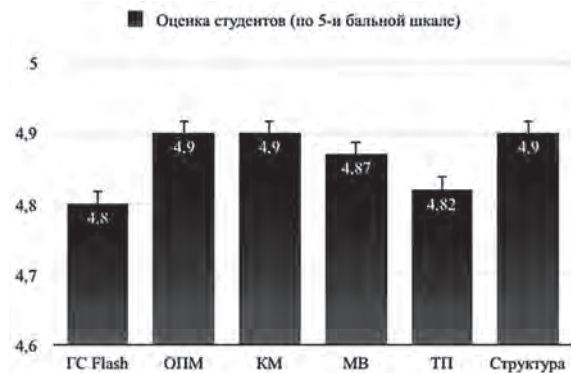


Рисунок 1. Результаты балльной оценки студентами использования Flash-приложения «Уход за больными хирургического профиля».

*ГС - главная сцена Flash-приложения
 ОПМ - Оценка понимания материала
 КМ - ключевые моменты
 МВ - мультимедийные возможности
 ТП - творческий подход

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андриюшенко И.В., Малинина Е.В. Инновационные обучающие технологии клинической кафедры / И.В. Андриюшенко и др. // Высшее образование в России. - 2013.
2. Аязбаев Т.Л., Галагузова Т.А. Технология создания компьютерных обучающих программ / Т.Л. Аязбаева и др. // Международный журнал экспериментального образования. - 2015.
3. Боровиков, В.П. Statistica искусство анализа данных на компьютере / В.П. Боровиков // СПб.: Питер, 2003. – 686 с.
4. Дябкин Е. В., Кочетова Л. В., Пахомова Р. А. Использование современных компьютерных технологий в учебном процессе / Е.В. Дябкин и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2014. № 2. С. 90-92.
5. Морозова И. В., Мартынова Н. А. Применение 3d-моделирования и информационных технологий в повышении эффективности изучения оперативной хирургии и топографической анатомии / И.В. Морозова и др. // Современные наукоемкие технологии. - 2014. № 8, Ч. 2. С. 213-213.
6. Пустобаева О. Н. Электронный учебник в организации и управлении учебным процессом / О.Н. Пустобаева // Успехи современного естествознания. 2008. - № 4. С. 57-58.

УДК 616.62-003.7-089.878

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Б. Фарафонов, Т.О. Дугаржапова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., доц. Ф.П. Капсаргин, асс. Л.Ф. Зуева

Мочекаменная болезнь (МКБ) – заболевание, связанное с нарушением обмена веществ в организме, при котором образуются камни в почках и мочевых путях. МКБ является одним из самых часто встречающихся заболеваний в урологической практике. Важность проблемы обусловлена тем, что заболевание чаще встречается среди людей наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет.

Широкое внедрение в клиническую практику ДЛТ и эндоскопических вмешательств за последние два десятилетия существенно изменило показания к оперативному лечению уролитиаза. Применяемые в соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов ДЛТ и комплекс эндоурологических операций привели к значительному сокращению числа открытых операций по удалению камней почек. Традиционная открытая хирургия МКБ применяется в настоящее время только лишь в качестве 2-й или 3-й линии терапии. Это подтверждается данными Европейских медицинских центров, свидетельствующими о необходимости использования открытой хирургии только лишь в 1,0– 5,4 % случаев. В развитых странах мира открытые операции составляют не более 2 % от всех операций по удалению конкрементов. В развивающихся странах за последние годы этот показатель также значительно снизился, с 26 % до 3,5%.

Для трансуретральной КЛТ предлагаются различные варианты фрагментации конкрементов с использованием контрастных ультразвуковых, электрогидравлических и лазерных литотрипторов. Внедрение в клиническую практику ДЛТ привело к значительному сокращению количества как открытых, так и перкутанных операций по поводу камней почек небольшого размера. За короткое время стало ясно, что ДЛТ является методом

выбора при лечении камней в диаметре до 2 см. В то же время применение ДЛТ при острых воспалительных процессах, нарушениях уродинамики, плотных камнях, «вколоченных» камней мочеточника, а так же ее использование в качестве мототерапии при коралловидных и крупных конкрементах малоэффективно, и часто этот метод применяли для разрушения оставшихся конкрементов после ПНЛ.

В настоящее время перкутанная эндоскопическая техника как минимально инвазивный метод отведения мочи очень широко применяется в урологической практике, особенно у тяжелых больных, у которых открытая операция невыполнима. Суть метода заключается в создании антеградного доступа к камню под рентгеновским и ультразвуковым контролем, дилатации свищевого хода, выполнении различных эндоренальных манипуляций, направленных на разрушение и удаление конкремента.

Целью нашей работы является анализ результатов применения оперативных методов лечения мочекаменной болезни

Исследование основывается на ретроспективном анализе 299 историй болезни пациентов, оперированных по поводу мочекаменной болезни в «Краевой клинической больнице №1» с 2014 по 2015 гг. Из них мужчин было 84 (28,1%), а женщин 215 (71,9%). Средний возраст пациентов составил 52,3 лет. Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 11,2. Впервые диагноз МКБ установлен у 111 (37,1%) пациентов, рецидив заболевания выявлен у 188 (62,9%).

Односторонний нефролитиаз был выявлен у 204 (62%) пациентов, двусторонний у 36 (12%). Локализация конкремента в правой почке определена у 111 (33,7%) пациентов, в левой у 93 (28,3%), в верхней трети правого мочеточника – 17 (5,2%), в средней трети правого мочеточника – 3 (0,9%), в нижней трети правого мочеточника – 16 (4,9%), в верхней трети левого мочеточника – 24 (7,3%), в средней трети левого мочеточника – 5 (1,5%), в нижней трети левого мочеточника – 22 (6,7%). Также у двух пациентов были найдены конкременты при патологии развития почек: в левой половине подковообразной почки – 1 случай, в основной лоханке удвоенной правой почки – 1 случай.

Из сопутствующих урологических заболеваний у данной категории больных встречались: гипертоническая болезнь – 23 случая, ишемическая болезнь сердца – 9, сахарный диабет 2 типа – 9, сердечная недостаточность – 8, пионефроз – 5, киста почки – 4, стабильная стенокардия – 4, бронхиальная астма – 3, ожирение третьего типа – 3, инсульт – 2, ДГПЖ – 2, ЖКБ – 1, сложный аортальный порок – 1, подковообразная почка – 1, галетообразная почка – 1, нефросклероз – 1 и другие.

Перед оперативным лечением всем пациентам проводили стандартное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, обзорная и экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ), посев мочи. Результаты лабораторных данных приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты лабораторных данных пациентов, страдающих мочекаменной болезнью

Критерий	До лечения		После лечения	
	Норма	Повышенные показатели	Норма	Повышенные показатели
СОЭ	91 (30,4%)	208 (69,6%)	63 (21,1%)	236 (78,9%)
Лейкоциты в крови	205 (68,5%)	94 (31,5%)	188 (62,88%)	111 (37,1%)
Лейкоциты в моче	63 (21,1%)	236 (78,9%)	74 (24,7%)	225 (75,3%)
Мочевина	260 (87%)	39 (13%)	240 (80,3%)	59 (19,7%)
Креатинин	226 (75,6%)	73 (24,4%)	224 (74,9%)	75 (25,1%)

Мочевая кислота у 230 (76,9%) больных была в пределах нормы.

Данные УЗИ в режиме D, МСКТ позволяют объективно определить анатомофункциональное строение верхних мочевых путей, выявить зоны наименьшей васкуляризации и определить область почки для вмешательства, что значительно снижает процент интраоперационных осложнений. УЗИ было выполнено 258 (86,3%) пациенту, при этом был выявлен конкремент у 202 (67,7%). По данным обзорной урографии у 247 (82,6%) выявлен рентгенопозитивный конкремент. Нарушение уродинамики из верхних мочевых путей выявлено с помощью экскреторной урографии у 177 (59,2%) пациентов. МСКТ было выполнено 48 (16,1%) пациентам при этом у всех был выявлен конкремент. Средний размер конкремента составил 2,2 см.

Всего было выполнено 273 (91,3%) операций пациентам с уролитиазом, а остальные 23 (7,7%) пациента получали консервативную терапию, в 3 случаях оперативное лечение было отменено по состоянию здоровья.

Органоуносящие операции были выполнены в 14 (5,1%) случаях. Абсолютным показанием к проведению нефрэктомии являлось наличие не функционирующей почки на фоне выраженного нефросклероза. ДЛТ выполнено в 136 (49,81%) случаях. Открытые операции были выполнены в 41 (15,1%) случаях. Эндоскопические операции были выполнены в 82 (30%) случаях. При этом нефролитолапаксия была выполнена в 41 случаях, уретеролитоэкстракция в 19, КЛЛТ – 12, чресфистульная нефролитоэкстракция – 7, ЧПНС – 3.

Внедрение в практику дистанционной литотрипсии позволило снизить количество открытых и эндоскопических операций, достичь высоких результатов разрушения конкрементов, уменьшить количество осложнений и рецидивов, а так же время реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дасаева, Л.А. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни / Л.А. Дасаева, С.И. Шатохина, Е.М. Шилов // Клин. медицина. – 2004. – № 1. – С. 21-26.
2. Кадыров, З.А. Некоторые вопросы этиологии и патогенеза мочекаменной болезни / З.А. Кадыров, В.Г. Истратов, С.И. Сулейманов // Урология. – 2006. – № 5. – С. 98-101.
3. Капсаргин, Ф.П. Современные подходы хирургического лечения мочекаменной болезни / Ф.П. Капсаргин, Е.В. Дябкин, А.Г. Бережной // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 5. – С. 101-106.
4. Лопаткин, Н.А. Урология. Национальное руководство./Лопаткин Н.А.// Геотар-медиа. - 2013 С. 380-395
5. Коган, М.И. Эффективность эндоскопической хирургии и ДЛТ нефролитиаза: монотерапия и комбинированная терапия/ Коган М.И., Хасигов А.В., Белоусов И.И., Боташев М.И.//Ростовский государственный медицинский университет.

УДК 616-079.3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА КОНКРЕМЕНТА С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МЕТАФИЛАКТИКИ

И.Б. Фарафонов, Т.О. Дугаржапова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., доц. Ф.П. Капсаргин, асс. Л.Ф. Зуева

Мочекаменная болезнь остается актуальной проблемой, поскольку на сегодняшний день с различной частотой встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто оно диагностируется у лиц трудоспособного возраста. Увеличению частоты МКБ способствуют особенности современной жизни - гиподинамия, характер питания. Развитие уролитиаза связано с различными климатическими, географическими условиями, профессией и наследственными факторами. По данным ряда авторов больные мочекаменной болезнью составляют 28-35% всего контингента урологических стационаров, составляя до 4% населения планеты. В Российской Федерации 12% мужчин и 5% женщин хотя бы раз в течение жизни переносят почечную колику, как правило, обусловленную мочекаменной болезнью.

Широкий спектр современных методов лечения уролитиаза, в большинстве случаев, позволяют избавить пациента от конкремента, но не исключает рецидива заболевания. Стоит понимать, что развитие рецидивов обусловлено тем, что современные методы лечения направлены на устранение симптоматики: удаление конкремента, коррекции воспалительного процесса в мочевыделительной системе, улучшение уродинамики, а не являются патогенетическим лечением, поэтому до 50% рецидивов возникают в течение первых 5 лет после удаления конкремента, из них 60% развиваются в течение первых 3 лет.

Выбор оптимального метода лечения мочекаменной болезни и метафилактики (профилактика рецидивов) связан с минералогическим составом и физическими параметрами конкремента, а так же свойствами мочи, в которой произошло их образования и рост.

Послеоперационная метафилактика подразделяется на два периода — период ранней послеоперационной метафилактики и период динамической метафилактики МКБ. Задачами периода ранней послеоперационной метафилактики являются терапия воспалительных изменений в почке, мочевых путях и окружающих тканях, проведение мероприятий, направленных на улучшение гемо- и уродинамики, уменьшение рубцово-склеротических процессов в зоне оперативного вмешательства, стимуляция отхождения дезинтегрированных фрагментов конкремента. Длительность этого периода составляет около 3 месяцев. В связи с этим за это время происходит стабилизация инфекционно-воспалительного процесса в почке и мочевых путях, происходит формирование рубцово-склеротических изменений в зоне оперативного вмешательства, а подавляющее большинство дезинтегрированных фрагментов камней уже отходят. Задачами периода динамической послеоперационной метафилактики МКБ являются оценка типа камнеобразования и определение программ обследования пациентов с камнями различного типа камнеобразования, динамический контроль и лечение хронического пиелонефрита и инфекций мочевых путей, проводится оценка метаболических нарушений, определяются программы метафилактики пациентов с камнями различного фазового состава с учетом факторов риска камнеобразования и метаболических изменений. Определение состава конкремента на дооперационном этапе позволяет с помощью адекватной терапии повлиять на его свойства: уменьшить плотность, размеры, таким образом изменить тактику лечения в сторону менее инвазивной.

Широкий спектр современных методов лучевой диагностики (УЗИ, рентгенологические методики и МСКТ) позволяют выявить конкремент *in vivo*, определить его физические параметры: размеры, объем, определить точную локализацию, выявить изменения в паренхиме, но не дают ответа на важный вопрос о химическом составе. Для физико-химического анализа мочевых камней обычно используют методы инфракрасной-спектроскопии (ИКС), рентгенофазовый анализ (РФА), поляризационную и сканирующую электронную микроскопию, термические методы, которые позволяют точно определить состав конкремента. Применение данных методик практически возможно только после удаления камня или его самостоятельного отхождения по мочевыводящим путям, то есть только *in vitro*.

Современный метод, который может помочь определить химический состав конкремента *in vivo*, - двухэнергетическая компьютерная томография (ДЭКТ). Значимым преимуществом КТ с двумя источниками излучения является способность оценки состояния тканей. В режиме «двойной энергии», известном как ДЭКТ, на лучевые трубки подается различное напряжение. Применение двух пучков рентгеновского излучения позволяет более подробно изучить различные характеристики его затухания в тканях. Следует отметить, что использование принципа DECT возможно и при наличии лишь одного источника излучения, при использовании которого происходит быстрое переключение напряжения, подаваемого на лучевую трубку. Данная опция позволяет оценивать плотность исследуемых тканей и представлять ее в виде гистограмм диаграмм рассеяния, что, в свою очередь, дает возможность оценивать компонентный состав. Каждый детекторный элемент имеет заданный показатель по «оси z». Виртуальные спектральные кривые наглядно отражают химический состав конкрементов.

Однако, вопросам применения ДЭКТ в урологической практике посвящены единичные сообщения. Этот высокоэффективный метод лучевой диагностики в значительной степени может расширить возможности современной урологии.

Целью нашей работы является сравнение данных двухэнергетической компьютерной томографии о химическом составе конкрементов с результатами, полученными с помощью инфракрасной-спектрометрии, для подбора ранней послеоперационной метафилактики.

В исследовании принимало участие 5 пациентов с мочекаменной болезнью, направленные для лечения в «Краевую клиническую больницу № 1» с 2015 по 2016 гг., давшие добровольное информированное согласие на участие в проведении исследования. На дооперационном этапе в рентгенологическом отделении «Красноярского краевого клинического онкологического диспансера имени А.И. Крыжановского» с целью определения структуры конкремента *in vivo* проводилось ДЭКТ на аппарате DISCOVERY 750 HD с применением программы syngo DE Calculi Characterization. После оперативного лечения в отделении урологии «Краевой клинической больницы №1» изъятый конкремент анализировали *in vivo* с помощью инфракрасного спектрометра IRAffinity-1 на базе кафедры биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии. Затем сопоставляли данные о структуре конкремента определенного пациента, полученные с помощью ДЭКТ и инфракрасной спектрометрии. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты ДЭКТ и ИК-спектрометрии

Пациент, №	Результаты ДЭКТ	Результаты ИК-спектрометрии
1	Брушит (43%), оксалат (45%)	Брушит (45%), оксалат (43%)
2	Цистин (87%)	Цистин (89%)
3	Урат (63%), вевеллит (34%)	Урат (66%), вевеллит (31%)
4	Вевеллит (45%), ведделлит (35%)	Вевеллит (48%), ведделлит (36%)
5	Брушит (71%), струвит (25%)	Брушит (70%), струвит (27%)

Примечание: В % - процентное содержание данного вещества в 1 мм³

Результаты ДЭКТ соответствуют данным ИК-спектрометрии в 92% случаев. По литературным данным соответствие достигает до 98%. Инфракрасная спектрометрия дает более достоверный результат, поскольку программа syngo DE Calculi Characterization, которая применяется в двухэнергетическом компьютерном томографе, не совершенна и требует доработки, так как внесены не все атомные числа элементов, которые участвуют в формировании конкрементов.

Постоянное совершенствование аппаратуры и диагностических алгоритмов, появление новых методик, таких как двухэнергетическая компьютерная томография, может позволить создать эффективные схемы лечения мочекаменной болезни и, в конечном итоге, уменьшить количество рецидивов, путем назначения индивидуальных метафилактических мероприятий. Это позволит сократить время пребывания пациентов в стационаре или отсрочить его, улучшив их качество жизни. Таким образом, развитие междисциплинарных взаимосвязей подтверждает эффективность определения химического состава камней с помощью ДЭКТ, это позволяет научно обоснованно подойти к проблеме предотвращения рецидивов камнеобразования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Двухэнергетическая мультиспиральная компьютерная томография в клинической практике врача уролога / Лебедев Д.Г., Замятнин В.П. // Terra Medica - 2015 - №4. - С. 43-44.
2. Саенко, В.С. Мочекаменная болезнь: амбулаторное ведение – метафилактика: автореф. дис.. док. мед. наук./ Саенко В.С. – Москва, - 2007. - С. 2
3. Громов, А.И. Научно-технический прогресс лучевой диагностики в урологии
4. / Громов, А.И. // Российский электронный журнал лучевой диагностики – 2012 - №2. - С.48-51
5. Лопаткин, Н.А. Урология. Национальное руководство./Лопаткин Н.А.// Геотар-медиа. -2013. – С. 380-395
6. Primak, A. Three-Dimensional Dual-Energy Computed Tomography for Enhancing Stone/Stent Contrasting and Stone Visualization in Urolithiasis/ Primak A.// Case Report in Urology.-2013.- С.12-36
7. In vivo characterization of urinary calculi on dual-energy CT: going a step ahead with sub-differentiation of calcium stones/ Acharya S, Goyal A, Sharma R, Seth A, Gupta AK// AIIMS. – 2015.

УДК 340:616-053.13

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ОХРАНЫ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

И.И. Фоменко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской кибернетики

Научный руководитель: к.ю.н., доц. И.В. Гецманова

Подобно тому, как все основные права человека производны от естественного права на жизнь, установленного ст. 20 Конституции РФ, так и право человека на жизнь основывается на праве родиться. Но по российским законам ребенок такого права не имеет. До момента рождения он полностью бесправен и как бы вовсе не существует. В лучшем случае это право рассматривается опосредованно – в связи с реализацией права родителей на продолжение рода. Тем не менее, ответ на вопрос о том, когда начинается человеческая жизнь, далеко не уместен. Отношение к данной проблеме в значительной степени определяет мораль общества и сказывается на численности населения. Прямое следствие отсутствия законодательных норм, гарантирующих право эмбриона на жизнь и право каждого ребенка на рождение, – огромное число аборт в нашей стране³.

С одной стороны, жизнь представляет собой «обеспеченную законом возможность существования личности в обществе»⁴, пользования предоставленными ей правами, взаимодействия с другими индивидами, и с этой точки зрения жизнь человека как социального существа возможна только после рождения. С другой стороны, жизнь как биологическая категория - естественный физиологический процесс, который начинается задолго до рождения. Этот второй аспект дает возможность говорить о правовом статусе эмбриона и плода человека и о перспективах его уголовно-правовой защиты.

Сегодня, мы всё чаще слышим, что эмбрион представляет собой абсолютную ценность, обладает правом на жизнь с момента зачатия и должен обеспечиваться защитой со стороны государства на любой стадии развития⁵. Тогда, говоря об определении статуса человеческого плода, возникает вопрос: как следует к нему относиться, как к «предмету правоотношений (тогда его можно будет покупать, продавать, уничтожать и т. д.) или как к части человека (прочеловеку), нуждающейся в особой защите»⁶. И если такого рода защиту предоставлять, то каковы должны быть ее рамки: нужно ли уравнивать жизнь и целостность эмбриона, плода и родившегося человека или же рассматривать первые как самостоятельный объект уголовно-правовой охраны?

Если обратиться к нормам международного права, то важным документом, регламентирующим правовой статус эмбриона, является Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины 1997 г.⁷. В соответствии со ст. 18 Конвенции, «если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro*, он обеспечивает надлежащую защиту эмбриону. Создание эмбрионов человека для целей исследования запрещается». Норма данной статьи позволяет сделать два важных вывода: во-первых, отношения, складывающиеся в сфере создания, обращения, хранения и прочих действий, производимых над эмбрионами, требуют обязательной законодательной регламентации; во-вторых, эмбрион обладает социальной ценностью и значимостью, предполагающей всестороннюю защиту.

3 Свитнев К.Н. Юридический статус эмбриона в международном праве (правоприменительная практика) // Медицинское право. 2009. № 3 (27). С. 31–36.

4 Хаитжанов А., Блохина Е. И. Проблемные аспекты преступлений против жизни и здоровья // НиКа . 2012.

5 Гагарина И.Г. Проблемы определения международно-правового статуса эмбриона при реализации репродуктивных прав человека // Марийский юридический вестник . 2014. №11. С.162-170.

6 Рубанова Н.А. Право на жизнь // СПС «Гарант» (Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия. Москва. 13 - 15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю. Д. Сергеева. М., 2005).

7 Принята Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 г., вступила в силу 1 декабря 1999 г. Российская Федерация в настоящей Конвенции не участвует. Текст Конвенции опубликован в «Московском журнале международного права» (1999. N 35).

Среди других международных актов, направленных на защиту эмбриона, можно назвать носящие рекомендательный характер документы, принятые Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА): Резолюцию о некоммерческом использовании репродуктивного материала человека 2003г. и Заявление об исследовании эмбриональных стволовых клеток 2009 г.⁸ Эти акты призывают к бережному отношению к эмбриону с самых первых дней его жизни; к соблюдению при проведении исследований этических норм и других мер, направленных на недопущение неэтичного поведения со стороны профессионалов и предотвращение совершения противоправных деяний.

В настоящее время законодательство многих зарубежных государств положительно решает вопрос о признании плода (эмбриона) человека самостоятельным объектом уголовно-правовой охраны: либо прямо - путем создания специальных норм, либо косвенно - при установлении уголовной ответственности за незаконное прерывание беременности. Если обратиться к российскому законодательству, то приходится констатировать наличие определенного правового пробела в регулировании охраны «будущей жизни». Согласно господствующим в российской науке уголовного права представлениям, жизнь человека начинается с рождения, а если быть точнее - с начала физиологических родов.⁹ Такой вывод можно сделать исходя из формулировки ст. 106 УК РФ, предусматривающей ответственность за убийство матерью новорожденного ребенка - «во время или сразу же после родов».

Проблема уголовно-правового регулирования внутриутробного развития представляет собой сложное явление, в котором можно выделить несколько аспектов. Прежде всего, принципиальное значение имеет защита эмбриона на ранних сроках беременности.¹⁰ Считаю важным и актуальным в рамках темы доклада, упомянуть о развивающемся экстракорпоральном оплодотворении. Так, для жительниц Красноярского края процедура ЭКО по полису обязательного медицинского страхования осуществляется бесплатно с 2013 года, и для определения показаний лечения бесплодия с применением репродуктивных технологий по программе ЭКО сегодня необходимо обращаться в женскую консультацию по месту жительства. Это наглядный пример развития вспомогательных репродуктивных и иных медицинских технологий, которые неуклонно ведут к появлению новых отношений, объектом которых прямо или косвенно выступает эмбрион человека.

Непризнание отечественным законодателем ценности жизнеспособного плода и непредоставление ему уголовно-правовой охраны вызывает недоумение. Правда, и связать момент начала жизни с достижением плодом жизнеспособности не представляется возможным, поскольку внесение подобных изменений в действующее законодательство противоречило бы Основному закону страны: ст. 17 Конституции РФ предусматривает, что «основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения».

По мнению ряда ученых, конституционное закрепление права на рождение как составляющей права человека на жизнь, которое должно гарантироваться и защищаться государством с момента зачатия, будет способствовать формированию в российском обществе гуманного и морально оправданного отношения к человеческой жизни на всех ее этапах от зачатия и до самой смерти.¹¹

Таким образом, человеческий эмбрион имеет неопределенное положение с точки зрения права, что порождает несогласованность ряда правовых норм отечественного законодательства и проблемы и правоприменительной практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабичев, А. Г. Актуальные вопросы начала и окончания жизни по уголовному законодательству России [Текст] // Государство и право: теория и практика: материалы III междунар. науч. конф. (г. Чита, июль 2014 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, - 2014. — С. 58-61.
 2. Гагарина, И.Г. Проблемы определения международно-правового статуса эмбриона при реализации репродуктивных прав человека // Марийский юридический вестник . - 2014. - №11. - С.162-170.
 3. Малеина, М.Н. Перспективы и возможности уголовно-правовой охраны «будущей жизни» (Сравнительно-правовой анализ) //Известия вузов. Правоведение. - 2011. - N 3.
 4. Рубанова, Н.А. Право на жизнь // СПС «Гарант» (Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия. Москва. 13 - 15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю. Д. Сергеева. М., -2005.
 5. Свитнев, К.Н. Юридический статус эмбриона в международном праве (правоприменительная практика) // Медицинское право. - 2009. - № 3 (27). - С. 31–36.
 6. Хаитжанов А., Блохина Е. И. Проблемные аспекты преступлений против жизни и здоровья // НиКа . - 2012.
 7. Американская конвенция о правах человека. 22 ноября 1969 г. Сан-Хосе // Международные акты о правах человека: Сб. документов. М.: НОРМА-ИНФРА-М. - 1998. - С. 720 - 736.
- 8 См. на сайте ВМА: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/r1/index.html> (2011. 28 авг.);
- 9 Бабичев А. Г. Актуальные вопросы начала и окончания жизни по уголовному законодательству России [Текст] // Государство и право: теория и практика: материалы III
- 10 Малеина М.Н. Перспективы и возможности уголовно-правовой охраны «будущей жизни» (Сравнительно-правовой анализ) («Известия вузов. Правоведение», 2011, N 3).
- 11 Свитнев К.Н. Юридический статус эмбриона в международном праве (правоприменительная практика) // Медицинское право. 2009. № 3 (27). С. 31–36.

8. Всеобщая декларация прав человека. 10 декабря 1948 г. // Права человека: Сб. международных документов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций. - 1978. - С. 2.
9. Конвенция о защите прав человека и основных свобод. 4 ноября 1950 г. Рим // Бюллетень международных договоров. - 2001. - N 3. - С. 4.
10. Конвенция Содружества Независимых Государств о правах человека и основных свободах. 16 мая 1995 г. Минск // Бюллетень международных договоров. - 1999. - N 6. - С. 3.

УДК 616 – 099: 547.261

МАССОВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ

М.А. Фроленко, Е.А. Рахманова, К.Н. Уксусникова, А.В. Зенков

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО
Научные руководители: асс. М.А.Большакова, д.м.н., проф.Е.А. Попова*

Цель работы: Анализ случая массового отравления метиловым спиртом в городе Красноярске 2015 года.

Метиловый спирт - CH_3OH , простейший одноатомный спирт.

Бесцветная, прозрачная, летучая жидкость с характерным «спиртовым» запахом. Смешивается во всех отношениях с водой, эфиром, этиловым и другими высшими спиртами. Хороший растворитель жиров, липидов, масел и других органических веществ. Легко воспламеняется от искр и пламени. Относительная плотность – 0,792, температура кипения 66,00 С.

Применяется в производстве: фотопленки; различных аминов; поливинилхлоридных, карбамидных и ионообменных смол; при производстве красителей и полупродуктов; виде растворителя, в том числе и в лакокрасочной промышленности; для получения формальдегида; синтеза различных органических соединений, денатурированного этилового спирта; для производства уксусной кислоты, натриевой соли нитрилотриуксусной кислоты. В быту запрещены к продаже жидкости, содержащие метиловый спирт, однако он встречается в несертифицированных жидкостях для омывателей стекол автомобилей и в жидкости для розжига.

При попадании внутрь метанол быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, резорбция завершается в течение первого часа после приема яда. Смертельная доза составляет от 30 до 250 мл. Среднее значение смертельной концентрации яда в плазме взрослых составляет 1 г/л.

Метанол как и этанол метаболизируется в печени идентичной группой ферментов (алкогольдегидрогеназа, альдегиддегидрогеназа), но при скорости, составляющей 1/7 - 1/5 скорости метаболизма этилового спирта. Метаболизм протекает по типу «летального» синтеза - с образованием более токсичных метаболитов: формальдегида, который в 33 раза токсичнее исходного продукта и муравьиной кислоты. Формальдегид частично связывается с белками, а частично окисляется до муравьиной кислоты.

Окисление в формальдегид, а последнего в муравьиную кислоту происходит относительно быстро. Несмотря на это, формальдегид успевает подавить ферментативное окисление в тканях, вызывая тканевую аноксию. Он связывает белки и вызывает дегенеративные изменения в тканях, вплоть до белковой деструкции. Вероятно, изменения в зрительном нерве формальдегид вызывает за счет своих денатурирующих свойств.

Он поражает центральную нервную систему и препятствует «сгоранию» муравьиной кислоты до CO_2 и H_2O . Муравьиная кислота обладает выраженными восстанавливающими свойствами. Она вмешивается в окислительно-восстановительные процессы организма, поглощает кислород, вызывая тканевую гипоксию. Стазы и кровоизлияния ухудшают аэрацию крови. Гипоксия нарушает обменные процессы и кислотно-щелочное равновесие. В этих условиях развивается недостаточность витаминов группы В и аскорбиновой кислоты, которые необходимы для осуществления окислительно-восстановительных реакций. Нарушения со стороны зрения в начальном периоде интоксикации метиловым алкоголем связаны с развитием отека сетчатки и зрительного нерва, паралича и пареза глазодвигательных мышц. Боли, которые возникают при движении глазного яблока, связанные с отравлением метанолом, объясняются поражением оболочек зрительного нерва, богатых чувствительными нервными окончаниями.

Клиническая картина отравления метиловым спиртом характеризуется триадой симптомов: расстройством зрения, болями в желудке и декомпенсированным метаболическим ацидозом; динамичностью и фазностью развития. Степень тяжести отравления всегда находится в прямой зависимости от выраженности ацидоза.

Начальный период напоминает обычное алкогольное опьянение, но менее выраженное, чем при приеме аналогичных доз этилового алкоголя. Продолжительность может колебаться от 1-2 до 12 и более часов. Эта фаза отравления завершается глубоким сном, после которого пострадавшие чувствуют себя вполне удовлетворительно.

Скрытый период или период мнимого благополучия наступает вслед за опьянением. Индивидуальные колебания бессимптомного (латентного) периода достаточно значительны от 6 до 44 ч, что соответствует метаболических превращений метанола в организме и до определенного предела (обусловленного буферным резервом КЩС) клинически никак себя не проявляет.

Период выраженных клинических проявлений характеризуется внезапным появлением симптомов токсического гастрита (тошнота, повторная рвота, боли преимущественно в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки), расстройством зрения (мелькание мушек перед глазами, белая пелена перед глазами, яркие вспышки света, двоение в глазах, неясность видения, слепота, мидриаз, вялая реакция зрачков на свет или ее отсутствие), нарастают симптомы токсической энцефалопатии с головными болями и головокружением, психомоторное возбуждение, оглушенность и спутанность сознания, кома. При тяжелых интоксикациях быстро прогрессирует острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. Наблюдаются такие осложнения, как токсическая миокардиодистрофия, гепатопатия, нефропатия, пневмония, острый панкреатит, отек легких и головного мозга. Поражения паренхиматозных органов наблюдаются нередко, но выражены они, как правило, весьма умеренно, не достигая степени острой печеночной или почечной недостаточности. Ведущим последствием отравления метанолом (у выживших пациентов) является полная или частичная атрофия зрительного нерва, энцефалопатия с астенизацией, психоорганический синдром.

В результате массового отравления метанолом в г. Красноярске 2015 года госпитализировано 43 пострадавших: 29 мужчин и 14 женщин, которые употребляли в качестве алкогольного напитка виски «Джэк Дэниэлс».

Таблица 1

Возрастная характеристика пострадавших:

до 18 лет	18 - 20	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60
4	6	20	7	2	4

Средний возраст больных, составил 30 лет.

Степень нарушения сознания: оглушение – 33 человека; оглушение сменяющееся психомоторным возбуждением и углублением расстройства сознания до сопор и кома, нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью - 4; сопор и кома на момент госпитализации – 6.

Таблица 2

При расспросе у пациентов, доступные контакту, ведущими жалобами, являлись:

Жалобы	Количество человек
Слабость, дискомфорт	33
Головокружение	33
Головная боль	4
Тошнота, рвота	17
Нейрооптикопатия	19
Туман перед глазами	8
Потеря зрения	1
Снижение зрения	5
Светобоязнь	4
Вспышки света	3
Двоение перед глазами	3
Нарушение остроты зрения	2
Отсутствие яркости	1

В лабораторных показателях у большинства пациентов обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз без сдвига формулы, повышенный гематокрит ($Ht\ 56,7 \pm 1,3$ ($p > 0,05$)), выраженный ацидоз $pH\ 7,2 \pm 0,34$ ($p > 0,05$), лактатемия до 15 ммоль/л, дефицит оснований $-12 \pm 12,73$ ($p > 0,05$).

Частота дыхательных движений, достигала критического уровня, ЧДД $11 \pm 1,66$ в мин ($p > 0,05$).

Токсическая нейрооптикопатия диагностирована у 19 больных при осмотре консультантом офтальмологом. Также, у больных отмечалось снижение артериального давления.

Всем пострадавшим проведена антидотная терапия этиловым спиртом из расчета 2 г/кг в сутки, продолжительностью от 1 до 5 суток, форсированный диурез, коррекция декомпенсированного метаболического ацидоза введением 5 % гидрокарбоната натрия под контролем КОС крови, глюкокортикостероиды, индивидуальная посиндромная терапия, включающая респираторную поддержку и медикаментозную кардиостимуляцию норадрепалином или допамином. Пациенты с нейрооптикопатией получали парабубарное введение дексаметазона. Гемодиализ не проводился в виду отсутствия аппарата для проведения гемодиализа в отделении.

Таким образом, от отравления метиловым спиртом, в стационаре умерло 7 человек, что составляет, 16, 2% больничной летальности.

Данная группа больных поступала в крайне тяжелом состоянии, обусловленном экзотоксическим шоком, метаболическим ацидозом, токсической энцефалополиневропатией. Острой почечной недостаточностью, острой дыхательной недостаточностью, токсическим миокардитом, отеком лёгких, отеком головного мозга.

У данных больных, наблюдалось повышение температуры тела, с последующим понижением до $35,6 \pm 0,32$. Дыхание вначале редкое, шумное, глубокое, затем – поверхностное, аритмичное. Пульс частый, с самым высоким значением $108 \pm 1,3$ уд. в мин. Систолическое артериальное давление $80 \pm 2,3$ мм.рт.ст.

В результате проведенного комплексного лечения из 43 пострадавших от отравления метиловым спиртом:

1. Выписано в удовлетворительном состоянии – 32 пациента.
2. Трое пациентов выписаны с частичной атрофией зрительного нерва с формированием абсолютной центральной скотомы и снижением остроты зрения до сотых.
3. Одна больная выписана с полной потерей зрения, энцефалопатией, психоорганическим синдромом.
4. Число умерших в стационаре составило 7 человек. Процент летальности 16.2%, превышающий на 3.2% средний процент больничной летальности по России при отравлении метиловым спиртом вне массовых отравлений.

Выводы:

1. Развитие нейрооптикопатии с атрофией зрительного нерва не зависит от экспозиции, лактатемии, выраженности ацидоза.
2. Прогностически неблагоприятным в плане летального исхода является сочетание выраженного ацидоза с лактатемией.
3. Процент летальности превысил на 3.2% средний процент больничной летальности по России при отравлении метиловым спиртом.
4. Для проведения антидотной терапии и экстракорпоральной детоксикации при острых отравлениях необходима экстренная верификация яда с количественным определением его в биосредах.
5. Для оптимизации лечения больных с отравлением спиртами необходимо наличие аппарата гемодиализа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23 мая 2000 г. N 4 «О запрещении использования стеклоомывающих жидкостей, содержащих метиловый спирт (метанол)»
2. Об усилении контроля за применением стеклоомывающих жидкостей. Письмо № 0100/2769-06-32 от 15 марта 2006 г. МЗиСР РФ, Федеральная службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
3. Федеральные клинические рекомендации «Токсическое действие метанола и гликолей (этиленгликоля). «ассоциация клинических токсикологов». Президент Академик РАМН, доктор медицинских наук Е.А.Лужников. 2013 год. Одобрено: Главный специалист-токсиколог Минздрава России Ю.Н. Остапенко.
4. «Клиническая токсикология детей и подростков». Том 2, под редакцией д.м.н. профессора И.В. Марковой, д.м.н. В.В. Афанасьева, д.м.н., профессора Э.К.Цыбулькина. 1999 год. Издательство «Интермедика» Санкт-Петербург.
5. Скорая медицинская помощь: краткое руководство. /Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор. — М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, - 2007. —С. 320.

УДК 616.33-006.6-089.168.1-06-036:616-002

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

А.В. Фролова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доцент Р.А. Зуков

Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных злокачественных опухолей человека, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин. Ежегодно в РФ регистрируют около 39 тыс. новых случаев рака желудка и более 34 тыс. больных умирает от этого заболевания. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. В мире среди всех злокачественных новообразований (ЗНО) у человека РЖ является четвертой наиболее распространенной формой и второй причиной смерти от рака.

Типовые и комбинированные гастрэктомии, выполняемые по поводу РЖ, считаются хирургическим вмешательством с высоким уровнем сложности, которые приводят к различным по тяжести послеоперационным осложнениям, нередко являющимся причиной летального исхода оперированных больных.

В современной литературе слабо освещено влияние иммунологических факторов на риск возникновения послеоперационных осложнений у больных раком желудка, что определило актуальность проведения данного исследования.

В исследование включены 129 больных с гистологически верифицированным РЖ, получавших хирургическое лечение в отделении абдоминальной хирургии КККОД с 2009 г. по 2013 г.

Исследованы показатели иммунного статуса и люминол- и люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофилов крови до операции, на 1-е, 3-и и 7-е сутки послеоперационного периода.

Для прогнозирования осложнений после оперативного лечения у больных РЖ использован метод множественного логистического регрессионного анализа.

В качестве переменной отклика рассматривалась бинарная переменная, где 0 – отсутствие осложнений, 1 – развитие в послеоперационном периоде одного из следующих осложнений: несостоятельность анастомоза, анастомозит, пневмония, гнойно-септические осложнения.

В качестве возможных предикторов рассматривались изучаемые иммунологические показатели до операции, а также на 1-е, 3-и и 7-е сутки послеоперационного периода.

Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови оценивали с помощью метода проточной цитофлюориметрии, используя проточный цитофлюориметр FACS Canto II (Becton Dickinson, USA) и реагенты BD Pharmingen™ (Becton Dickinson, USA).

Для статистической обработки данных использовались компьютерные программы «Microsoft Office Excel 2010», «Statistica 6.1».

Проверка характера количественных переменных проводилась с использованием критериев Шапиро-Уилкса и Колмогорова-Смирнова. В случае, если распределение переменной не отличалось от нормального, то в описательной статистике использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$). Если распределение совокупностей данных отличалось от нормального, то для описания использовали медиану и квартили (Me , C_{25} - C_{75}).

Чувствительность и специфичность предикторов оценивалась при помощи ROC-анализа. Количественная интерпретация результатов проводилась при помощи построения ROC-кривых с оценкой показателя AUC (Area under ROC curve – площадь под ROC-кривой).

У больных РЖ в период до хирургического лечения нейтрофильные гранулоциты периферической крови характеризуются уменьшением времени выхода на максимум интенсивности спонтанной люцигенин-зависимой хемилюминесценции.

На 1-е сутки после хирургического лечения у больных раком желудка сохраняются изменения показателей индуцированного опсонизированным зимозаном люцигенин-зависимого хемилюминесцентного ответа нейтрофилов крови, а именно, ускорено время выхода на максимум и снижена интенсивность свечения клеток. Величина индекса активации люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофилов остается сниженной относительно контрольного диапазона. Следует также отметить, что на 1 сутки после операции наблюдается уменьшение времени выхода на максимум интенсивности спонтанной люминол-зависимой хемилюминесценции клеток по сравнению с соответствующим показателем в период до хирургического лечения ($p < 0,05$).

Через 3-е суток после проведения хирургического лечения у пациентов наблюдается повышение интенсивности свечения, также уменьшается время выхода на максимум люминол-зависимой хемилюминесценции нейтрофилов. Индекс активации для данной реакции значительно превышает таковой для группы здоровых доноров, тогда как индекс активации для люцигенин-зависимой реакции снижен. В данный период наблюдается активация синтеза вторичных АФК.

Исследование показателей хемилюминесцентного ответа нейтрофилов крови на 7-е сутки после хирургического лечения показало, что сохраняется ускоренное время выхода на максимум и низкая интенсивность свечения клеток при спонтанной люцигенин-зависимой реакции, а также снижение индекса активации хемилюминесценции по сравнению с величинами здоровых доноров. Кроме того, отмечается низкий уровень спонтанной интенсивности продукции вторичных АФК нейтрофилами периферической крови, о чем свидетельствуют данные люминол-зависимой хемилюминесцентной реакции.

Параллельное использование двух индукторов хемилюминесценции – люминола и люцигенина позволяет оценить относительное соотношение уровней продукции первичных и вторичных высокоэнергетических оксидантов нейтрофильными гранулоцитами периферической крови.

Так, в период до операции у больных РЖ соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной хемилюминесценции реакции составляет 1:4 при стимулированной хемилюминесценции реакции – 1:2, в то время как у здоровых доноров эти величины составляют 1:3 и 1:5, соответственно. Следовательно, соотношение 1:2 (когда вторичных АФК синтезируется в 2 раза больше, чем первичных) является недостаточным для развития полноценного цитопатогенного эффекта нейтрофилами, и является отражением опухолевой иммуносупрессии.

На 1-е сутки после операции соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной хемилюминесценции составляет 1:8, при стимулированной хемилюминесценции – 1:2, что свидетельствует о значительной активации внутриклеточной кислород-продуцирующей системы, связанной с этапом образования первичных высокоэнергетических кислородных метаболитов и сохраняющейся недостаточностью каскада образования вторичных АФК.

На 3 сутки послеоперационного периода соотношение количества первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов составляет 1:2 и 1:8 для спонтанной и зимозан-индуцированной хемилюминесценции

соответственно. Полученные данные могут свидетельствовать о запуске механизмов поддержания внутриклеточного гомеостаза, в том числе за счет активации антиоксидантных процессов.

На 7-е сутки после операции соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной хемилюминесценции составляет 1:3, при стимулированной хемилюминесценции – 1:12. В данный период у больных РЖ нейтрофилы периферической крови характеризуются нормализацией механизмов, регулирующих базовый уровень продукции АФК, однако наблюдается выраженная активация метаболических реакций, направленных на продукцию вторичных АФК при стимуляции клеток опсонизированным зимозаном.

Полученные данные свидетельствуют о повышенной функционально-метаболической реактивности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных РЖ в период до хирургического лечения. При дополнительной нагрузке на организм, в виде операционного стресса и объема хирургического вмешательства, существует риск срыва функционально-метаболических взаимосвязей и развития осложнений.

Изучение показателей хемилюминесценции нейтрофилов периферической крови может описать общую активность данной группы фагоцитов, являющихся основным естественным барьером организма при развитии послеоперационных воспалительных осложнений. В показателях хемилюминесценции нейтрофилов стоит отметить время выхода на максимум кривой спонтанной хемилюминесценции – во II группе пациентов данный показатель ниже ($p < 0,05$) показателей I группы. Снижение скорости функционального ответа гранулоцитов до операции во II группе больных РЖ может свидетельствовать о дисфункции неясного генеза.

На 1-е сутки после оперативного вмешательства во II группе пациентов наблюдалось повышение относительного содержания CD16+ клеток в крови ($p < 0,05$). Абсолютное содержание CD16+ клеток в данной группе (0,40; 0,23-0,54) достоверно не отличалось от полученных значений в I группе (0,36; 0,20-0,58).

Повышение относительного содержания CD16+ клеток у больных II группы в ранние сроки после хирургического вмешательства может быть связано с операционной травмой вследствие избытка чужеродных антигенов, попадающих в организм, как в результате разрушения собственных клеток, так и опосредованное контактом с внешними вирусами и бактериями.

На третьи сутки после операции в обеих группах пациентов наблюдается восстановление показателей иммунного статуса. Это можно объяснить тем, что организм стремится поддерживать внутренний гомеостаз, пока есть клеточные и метаболические резервы.

Через 7 суток после операции значимых различий в показателях клеточного иммунитета зафиксировано не было.

Для прогнозирования осложнений оперативного лечения рака желудка был использован также метод множественного логистического регрессионного анализа.

В качестве возможных предикторов рассматривались показатели иммунного статуса, хемилюминесцентной активности нейтрофилов крови и цитокинов до операции, а также на 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода.

На основании данных наблюдения 129 пациентов была построена регрессионная модель прогнозирования инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде у больных раком желудка на основании анализа дооперационных показателей.

Для данной модели коэффициент детерминации (R^2) составил 0,447, что показывает статистически значимое объяснение данными предикторами дисперсии переменной отклика на 44,7%. При этом модель обладает 96,1% -ной специфичностью в плане предсказания отсутствия осложнений, чувствительность модели - 50%. Общий процент корректных предсказаний составил 86,8%.

Снижение всех трех показателей, включённых в модель в качестве предикторов, на 1-е сутки послеоперационного периода повышает вероятность развития послеоперационных осложнений.

На 3-е сутки для данной модели коэффициент детерминации (R^2) составил 0,915, что указывает на статистически значимое объяснение изменений переменной отклика выбранными предикторами на 91,5%. При этом модель имеет высокую специфичность (предсказывает отсутствие осложнений в 99,0% случаев), и чувствительность (точность прогнозирования развития осложнения – 92,3%). Общий процент корректных предсказаний – 97,7%.

Таким образом, наиболее точной прогностической моделью оценки риска возникновения послеоперационных осложнений у больных раком желудка по достигнутому уровню чувствительности и специфичности, является регрессионная модель, основанная на исследовании иммунологических показателей на 1-е сутки послеоперационного периода, использующая в качестве предикторов относительный уровень CD3 лимфоцитов крови, иммунорегуляторный индекс и максимальное значение спонтанной люминол-зависимой хемилюминесценции нейтрофилов крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, - 2016. – С. 250.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, - 2015. – С. 236.

АСТРОЦИТ-НЕЙРОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ И ВЗРОСЛОМ ПЕРИОДЕ

Л.М. Хайрtdинова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анатомии и гистологии человека, биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической
и токсикологической химии, НИИ молекулярной медицины и патофизиологии*

**Научные руководители: асс. каф. анатомии и гистологии Рябоконь Р.В.,
д.м.н. с.н.с. НИИ Малиновская Н.А., асс. каф. биохимии Панина Ю.А.**

В течение многих лет считалось, что нейроны – единственные клетки, выполняющие функцию передачи нервных импульсов. Однако в последние десятилетия общепризнано, что астроциты участвуют в модуляции межнейронной синаптической передачи, метаболической поддержке нейронов, в образовании, дифференцировке и работе активных нейронов, секреции биологически активных молекул, действующих на эндотелиоциты и сосуды.

Цель исследования – провести обзор литературы по структурной организации и роли взаимодействия астроцитов и нейронов.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть механизм взаимодействия нейронов и астроцитов.
2. Выяснить физиологические роли астроцит-нейрональных взаимодействий.
3. Выявить потенциальные причины нарушения взаимодействий астроцита и нейрона при развитии неврологических заболеваний.

Астроглиальные клетки способны формировать весьма тесные пространственные взаимосвязи с синапсами и нейронами, при том условии, что каждый астроцит окружают синапсы не одной, а многих нервных клеток. Взаимодействие нейрона и клеток астроглии осуществляется через внеклеточное пространство за счет диффузии нейроактивных веществ, которые могут захватываться рецепторами близлежащих астроцитов. Вследствие чего внутри астроцита возникает активация сложных каскадов и повышение внутриклеточной концентрации кальция. Это приводит к высвобождению во внеклеточное пространство глутаматных трансмисмиттеров (глутамат, АТФ, D-серин, ГАМК) [7].

Согласно современной теории «трехстороннего синапса» (пресинаптическая мембрана, астроцит и постсинаптическая мембрана), астроциты играют роль в модуляции активности синапса, благодаря наличию в клетках астроглии так называемых кальциевых волн и способности к межклеточной передаче волновых колебаний [7, 8]. Между нейронами и астроглиальными клетками существует двусторонняя связь, т.к. с одной стороны астроциты играют активную роль в модуляции синаптических передач, с другой стороны – нейрональная активность может вызвать изменения уровня кальция в глии [8].

Астроциты играют роль в питании и метаболической поддержке нейронов: лактат, высвобождающийся из клеток астроглии, действует на соседние нейроны в качестве источника энергии. Однако допустим и вариант, когда нейроны могут непосредственно использовать глюкозу [1].

Также астроциты, совместно с нейронами, регулируют концентрацию ионов во внеклеточном пространстве: глиальные клетки секретируют глутамин, который затем переносится в пресинаптические окончания, метаболизируется в глутамат и упаковывается в синаптические везикулы глутаматным транспортером VGLUT. После высвобождения из везикул глутамат удаляется из синаптической щели транспортерами возбуждающих аминокислот EAAT в глиальные клетки, где он преобразуется частично в α -кетоглутарат, используемый для энергообеспечения процессов, и глутамин, который транспортируется из клеток в нервные окончания [3].

Нейроны совместно с астроцитами также осуществляют регуляцию мозгового кровообращения, благодаря чему активные нейроны получают дополнительное количество кислорода и глюкозы. Высвобождение ионов кальция из концевых отростков астроцитов, может вызвать сосудорасширяющее и сосудосуживающее действие. Накопление циклооксигеназы-2 приводит к вазодилатации, в то время высокий уровень синтетических вазоконстрикторов, как это было показано в экспериментах, вызывает вазоконстрикцию [8].

Астроциты играют важную роль в процессах эмбрионального и взрослого нейрогенеза [5]. Холинэргическая стимуляция астроцитов инициирует производство факторов, влияющих на рост нейронов. Активированная глия влияет на выживание нейронов через высвобождение цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО α) и активных форм кислорода. Влияние астроцитов на синаптогенез осуществляется за счет высвобождения из них фибронектина, ламинина-1 и PAI-1 [4, 9].

В патологических условиях, в особенности при развитии нейровоспаления и окислительного стресса, астроциты пролиферируют и не могут влиять на нейрогенез, нейритогенез и синаптогенез, что приводит

нарушению нейрон-астроглиальных взаимодействий, дополнительному повреждению и гибели нейронов. В условиях патологии также развивается реактивный астроглиоз, являющийся признаком многих нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, ишемия головного мозга, рассеянный склероз [10, 11].

Таким образом, астроциты – не просто опорные клетки нервной системы, они обеспечивают условия для генерации и передачи нервных импульсов, осуществляют часть метаболических процессов самого нейрона.

Были сделаны следующие выводы:

1. Механизм взаимодействия нейрона и астроцита - двухсторонний.
2. Физиологическими ролями астроцит-нейрональных взаимодействий являются модуляция межнейронной синаптической передачи, участие в образовании, дифференцировке и работе активных нейронов, секреция биологически активных молекул, действующих на эндотелиоциты и сосуды.
3. При развитии острой и хронической нейродегенерации, как нами было показано на примере ишемии головного мозга и болезни Альцгеймера, наибольшую роль играют развитие нейровоспаления, нейродегенерации и реактивного астроглиоза, приводящие к дисфункции нейрон-глиальных взаимодействий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малиновская Н.А. Роль НАД⁺-зависимых механизмов в регуляции нейрон-глиальных взаимодействий при ишемии головного и нейродегенерации. / Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. Н.А. Малиновская. – Кемерово, 2013. – 47 с.
2. A hypothetical astrocyte-microglia lactate shuttle derived from a 1H NMR metabolomics analysis of cerebrospinal fluid from a cohort of South African children with tuberculous meningitis / S. Mason, A.M. van Furth, L.J. Mienie et al. // Metabolomics. – 2015. – Vol.11, №4. – P.822-837.
3. Astrocytic and neuronal accumulation of elevated extracellular K(+) with a 2/3 K(+)/Na(+) flux ratio-consequences for energy metabolism, osmolarity and higher brain function / L. Hertz, J. Xu, D. Song et al. // Front Comput Neurosci. – 2013. – Vol. 7. – P. 114.
4. Bialas, A.R. Glia: regulating synaptogenesis from multiple directions / A.R. Bialas, B. Stevens // Curr Biol. – 2012. – Vol. 22, № 19. – P. 833-835.
5. Bonfanti, L. Adult Neurogenesis 50 Years Later: Limits and Opportunities in Mammals / L. Bonfanti // Front Neurosci. – 2016. – Vol. 10. – P.1-7.
6. Cerebral Lactate Metabolism After Traumatic Brain Injury / C. Patet, T. Suys, L. Carteron, M. Oddo // Curr Neurol Neurosci Rep. – 2016. – Vol. 16, №4. – P.1-7.
7. Gliotransmitters travel in time and space / A. Araque, G. Carmignoto, P.G. Haydon et al. // Neuron. – 2014. – Vol. 81, №4. – P. 728-739
8. Haydon, P.G. Astrocyte control of synaptic transmission and neurovascular coupling / P.G. Haydon, G. Carmignoto // Physiol Rev. – 2006. – Vol. 86, №3. – P. 1009-1031.
9. Modulation of neuritogenesis by astrocyte muscarinic receptors / M. Guizzetti, N.H. Moore, G. Giordano, L.G. Costa // J Biol Chem. – 2008. – Vol. 283, №46. – P. 31884-31897.
10. Rossi, D.J. Astrocyte metabolism and signaling during brain ischemia / D.J. Rossi, J.D. Brady, C. Mohr // Nat. Neurosci. – 2007. – Vol. 10, №11. – P. 1377-1386.
11. Steele, M.L. Reactive astrocytes give neurons less support: implications for Alzheimer's disease / M.L. Steele, S.R. Robinson // Neurobiol. Aging. – 2012. – Vol.33, №2. – P. 423.e1-423.e13.

УДК 616.248-08-039.57

ОЦЕНКА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

О.Ш. Хакимова, С.Е. Ахмедова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО*
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.В. Окладникова

Актуальность: Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся нарушением бронхиальной проходимости различной степени выраженности. В формировании персистирующего воспалительного процесса в слизистой оболочке нижних дыхательных путей участвует множество клеток, медиаторов, цитокинов и хемокинов. БА относится к числу наиболее распространенных заболеваний в России. По оценкам ВОЗ на 2014 год по всему миру от астмы страдает 235 миллионов человек [5]. Несмотря на глобальные достижения в фарминдустрии за последние десятилетия и постоянно совершенствующиеся методы диагностики и лечения аллергических заболеваний, не всегда удается достичь полного контроля над симптомами БА у пациентов. Это может быть обусловлено как ошибками подбора базисной терапии лечащим врачом, так и недостаточной комплаентностью к лечению со стороны больного [3, 4].

Цель исследования: Оценка базисной терапии БА на этапе амбулаторной помощи по данным амбулаторных карт на базе КГБУЗ ККБ.

Задачи исследования:

1. Изучить плановую (базисную) терапию БА в стабильном состоянии больного со среднетяжелым течением заболевания.
2. Выявить основные побочные эффекты базисной терапии при длительном применении препаратов и определить причины их развития.
3. Оценка комплаентности у пациентов по результатам опросника Мориски – Грин.

Материалы и методы исследования:

Всего в исследовании участвовало 100 человек с диагнозом бронхиальная астма. Из них пациентов в возрасте от 20 до 30 лет - 13 человек, 31- 41 лет - 27 человек, 42 - 62 лет - 38 человек, 63 -75 лет — 22 человека. Использовался метод анкетирования пациентов и анализа амбулаторных карт методом случайной выборки. Обработка данных проводилась с использованием статистической программы SPSS 21.0

Результаты: Анализ данных анкетирования и анализа амбулаторных карт показал превалирование количества женщин (84 человека) по сравнению с мужчинами (16 пациентов). Стаж болезни в большинстве случаев (42 %) составил 10 лет, у 11 пациентов БА являлась впервые выявленным заболеванием, а у 31 пациента длительность заболевания составила от 11-20 лет, у 16 пациентов от 21-32 лет. Анализируя данные распределения больных БА по возрасту, видно, что наиболее часто заболевание затрагивает возрастную категорию от 46-60 лет - 38 человек, от 31-45 лет — 27 человек, от 61-75 лет - 22 человека, от 19 до 30 лет - 13 человек. Отягощенная наследственность по БА или другим аллергическим заболеваниям отмечалась у 60 пациентов.

По данным амбулаторных карт 37 пациентов страдали БА аллергического генеза, у 27 пациентов БА была неаллергического генеза, смешанной формой БА страдали 36 человек. Базисная терапия вне обострения заболевания у 61% включала в себя ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС), а 39% получали комбинированную терапию (табл.№1). Следует отметить, что при обострении заболевания у пациентов (39%) со среднетяжелым течением бронхиальной астмы в качестве базисной терапии было рекомендовано применение комбинированных препаратов, однако, по ряду причин (отсутствие препаратов по месту жительства, нежелание пациента получать группу инвалидности, отсутствие возможности посещать поликлинику) больные со среднетяжелой бронхиальной астмой заменяли указанные препараты монотерапией (иГКС в высоких дозах).

В отношении регулярности приема базисной терапии анкетирование показало, что только у 78 пациентов – оно было регулярным.

Таблица 1

Лекарственная терапия БА при амбулаторном лечении

Препарат	Действующее вещество	Абсолютное число больных, n=100
иГКС		
Будесонид	Будесонид	25
Беклометазон	Беклометазона дипропионат	29
Асмонекс	Мометазон	5
Бенакорт	Будесонид	2
Комбинированная терапия		
Серетид-мультидиск	Сальметерол+флутиказон	19
Симбикорт	Будесонид+формотерола фумаратдигидрата	8
Беродуал	Ипотропия бромид + фенотерол	10
Тевакомб	Сальметерол+флутиказон	2

Среди иГКС, применяемых в качестве средств базисной терапии БА, одно из ведущих место занимает беклометазон. Согласно данным опроса пациентов при его применении даже в длительные сроки, побочные эффекты не наблюдались, препарат удобен в использовании. В комбинированной терапии чаще других использовался «Серетид-мультидиск», имел положительные отзывы пациентов - отсутствие побочных эффектов, хорошая переносимость препарата. Применение беродуала у 15 пациентов вызвало перебои в работе сердца, зарегистрированные на ЭКГ.

При анализе побочных эффектов на прием препаратов, содержащих иГКС, выявлялись кандидоз полости рта, который проявлялся в виде белых пленчатых наложений на слизистой оболочке (25%); 65 пациентов отмечали повышение артериального давления, причем данный побочный эффект пациенты связывали с длительным приемом иГКС. При этом было отмечено, что наблюдаемые побочные явления использования данной группы препаратов были связаны с неправильной техникой ингаляции (самостоятельное повышение дозировки при потере контроля над заболеванием, отсутствие санации ротовой полости после использования ингалятора). У 15 женщин репродуктивного возраста (25-38 лет) наблюдалось нарушение менструального цикла, стероидный диабет был зарегистрирован в 4 случаях, 30 пациентов связывают с лечением значимое повышение массы тела.

По результатам заполнения опросника Мориски-Грин, недостаточная комплаентность была установлена у 58 пациентов, при этом:

- 15 пациентов отметили, что забывают принимать препарат;
- 20 человек указали, что невнимательно относятся к времени приема препарата;
- 30 человек отметили, что прекращают прием препаратов, когда чувствуют себя хорошо;
- 27 больных указали, что прекращают прием препаратов, когда чувствуют себя хуже;

Выводы:

1. Наиболее часто для базисной терапии БА среднетяжелого течения используются ингаляционные глюкокортикостероиды в соответствующих дозах.
2. Побочные эффекты, наблюдаемые при длительном использовании средств базисной терапии БА, чаще наблюдались при применении глюкокортикостероидных препаратов, и были, как правило, вызваны несоблюдением рекомендации врача по применению препарата.
3. По результатам заполнения опросника Мориски-Грин, выделен контингент людей, нуждающиеся в дополнительном внимании, как недостаточно приверженных к лечению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белевский, А.С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / А.С. Белевский // Хроника научной жизни. - 2012. - №1. - С. 108.
2. Борисова, Е.О. Побочные эффекты системной глюкокортикостероидной терапии / Е.О. Борисова // Практическая пульмонология. - 2004. - №1. - С. 6.
3. Дониц, С.Г. Контроль течения бронхиальной астмы на амбулаторном этапе лечения / С.Г. Дониц, С.С. Солдатченко, Савченко В.М. // Кримский терапевтический журнал. - 2010. - №2. - С. 231-233.
4. Ревякина, В.А. Современные подходы к терапии больных бронхиальной астмой / В.А. Ревякина // Практическая пульмонология. - 2014. - №1. - С. 78.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/ru/>

УДК 614.2:338

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

В.В. Харитов, Н.С. Смолин, К.В. Мазурова, Ю.Г., Ю.Г. Ляпин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Ю. Сенченко

Длительное время управление отечественной системой здравоохранения осуществлялось путем прямого администрирования, при этом роль экономических регуляторов и развития хозяйственной самостоятельности медицинских организаций практически игнорировались. Финансирование отрасли традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения, а не на показателях конечных результатов деятельности медицинских учреждений. Не смотря на имеющийся ресурсный дефицит, система здравоохранения в России продолжает финансироваться по остаточному принципу. В тоже время, существующие системы управления ЛПУ не ориентированы на рациональное использование ресурсов и повышение качества медицинской помощи (Вишняков Н.И., Минаев В.А., 2002; Лучкевич В. С., 2002; Хуторской М. А., 2003 и др.).

Обозначенные обстоятельства поставили отрасль в тяжелое положение, из которого она до настоящего времени не может выйти. Именно этим и обусловлен поиск путей реформирования отечественного здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям.

Мировой опыт оптимизации системы управления показывает, что обращение к ней наиболее часто происходит в условиях, когда возникают внезапные и/или существенные перемены во внешней среде, приводящие к изменениям в сложившемся характере экономических отношений.

Реализация за последнее время ресурсоемких проектов по развитию системы здравоохранения отсутствию у медицинских организаций стимулов к оптимизации использования ресурсов, а также без действенной системы оценки результативности и эффективности проводимых мероприятий, затрудняет процесс создания сбалансированной системы экономических стимулов для повышения результативности функционирования некоммерческих организаций здравоохранения и социальных гарантий для населения. Более того, низкая экономическая результативность осуществленных преобразований оказывает отрицательное воздействие на достигнутые медико-социальные эффекты.

Оптимизация системы управления медицинской некоммерческой организацией с целью повышения медико-социальной и социально-экономической результативности их деятельности является основой для дальнейшего совершенствования функционирования отечественной медицины в рамках осуществления стратегических направлений развития бюджетной сферы России.

С учетом вышеизложенного, в настоящее время в отрасли необходимы преобразования, направленные на создание новых организационно-правовых форм медицинских организаций, в рамках которых создаются возможности по расширению их хозяйственной самостоятельности. Сегодня расширение финансовых возможностей медицинской организации возможно в рамках некоммерческой организации (ГК РФ, раздел 13).

Разработка и внедрение в практику здравоохранения экономических методов управления в рамках медицинской некоммерческой организации. С учетом оптимизации системы управления организацией, совершенствованием процессов стратегического планирования, мотивации и контроля, а также оптимизации информационного обеспечения лечебно-диагностического процесса и перехода на стимулирующие системы оплаты труда медицинского персонала.

Все это определило актуальность темы исследования, обусловленная рядом противоречий, возможностью организационно-экономической оптимизации системы управления деятельности медицинской некоммерческой организации, определения основных приоритетов и сценарных вариантов дальнейшего развития, а также разработку методики оценки результативности организационно-экономической модели управления организацией здравоохранения и мероприятий, направленных на ее преобразования или оставаться в традиционной системы управления путем прямого администрирования учреждения.

Указанные противоречия позволило выявить природу и содержание проблем: несформировавшаяся в процессе преобразований система управления организациями, отсутствие комплексного подхода непосредственно к объекту преобразований, недостаточная проработанность вопросов оценки результативности и эффективности выбранного варианта управления организациями, отсутствие четких приоритетов дальнейшего развития и другие проблемы, приводящие к соответствующим результатам.

Выдвинув гипотезу, что при изменении типа существующей организационно-правовой формы медицинских организаций в рыночных условиях позволить оптимизировать организационно-экономическую систему организации, ориентированную на результат. Поставленные цель и гипотеза обусловило постановку следующих задач:

1. Изучение нормативно-правовой базы, литературные источники.
2. Дать оценку существующей системы управления ЛПУ и обосновать потребность в новой организационно-правовой форме медицинской организации в условиях рыночной экономики.
3. Разработать методический подход к оценке результативности организационно-экономической модели управления некоммерческими организациями с возможностью определения реального ресурсного потенциала организаций.
4. Разработать методику проведения анализа оценки результативности организационно-экономических преобразований в сфере здравоохранения.
5. Обосновать и разработать подходы к оптимизации управления медицинской некоммерческой организацией в современных социально-экономических условиях.

Используя ряд методов исследования: теоретического анализа методической литературы, нормативно-правовых актов, статистического метода, метода сравнения и аналогии позволило обосновать потребность внедрения новых организационно-правовых форм медицинских организаций, предложить подходы к оптимизации системы здравоохранения ориентированной на результат.

Таким образом, предлагаемая организационно-экономическая оптимизация системы здравоохранения ориентированной на результат путем изменения организационно-правовой формы медицинских организаций не создает каких-либо дополнительных угроз для населения, более того, в ней предусмотрены дополнительные рычаги, обеспечивающие выполнение ее социально-экономических функций наиболее оптимально.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вишняков Н.И., Миняев В.А. и др. Основы экономики здравоохранения. - СПб., 2002. - 206 с.
2. Габуева Л.А. Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес-планирование/ Л.А. Габуева. - М.: Грантъ,-2001. - 184 с.
3. Габуева Л.А., Самборский Е.В., Хулап О.Л. и др. Алгоритмы финансового менеджмента медицинской организации: учеб.-метод. пособие. - М.: РАМН, ГУ НИИ общественного здоровья, 2006. - 37 с.
4. Зайцева Г.Г. Показатели эффективности: что применяется на практике?/ Г.Г.Зайцева // Руководитель автономного учреждения. -2014. -N 4.- С. 17 - 23.
5. Кадыров Ф.Н. Проблемы взаимоотношений бюджетных и частных медицинских учреждений // Здравоохранение.- 2004. № 2.
6. Методы оценки экономической эффективности в здравоохранении: учеб. пособие / Л.А. Габуева, Н.В. Хан, Е.В. Колидинцева. - М.: Дело, 2010. - 68 с.
7. Организационно-правовые формы организаций в здравоохранении: учеб. пособие / под ред. Л.А. Габуевой, О.Ю. Александровой, Н.В. Хан, Е.В. Колесникова. - М.: Дело, 2010. - 52 с.
8. Руссу О.Г. Экономическая эффективность деятельности производителей общественно потребляемых услуг в сфере здравоохранения // Российское предпринимательство. -2011. № 9(2). С. 141-146.
9. Смолева М.Е. Показатели эффективности: откуда списать? // Руководитель автономного учреждения.- 2014.- N 9. -С. 17- 25

10. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Филатов Д.В. Система оценки деятельности учреждений здравоохранения при производстве медицинских услуг: автореф. дис. . канд. экон. наук.- СПб.,- 2008.
13. Хайруллина И.С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы.- М.: Менеджер здравоохранения,-2011. - 327 с.

УДК 617-089

РАЗВИТИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

А.А. Харламова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: ст.преп. Д.А. Ноздрин

На всем периоде существования человечества не было века, в котором бы не было войны. Даже сейчас в нашем 21 веке, в веке информационных технологий, происходят военные конфликты. На сегодняшний день идет война против терроризма, вооруженный конфликт на востоке Украины, гражданская война в Ираке, в Сирии, в Сомали, а также нарковойна в Мексике. Военные действия приносят людям страдания, будь то они физические или моральные. Любой военный конфликт несет с собой жертвы, жертвы гражданских людей и военнослужащих.

В поле действия военных сил, есть большой шанс получить травму, даже травму, которая будет не совместима с жизнью. Но на поле боя кроме отважных солдат, есть не менее отважный и храбрый медицинский персонал. Благодаря ему многие солдаты и другие, пострадавшие во время военных действий остались в живых.

В этой статье пойдет речь о военно-полевой хирургии, о ее назначении, развитии, достижениях, а также о выдающихся военно-полевых хирургах, которые спасли десятки жизней.

Военно-полевая хирургия – раздел хирургии и военной медицины, который изучает патологии боевых повреждений, их диагностику, клинические проявления, а также методы лечения. [1]

Медицина в боевых действиях имеет глубокую историю. Так еще в Вавилоне (XVI век до н.э.) существовали врачи, которые сопровождали войско. В древнем Египте имелись учреждения, которые напоминали перевязочные пункты. В Индийских ведах имеются писания о лечении раненых, изложено описание по удалению из тела наконечников стрел. В древнем Китае при лечении ран применяли отвар женьшеня, а при открытых переломах извлекали осколки и зашивали раны нитями из тутового дерева. Также зашивали раны того времени льняными, пеньковыми нитями и конским волосом.

В древней Греции имелись специальные военные врачи, люди того времени говорили: «Опытный врач драгоценнее многих других человеков».[2]

В средние века хирургия пришла в упадок, в странах, где доминировала католическая религия, хирургия объявлялась греховным занятием. В средневековье уже забылось много, что было известно в древние времена, например: сшивание краев раны, наложение лигатуры на сосуды и тд.

В странах, свободных от гнёта католической церкви, хирургия продолжала развиваться, поэтому у русского войска и в те отдалённые времена при оказании помощи русским воинам для остановки кровотечения применялся «повраз» - жгут. Для перевязки ран употреблялись “убрусы” – ручные платки, которые еще при Ярославе Мудром воины носили в колчанах. В русских войсках для эвакуации раненых использовали носилки, волокуши, сани.

Шло время и постепенно менялось оружие, вместе с ним менялся характер ранений. Хирурги XV-XVI веков постоянно убеждались, что огнестрельные раны заживают хуже и позже, дают множество осложнений и часто ведут к смерти. Единственным объяснением этому они считали заражение ран порохом. Соответственно назначалось «лечение» испражнениями, мочой человека и животных. Страх перед загрязнением ран порохом заставлял хирургов выжигать их каленым железом или заливать кипящим маслом. Выживали, естественно, самые крепкие. На Руси подход был более гуманным, для перевязки использовались жировые повязки, для которых в аптечках хранилось псовое, диких котов, говяжье, медвежье, змеиное сало.

В числе хирургов XVI века следует назвать знаменитого немецкого хирурга Парацельса (1491-1541). Он полностью отрицал возможность зашивания огнестрельных ран, указывая, что в зашитых ранах «возникает гнилостное истечение и болезнь». [3] Главная обязанность хирургов того времени – забота о здоровье полководца или военачальника. Организованной помощи раненым солдатам не существовало. Раненых на поле боя можно было лечить, а можно было и не лечить. Только в 1591 году король Генрих IV издал указ об обязательной помощи раненым.

Для хирургической помощи в русских войсках уже в 1616 году в списках Государственного разряда упоминаются полковые врачи, которые имели специальные сумки («монастырки»), в которых были ножи, пилки, жгуты, лубки, нитки, иглы, «прыскала» (шприцы), корпия, «зелия» кровоостанавливающие и наркотические).

В России во второй половине XVII века в области военной медицины был сделан шаг вперед, выразившийся в создании временных госпиталей и упорядочении медико-санитарной службы.

Из военных хирургов XVIII века, занимавшихся лечением огнестрельных ран, должен быть упомянут француз Анри Лендран (1685-1770). Он рекомендовал производить первичные разрезы ран, чтобы расширить узкую раневую щель и предотвратить натяжку раневого отделяемого. Опытным военным хирургом был хирург армии Фридриха Великого Иоган Бильгер (1720-1786), который выступал принципиальным противником ампутации конечностей. Французский хирург Пти, наоборот, применял ампутации почти при каждом огнестрельном ранении. Это также была крайность.

Среди военно-полевых хирургов, которые оставили след в истории этой дисциплины, должен быть упомянут хирург армии Наполеона Пьер Перси (1754-1825). Он ввел во французской армии «передовые подвижные хирургические отряды», предназначенные для оказания хирургической помощи на поле боя.

Уже в XX в., в истории отечественной военной медицины – особое место занимает Великая Отечественная Война (1941-1945 гг.) в эти годы военно-полевая хирургия осуществляла следующие задачи – сохранение жизни максимальному числу пострадавших, восстановление их боеспособности и трудоспособности.

Медицинская служба оказалась в полосе серьезных испытаний, особенно на первом этапе войны, когда сложилась чрезвычайно сложная обстановка для действующей армии и для организации медицинского обеспечения войск. Задача мобилизационного развертывания и формирования необходимого количества полевых лечебных учреждений решалась одновременно с оказанием медицинской помощи тысячам раненых и их лечением в обстановке тяжелых боев. Кровопролитные оборонительные бои на фронтах огромной протяженности влекли за собой значительные потери. Впервые в истории раненые составили подавляющее большинство в структуре санитарных потерь. В сложившейся обстановке проблема организации хирургической помощи приобрела первостепенное значение.

Военно-полевые хирурги замечали, что объем хирургической помощи и метод оперативного вмешательства определяется боевой обстановкой, количеством поступающих раненых, их состоянием, числом хирургов на данном этапе медицинской эвакуации, наличием медицинского оснащения, полевых лечебных учреждений, а также временем года и погоды. [4]

Большое значение в совершенствовании организации хирургической работы в годы войны сыграли инструктивные письма, в которых детализировалась тактика лечения раненых с поражением различных анатомических областей, давались рекомендации по применению новых лечебных методов или лекарственных средств. Иллюстрацией этого являются известные «Письма хирургам фронтов о пенициллине», составленные Н. Н. Бурденко.^[5]

Богатый опыт, накопленный хирургами медико-санитарных батальонов и лечебных учреждений армий и фронтов, в том числе опыт, полученный в только что прошедших боевых операциях, являлся предметом глубокого и всестороннего рассмотрения и изучения широкими кругами военных медиков на армейских и фронтовых хирургических конференциях. На этих конференциях главные хирурги фронтов и флотов, как правило, выступали с установочными докладами, обобщая опыт работы армейских хирургов. Под редакцией ведущих военно-полевых хирургов издавались специальные сборники научных работ, которые становились руководством к действию для хирургов всех фронтов, что играло неоценимую роль в совершенствовании хирургической помощи.

В годы минувшей войны впервые в истории военной медицины была организована широкая специализация хирургической помощи с соответствующей материальной базой и обеспечением высококвалифицированными кадрами хирургов различных профилей. Была упорядочена профилизация хирургических госпиталей. Оказание специализированной помощи и лечение раненых в полевых подвижных госпиталях осуществлялись за счет специализированных групп. Благодаря организации широкой сети специализированных лечебных учреждений создавались благоприятные условия для рационального использования кадров хирургов, хирургического оснащения, эффективного применения последних достижений медицинской науки и как основной результат — значительного улучшения исходов лечения ранений различных локализаций.^[6]

Актуальной проблемой военно-полевой хирургии была и остается первичная хирургическая обработка огнестрельной раны. В ходе войны хирургами было установлено, что, вопреки старым представлениям, первичная хирургическая обработка ран при наличии показаний должна производиться независимо от времени, прошедшего с момента ранения, даже при развившейся раневой инфекции. Значительную роль сыграло также категорическое запрещение наложения первичного шва при обработке огнестрельных ран как завершающего этапа операции. Широкое распространение получил метод закрытия ран вторичными швами, который был относительно безопаснее и в то же время эффективнее. При этом сокращались сроки заживления ран, улучшались функциональные результаты их хирургического лечения.

Сейчас военно-полевая хирургия в XXI в. остается наукой об организации лечения раненых при военных конфликтах. Сейчас она характеризуется максимальным сокращением сроков эвакуации раненых

и возможностью оказания помощи в том объеме, в котором нуждается пострадавший. Развитие военной медицины и появление новых технологий хирургии повреждений дают возможность осуществить назревшие преобразования при своевременном универсальном оснащении военных госпиталей и подготовке хирургических кадров. Возрастание сложности и тяжести современной боевой травмы многократно повышают задачи по подготовке военного хирурга к будущим войнам. Профессиональная компетенция военного хирурга составляет основу боеспособности медицинской службы Вооруженных сил, что предусматривает постоянное совершенствование профессионального мастерства военно-полевых хирургов в мирное время.^[7]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еланский Н.Н. «Военно-полевая хирургия»
2. Логинов, С. В. Драгоценнее многих (Медицинские хроники) / С. В. Логинов // «Наука и жизнь», №№10-12-2007., №1 и 2-2008.
3. Военно – полевая хирургия: Учебник / Под ред. Н.А. Ефименко. – М.: Медицина, 2002
4. Алексанян И. В., Кнопов М. Ш. Военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны. Медицина, 2000. 264 с. ISBN 5-225-04453-0, ISBN 978-5-225-04453-4.
5. Бурденко Н.Н. «Письма хирургам фронтов о пенициллине»
6. Алексанян И. В., Кнопов М. Ш. Военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны. Медицина, - 2000. – С. 264. ISBN 5-225-04453-0, ISBN 978-5-225-04453-4. С. 5
7. Брюсов П. Г. Военно-полевая хирургия России в современную эру локальных войн: полученный опыт и перспективы развития/ П. Г. Брюсов // Военная медицина. -2015, N

УДК 159.9:338.46:(571.51-21Красноярск)

ВИДЫ И ФОРМЫ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Ж.В. Харчева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ДПсН, проф. И.О. Логинова

В данной статье исследуются виды и формы оказываемых психологических услуг населению города Красноярска. Предполагается, что рынок услуг достаточно широко охвачен существующими видами и формами предлагаемой психологической помощи.

Целью данной статьи является исследование видов и форм оказываемых психологических услуг в городе Красноярске.

Современная жизнь людей крайне интенсивна, нестабильна, люди все больше подвержены стрессу, накаливанию обстановки в государстве также вызывает немало переживаний. Количество людей обращающихся за психологической помощью возрастает, а всевозможные тренинги и семинары пользуются большой популярностью. Вопрос заключается в том, достаточно ли широко охвачен рынок психологических услуг. Предоставляется ли широкий выбор среди форм и видов психологической помощи. Это и является актуальностью нашего исследования.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные данные могут способствовать выявлению не занятой ниши на рынке предоставляемых психологических услуг и возможности организации способов оказания данного вида услуг.

При выборе направления в разработке данной статьи, была выдвинута гипотеза о том, что рынок психологических услуг в городе Красноярске достаточно хорошо охвачен всеми видами и формами психологической помощи. Для достижения цели исследования и подтверждения, либо опровержения его гипотезы была организована и проведена работа через интернет.

Методы исследования:

1. Организационный, включающий в себя сравнительный метод (сопоставление различных организаций).
2. Эмпирический, включающий в себя сбор общей информации об организациях (адрес, сайт, месторасположение, виды и формы оказываемых услуг).
3. Метод изучения документов (сведения об организации, о видах и формах предоставляемых услуг, Проект Федерального закона о психологической помощи населению в Российской Федерации).
4. Метод обработки данных, включающий количественный (статистический) и качественный (дифференциация материала по группам, анализ) методы.

Психологическая помощь – вид помощи, который оказывает квалифицированный психолог человеку или группе людей в оптимизации психофизиологических состояний, познавательных процессов, поведения, общения, реализации индивидуальной и особенно групповой деятельности.[3]

Также есть определение Британской ассоциации консультирующих психологов, из определения которых следует, что понятие психологической помощи тождественно понятию психологического консультирования: «Психологическая помощь есть специфические отношения между двумя людьми, при которых один человек (консультант) помогает другому человеку (клиенту) помочь самому себе. Это способ общения, позволяющий человеку (клиенту) изучать свои чувства, мысли и поведение, чтобы прийти к более ясному пониманию самого себя, а затем открыть и использовать свои сильные стороны, опираясь на внутренние ресурсы для более эффективного распоряжения своей жизнью через принятие адекватных решений и совершение целенаправленных действий». [1]

Выделяют виды психологической помощи:

- 1) психологическая профилактика и психологическое просвещение;
- 2) психологическое консультирование;
- 3) психологическая поддержка и психологическое сопровождение;
- 4) психологический анализ и немедицинская психотерапия;
- 5) психологическая диагностика;
- 6) психологическая реабилитация;
- 7) психологическая коррекция;
- 8) психологическая экспертиза и
- 9) психологический тренинг.

Формы психологической помощи:

- 1) очная\заочная;
- 2) индивидуальная\групповая;
- 3) краткосрочная\долгосрочная;
- 4) неотложная;
- 5) экстренная [2].

Для достижения цели исследования была организована и проведена работа через интернет. Эссенция работы состояла в нахождении, исследовании и оценки, представленных на рынке частных психологических организаций, исследованием предоставляемых психологических услуг. В результате была составлена таблица, в которой представлена основная информация о каждой из организаций.

Выборку составили 75 психологических центров, кабинетов, частнопрактикующих специалистов. Из них сведения о форме и видах своей работы разместили только 53 организации. [4] [5]

При анализе данных организаций на предмет оказания ими услуг населению нами были выделены категории потребителей:

- Дети
- Подростки
- Пожилые люди
- Дети с ОВЗ
- Люди зрелого возраста

По данному основанию все организации распределились следующим образом:



Рисунок 1. Результат распределения организаций по оказанию услуг категориям потребителей

Анализ данных позволяет констатировать, что более охваченными категориями являются дети, подростки и люди зрелого возраста (от 19 до 50 лет). Менее охвачены такие категории, как «пожилые люди» и «дети с ОВЗ».

Распределение по видам оказываемой помощи выглядит следующим образом:

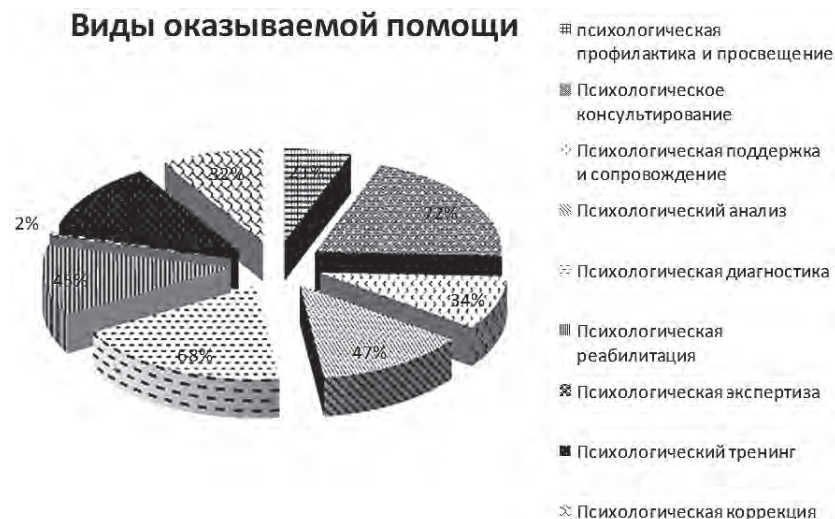


Рисунок 2. Результат распределения организаций по видам оказываемой помощи

Анализ данных позволяет констатировать, что виды оказываемой психологической помощи охвачены достаточно обширно, за исключением одного. Из выборки в 75 организаций, такой вид услуги, как «психологическая экспертиза» встретился лишь в одной.

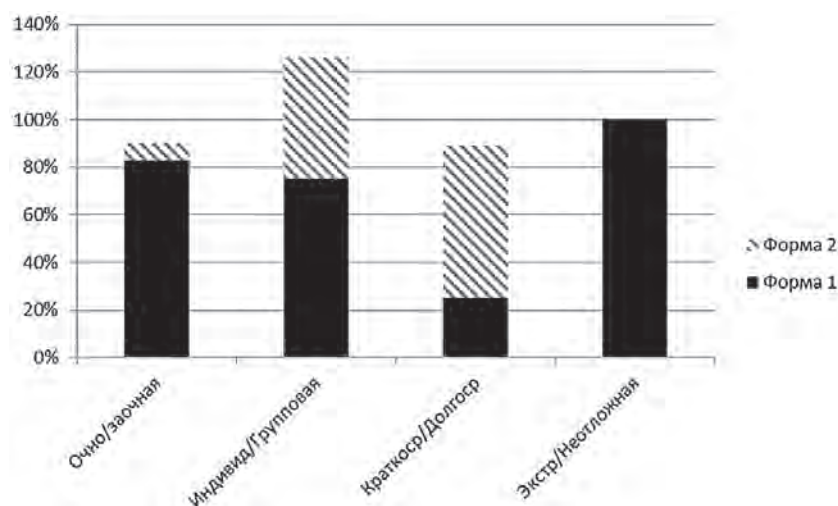


Рисунок 3. Результат распределения организаций по формам оказываемой помощи

Исследуя формы оказания психологической помощи важно отметить, что такая форма как неотложная психологическая помощь не встретилась ни в одной из организаций в выборке, экстренную помощь предлагает лишь 1 организация. Наиболее распространенной является очная форма помощи, но встречаются и заочная. Большинство организаций предлагают, как индивидуальную форму работы, так, и групповую. По количеству встреч, чаще встречается долгосрочная форма работы.

Таким образом, гипотеза о том, что рынок психологических услуг в городе Красноярске охвачен всеми видами и формами психологической помощи не подтвердилась. Виды и формы предоставляемых психологических услуг представлены на рынке достаточно обширно, за исключением такой услуги, как «психологическая экспертиза». Из форм психологической помощи не охваченными остаются неотложная и экстренная помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Виды психологического консультирования//«Мир знаний»/[Электронный ресурс]//(<http://mirznanii.com/info/vidy-psikhologicheskogo-konsultirovaniya>)
2. Материалы конференции «Психическое здоровье. Санкт-Петербург - 2000», изд-во СПбГТУ, - С. 220
3. Определение психологической помощи// [Электронный ресурс]//(<http://psychologiya.com.ua/psixologicheskaya-pomoshh.html>)
4. Психологи на b17.ru/[Электронный ресурс]//(<https://www.b17.ru>)
5. Самопознание.ру/[Электронный ресурс]//<http://samopoznanie.ru/yarsk/>

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Э.О. Хачатрян

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова

Кафедра общей хирургии с клиникой

Нучный руководитель: ак.м.н. З.М. Улимбашева

Введение. Характерной тенденцией современного подхода к лечению варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК) является комплексное использование малоинвазивных методик. Среди всех малоинвазивных методов лечения наибольшее распространение получили эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) подкожных вен и минифлебэктомия, однако до настоящего времени отсутствуют единые стандарты их использования.

Цель. Изучение отдаленных результатов лечения больных ВБВНК после ЭВЛК и минифлебэктомии.

Материалы и методы. Отдаленные результаты лечения больных с ВБВНК изучены у 184 больных (208 нижних конечностей) от 1 до 4 лет с ХВН С2–С5 по классификации СЕАР. Всем больным выполнялась ЭВЛК подкожных вен и минифлебэктомия варикозно измененных притоков. Перевязка и пересечение перфорантных вен производились надфасциально по Коккету после предварительной маркировки с помощью УЗИ. Оценка отдаленных результатов включала осмотр, дуплексное сканирование вен подвергнутых лазерной коагуляции.

Результаты. При оценке ультразвуковой картины определяли степень облитерации стволов подкожных вен, наличие функционирующих притоков ствола подкожной вены и несостоятельных перфорантных вен. У 83,6 % больных определялась облитерация ствола БПВ на всем протяжении. У 37,9 % больных на различном протяжении БПВ в области бедра и голени выявлен пристеночный кровоток обусловленный наличием необлитерированных притоков в этой зоне, имевших своим началом несостоятельную перфорантную вену. У всех больных при визуальной оценке не было выявлено варикозно расширенных вен на оперированной конечности.

Выводы. Для улучшения результатов лечения больных ВБВНК малоинвазивными методами наряду с подбором адекватных параметров лазерного излучения необходимо осуществлять тщательную флебэктомию притоков и перевязку гемодинамически значимых перфорантных вен.

УДК 005.44;341.43

КРИЗИС ГЛОБАЛИЗАЦИИ И ПРОБЛЕМА БЕЖЕНЦЕВ

М.А. Храменко

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: ст. преп. Д.А. Ноздрин

С давних времен человечество в своем развитии стремилось к объединению. Французский мыслитель Жак Аттали выделяет в истории 3 строя в попытке интеграции народов: религиозный, завоевательный, торговый. Каждый, по его мнению, выделяет свой культ: Бог, сила и деньги соответственно. В своей работе «Линии горизонта» он отмечает, что первые две эпохи в объединении людей были провальными. В религиозную эпоху христиане и мусульмане пытались объединить все человечество под эгидой именно своего Бога, однако это не удалось, потому как обе были мощными религиями и между ними не было общего, чтобы могло способствовать слиянию вер. В эпоху же завоеваний, когда попытка в объединении человечества предпринималась великими полководцами, такими как Александр Македонский и Чингисхан, которые силой пытались стереть границы между государствами, не было достигнуто какого-либо положительного результата. В торговую эпоху попытка глобализации осуществляется представителями финансовой элиты.

Сегодня наш мир стоит перед необходимостью в плотном взаимодействии между государствами, что обусловлено развитием производства. Это сподвинуло передовые умы человечества в 2003 году разработать Глобальный План Маршалла, цель которого заключалась в создании всемирной экономической, политической и общественной системы, которая бы обеспечивала глобальную безопасность, мир и благополучие всех участников мирового сообщества. На первых этапах осуществления данного плана все шло в соответствии с прогнозируемым. Американский исследователь Томас Фридман говорит о том, что глобализация предстала как

«неукротимая интеграция рынков, наций-государств и технологий, позволяющая индивидуумам, корпорациям и нациям-государствам достигать любой точки мира быстрее, дальше, глубже и дешевле, чем когда бы то ни было прежде»[4]. И действительно, на сегодняшний день мы можем наблюдать быстрый темп роста технологий, который влечет за собой передвижение капитала. Для возникших новых производств становится наиболее выгодным близкое расположение природных и человеческих ресурсов. Это, в свою очередь, подталкивает к усилению перемещения рабочей силы – миграции, а также развитию дорожно-транспортных коммуникаций. Согласно наблюдению американского философа Фрэнсиса Фукуямы, сегодня сформировался мировой рынок рабочей силы, что делает миграцию более сложной. Преследуя экономические цели, она приобретает глобальный характер. Необходимо отметить, что вслед за быстрым ростом мировых связей идет и интенсивное развитие средств массовой информации. Благодаря появлению интернета, телефонии, телевидения люди могут связаться друг с другом из разных точек мира, узнать о происходящих событиях в режиме онлайн. Таким образом, СМИ тоже становятся глобальными. Они влияют на то, каким образом преподносится информация людям, тем самым способствуя формированию у них определенного мировоззрения. Для лучшего понимания и облегчения общения человечество также выбирает единый язык, унифицирует стандарты.

Основные вопросы глобализации широко обсуждаются на сегодняшний день международной общественной организацией «Римский клуб», созданной Адриано Паччеи в 1968 году. В первых докладах: «Человечество у поворотного пункта» 1974 года Михайло Мисаровича и Эдуарда Пестель, «Пересмотр международного порядка» 1975 года Яна Тинбергера – члены Римского клуба предусмотрели возможные проблемы процесса глобализации, которые мы наблюдаем сегодня. Глобализация повлекла за собой такие негативные процессы как потеря национальной и этнической идентификации, унификация культур народов, которые не принадлежат к западной цивилизации, ослабление суверенитета многих национальных государств. А.А. Галкин в своей работе «О глобализации без иллюзий» говорит о том, что «по мере углубления глобализационных процессов стало очевидным, что основные положения глобалистской идеологии не только не дают адекватного описания происходящего развития, но и во многом решительно противоречат ему. Не случайно в последние годы в серьезных научных и политических кругах все настойчивее звучит тезис о кризисе глобализма и как теории, и как практического руководства к действию»[2].

Процесс глобализации вызвал в современном обществе массу дискуссий. Размышлению над темой глобализма посвящены работы таких философов-исследователей как Ф. Фукуяма, А.С. Панарин, Жак Аттали.

Большинство мнений сходятся на том, что кризис глобализации вызван, в первую очередь, тем, что глобализм – противоречивое явление и большая неповоротливая система, учитывающая интересы только небольшой прослойки общества. Ф. Фукуяма в своей работе «Будущее истории» пишет следующее: «...блага нового порядка сконцентрированы у очень небольшой группы людей в сфере финансов и высоких технологий, интересы которых доминируют в СМИ и общеполитических дискуссиях»[5]. Его заявление подтверждает аналитика банка Credit Suisse – около 70% населения планеты получают годовой доход менее 10 тысяч долларов, в то время как приблизительно 8% имеют доход более 100 тысяч. И только некоторая часть из них владеет 41,3% мирового богатства. Жак Аттали в своей книге «Линии горизонта» называет таких людей «новыми кочевниками»[1]. Он говорит о том, что только финансисты стали истинными гражданами мира, занявшими надгосударственное и даже наднациональное положение. Именно они, согласно Жаку Аттали, способствуют процессу глобализации.

Параллельно с этим процессом происходят изменения с материальным положением среднего класса рабочих. Ф. Фукуяма в «Будущем истории» объясняет, что процесс глобализации ведет к снижению доходов среднего класса, вследствие того, что сотни миллионов работников из развивающихся стран занимают их рабочие места за более низкую цену. Он говорит о том, что корпорациям выгоднее размещать свои производства как можно ближе к дешевым рабочим ресурсам, поэтому рабочим в более развитых странах становится труднее обеспечить свои семьи и они тоже постепенно включаются в процесс миграции. Фукуяма приводит пример того, что Германия с целью избежать таких проблем проводит специальную политику по сохранению на своей территории большей части производств, задействованию на них своих трудовых ресурсов, и несмотря на это ее товары остаются конкурентноспособными. А такие страны как США и Великобритания больше внимания уделяют постиндустриальной экономике развития услуг и свободной торговле.

Проблема богатых и бедных также обсуждается Римским клубом как явление глобализации. Высокий уровень жизни в развитых странах привлекает огромное число мигрантов, которые несут с собой свои жизненные устои, свое мировоззрение, свою религию. Концентрация в одном регионе представителей множества культур неизбежно ведет к возникновению напряжения среди населения. Вокруг возникшей проблемы ведутся споры о путях ее решения. Одним из направлений является политика мультикультурализма, которая направлена на сохранение и развитие культурных различий как в отдельно взятой стране, так и в мире в целом. Данная идеология имеет как своих сторонников, так и противников.

Преимуществами мультикультурализма являются поддержка культурных особенностей представителей разных народов и противостояние процессу американизации и вестернизации, происходящие в ходе глобализации. Ф. Фукуяма объясняет важность этого в том, что таким образом человек способен сохранить такие понятия как «самоуважение» и «самоценность», удовлетворить желание быть особенным. Это противостоит тому процессу глобализации, когда все усредняется и унифицируется. Но у данной политики есть также и недостатки. Представители общественной организации «Канак Аттак» утверждают, что мультикультурализм подчеркивает различия наций и тем самым оправдывает неравенство. Некоторые ученые отмечают, что подобная ситуация может дойти до расизма. Еще одна точка зрения заключается в том, что существует возможность нарушения правовых основ и возникновения конкуренции культурных сообществ, что в свою очередь подрывает демократические принципы.

За процессом глобализации стоит возникновение мультикультурализма. Шведский ученый У.Ханнец считает, что укреплению последнего способствует одно из основных процессов глобализации – креолизация, т.е. процесс впитывания ценностей другой культуры.

Выразителем процесса глобализации в культуре становится постмодернизм. А.С. Панарин в книге «Искушение глобализмом» пишет: «Постмодерн отражает настоящий переворот в социокультурном статусе интеллигенции и ее картины мира».[3] Он также говорит, что «глобализм есть привилегия, которую решено отстаивать, невзирая на любые преграды. А преградами являются: национальное государство, прежняя мораль ответственности и социального служения».[3] Постмодернизм разрушает эти преграды.

Наблюдаемый в XXI веке кризис глобализации обусловлен противоречием в том, что растет производство в развитых странах, а основные природные ресурсы находятся в странах третьего мира и в России.

Исторически сложилось, что страны Европы привыкли иметь колонии: в Африке, Австралии, Индии. Они имели для развития своего производства хорошие сырьевые базы, однако на сегодняшний день данные территории независимы, но потребность в сырье в развитых странах осталась.

Глобальные системы государств Европы пытаются влиять на экономическую и политическую жизнь стран третьего мира, в которых есть все необходимые для производства ресурсы. Данные государства не могут противостоять натиску развитых стран, так как слабы в экономическом плане. Эти причины, а также пропаганда западного роскошного образа жизни вызывают рост потока мигрантов из бедных стран в экономически развитые. И в этом случае происходит столкновение двух культур: западной и восточной.

Знаменитый социолог П. Сорокин, анализируя историю культуры Европы, разделил ее на 3 типа: идеациональную, идеалистическую и чувственную, который сменяет один другого, и это происходит через культурный кризис. Данная классификация прослеживается в истории культур различных народов. Сегодня Европа стоит на чувственном типе культуры, что характеризуется такими ценностями как полезность, гедонизм, эвдемонизм, нищезанятие. Со своей стороны представители восточной культуры несут идеациональное мировоззрение, которое основывается на сверхчувственных ценностях – вера во что-либо. Излишнему стремлению к материальным ценностям тяжело противостоять идеационному напору мусульманского мира.

XXI век характеризуется рядом войн: конфликтные ситуации в Сирии и Ливии, сложившиеся в 2011 году, гражданская война на Украине 2014 года. Это в свою очередь тоже способствует усилению потока переселенцев за счет беженцев. До сегодняшних событий Европа приветствовала контролируемую миграцию, за счет которой она решала свои проблемы с увеличением уровня пожилого населения и снижением рождаемости, причем мигранты на тот момент пытались быстрее адаптироваться к европейской жизни, принимая их образ жизни и правила, но теперь беженцы пытаются сами диктовать европейцам нормы поведения. Да и само количество мигрантов невероятно возросло, что также оказывает влияние на неспособность европейского населения, привыкшего к размеренному образу жизни, воздействовать на сложившуюся ситуацию. Положение осложняется тем, что преобладающими мигрантами оказываются представители одной религиозной группы, одной национальности, одного этноса. И это многократно усиливает противодействие между обществом и этими культурными группами. Кроме того, во всей силе проявляется религиозный фундаментализм, который является социально-религиозной реакцией на абстрактные угрозы, исходящие от процессов глобализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аттали Ж. Линии Горизонта. – 1992.
2. Галкин А.А. О глобализации без иллюзий // Глобализация. Конфликт или диалог цивилизаций? — М., 2002. — С. 167.
3. Панарин А.С. Искушение глобализмом. — М.: изд-во Эксмо, 2003. — 416с.
4. Уткин А.И. Глобализация: процесс и осмысление. — М.: Логос, 2001. — 271 с.
5. Фукуяма Ф. Будущее истории // Foreign Affairs. — 2012. — №1.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ф.С. Хребтова, Т.С. Захарчук

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. В.А. Мосина

Хроническая болезнь почек (ХБП) неблагоприятно влияет на прогноз больных с сердечной недостаточностью (СН). В свою очередь, сердечно-сосудистые заболевания являются независимым фактором риска развития хронической болезни почек [1].

По данным исследования ЭПОХА-ХСН, в европейской части Российской Федерации ХСН страдает 8,9% всего населения и 54% лиц старше 80 лет. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается дальнейший рост распространенности ХСН [3].

При ХСН все чаще стали отмечать повышение уровня креатинина и мочевины в сыворотке крови, снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и развитии в дальнейшем хронической болезни почек (ХБП). Частота развития ХБП составляет по разным источникам в последнее время 15-25 %, при этом терминальная стадия ХБП отмечается у 5-7% пациентов [2].

Механизм развития дисфункции почек у больных с ХСН до конца не изучен. Считается, что нарушение функции почек обусловлено, главным образом, падением сердечного выброса или общего периферического сосудистого сопротивления и нейрогуморальной активацией, что приводит к задержке натрия и воды. Падение сердечного выброса также приводит к снижению почечного кровотока. В результате уменьшается давление крови на стенки приносящих артериол и доставка натрия к восходящей части петли Генле, что также способствует снижению экскреции натрия и воды. Задержка натрия и воды почками приводит к ещё большему ухудшению функции сердца, а это в свою очередь усугубляет нарушение функции почек, замыкается порочный круг, приводящий к прогрессированию ХСН и развитию дисфункции почек [3].

В многоцентровых исследованиях, посвященных изучению различных аспектов ССЗ при ХБП, показано, что СН является фактором неблагоприятного кардиального прогноза и риска развития внезапной смерти и общей летальности у этих пациентов. Уровень кардиальной летальности у лиц с ХБП в 5–20 раз выше, чем в общей популяции. В структуре общей летальности больных, находящихся на лечении с замещением функции почек (ЛЗФП), застойная сердечная недостаточность составляет — 3–5 % [4].

ХБП существенно осложняет течение СН, что сопряжено с риском неблагоприятного прогноза ССЗ. В связи с этим актуальным является поиск факторов риска развития ХБП у пациентов с СН, что позволит в дальнейшем своевременно диагностировать нарушение функции почек у лиц с СН и улучшить прогноз ССЗ.

Целью исследования явилась оценка факторов риска развития ХБП у лиц с СН.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. оценить состояние функции почек у больных с различными стадиями ХСН;
2. оценить взаимосвязь между поражением почек и состоянием сердечно-сосудистой системы у больных с ХБП.
3. выявить факторы, усугубляющие течение заболевания у больных с ХСН и ХБП.

Исследование проводилось на базе Краевой клинической больницы города Красноярск. В исследовании участвовали 92 пациента, госпитализированных в кардиологическое отделение для проведения планового лечения, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. У пациентов изучались жалобы и анамнез заболевания, проводился осмотр пациентов, оценивались показатели нарушения функции почек (креатинин, СКФ), показатели липидного и электролитного обмена, оценивались данные эхокардиографического исследования и коронароангиографии (при наличии таковой).

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью программы Statistica. Количественные показатели в группах представляли в виде средних величин с доверительным интервалом более 95% (95%ДИ). Достоверность различий оценивали с помощью критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (U) для несвязанных выборок. Достоверность различий встречаемости качественных признаков анализировали с помощью хи-квадрат (χ^2). Достоверность коэффициентов корреляции и различий принимали при $P < 0,01$.

По результатам исследования пациенты были разделены на 3 группы: с I стадией СН – 36 пациентов (1 группа), со стадией IIА – 28 пациентов (2 группа) и со стадией IIБ – 28 пациентов (3 группа). В первой группе средний возраст составил 61,2 года [95%ДИ: 58,8-64,0], во второй группе 64 года [95%ДИ: 58,5-69,5], в третьей группе 67,1 лет [95%ДИ: 63,12-71,16].

Различий между группами по полу не наблюдается: в первой группе больных с I стадией СН пациентов мужского пола оказалось 55,5%, во второй группе со стадией ПА – 57%, в третьей группе со стадией ПБ также 57%.

У больных 1-й группы у одного человека обнаружен порок сердца, что составило 2,7%, тогда как во 2-й группе количество человек с пороками сердца составляет 60,7% (17 человек), а в 3-ей группе 67,8% (19 человек). Под пороками сердца учитывались: недостаточность митрального, аортального, трикуспидального клапана II-III степени, митральный стеноз II-III степени, аортальный стеноз II-III степени.

Давность анамнеза по гипертонической болезни в 1-й группе составила в среднем 7,94 лет [95% ДИ: 4,74; 11,14], во 2-й группе 10 лет [95% ДИ: 4,5; 20,0], в 3-й группе 18,04 лет [95% ДИ: 13,36; 22,72]; $p < 0,01$.

При анализе уровня креатинина в крови среднее значение креатинина у пациентов с I стадией СН составило 83,88 мкмоль/л [95% ДИ: 76,72; 91,04], у пациентов со стадией ПА 98 мкмоль/л [95% ДИ: 89; 106], у пациентов со стадией ПБ 128,04 мкмоль/л [95% ДИ: 98,98; 157,1]; $p < 0,01$.

При оценке результатов расчетной СКФ у пациентов 1-й группы СКФ была равна 75,5 мл/мин/1,73 м² [95% ДИ: 70,3; 75,5], что соответствует незначительному снижению функции почек, во 2-й группе 57 мл/мин/1,73 м² [95% ДИ: 54; 70] – умеренное снижение функции почек, в 3-й группе 55,4 мл/мин/1,73 м² [95% ДИ: 45,65; 65,15] – умеренное снижение функции почек.

Среди пациентов с I стадией СН чаще встречаются лица со 2 стадией ХБП – 26%, среди пациентов со стадией ПА чаще встречается стадия 3а ХБП – 50%, а также наблюдается появление лиц со стадией 3б – 3,6% и с 4 стадией – 3,6%, среди лиц со стадией ПБ встречаются все стадии ХБП – 3б стадия – 14,3% 4 стадия – 3,6%. 5 стадия – 7,14%, но большее количество лиц со стадией 3а – 39,9%; $p < 0,01$.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. С увеличением стадии СН наблюдается тенденция к увеличению пациентов с умеренной, существенно и резко сниженной функцией почек.
2. Ухудшение прогноза ХСН наблюдается среди групп пациентов с увеличением концентрации креатинина крови и снижением СКФ.
3. Факторами, усугубляющие течение заболевания у больных с ХСН и ХБП являются: мужской пол, наличие пороков сердца, продолжительность гипертонической болезни более 10 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Моисеев В.С. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции/ В.С. Моисеев, Н.А. Мухин// Национальные рекомендации. - 2013 год.
2. Резник Е.В. Хроническая болезнь почек у больных с хронической сердечной недостаточностью/ Е. В. Резник, Г. Е. Гендлин, В. М. Гушина, Г. И. Сторожаков// Журнал нефрология и диализ. – 2010. – Том 12 №1.
3. Резник Е.В. Болеет сердце - страдают почки: кардиоренальный синдром у больных с хронической сердечной недостаточностью/ Е.В. Резник, Г.И. Сторожаков, Г.Е. Гендлин// Журнал Лечебное дело. - 2009. - №1. - С. 27-36.
4. Сердечно-сосудистые нарушения при хронической почечной недостаточности и их прогностическая значимость /А.Э. Багрий, А.И. Дядык, Н.Ф. Яровая, О.В. Самойлова, М.В. Хоменко, Е.В. Щукина// Газета «Новости медицины и фармации». - 2009. - №19.

УДК 616.988.55-053.2

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ

Л.В. Целуйко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н. Я.А. Богвилене

Значение герпесвирусных инфекций (ГВИ) в патологии человека подтверждается высоким уровнем инфицированности населения. По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время речь идёт о пандемии ГВИ: от 65% до 90% взрослого и детского населения планеты инфицировано герпесвирусами (ГВ), причём у 50% из них отмечают рецидивирующее течение заболевания [1]. Широкий тканевой тропизм, способность к персистенции и латенции в организме инфицированного человека являются уникальными биологическими свойствами всех герпесвирусов [2]. Вышеописанные свойства в значительной степени присущи вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ) – основному этиологическому агенту инфекционного мононуклеоза (ИМ). Инфекция, вызванная ВЭБ, обнаруживается повсеместно и относится к одной из наиболее распространенных [3].

Однако в свете современных представлений ИМ можно рассматривать как заболевание, ассоциированное с целым рядом вирусов семейства *Herpesviridae* (I, II, V и VI типов), а также вирусами гриппа, кори,

аденовирусом, токсоплазмами и иными микроорганизмами [4]. Поэтому, по мнению многочисленного количества исследователей, в настоящее время ИМ следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание, вызываемое различными герпесвирусами [5,6].

Целью исследования явилось изучить этиологическую структуру ИМ у детей с учетом клинической картины заболевания и результатов комплексного лабораторного обследования.

Под нашим наблюдением находилось 223 ребенка в возрасте от 8 мес. до 16 лет, больных ИМ, госпитализированных в инфекционный стационар КГБУЗ «КМДКБ№1» г. Красноярск в 2013-2015 гг. Протокол исследования включал изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, эпидемиологического анамнеза, клинический осмотр, общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови), а также бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору, мазка из зева и носа на коринебактерии дифтерии. Этиологическая расшифровка ИМ проводилась с использованием ИФА (определение в крови IgM VCA и IgG EBNA к ВЭБ, IgM и IgG к ЦМВ с определением индекса авидности, Ig M и Ig G к ВПГ 1, Ig G к ВГЧ 6), а также ПЦР - диагностики (выделение ДНК-ВЭБ и ДНК-ЦМВ).

Статистическая обработка результатов проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA v. 7.0 (StatSoft, USA), SPSS 22.0. Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей и их стандартной ошибки.

По возрастной структуре наблюдаемые нами пациенты распределились следующим образом: дети до 1 года составили 0,5% (1 чел.), от 1 г. до 3 лет – 39,0 % (87 чел.), 4- 6 лет – 35,9 % (80 чел.), 7-14 лет – 22,4 % 50 чел.), дети от 14 до 16 лет – 2,2 % (5 чел.). Анализ гендерной структуры наблюдаемых больных показал, что среди заболевших преобладали мальчики (61 % – 136 чел.), девочки составили лишь 39,0 % (87 чел.). Обращает на себя внимание то, что более половины больных с ИМ имели отягощенный преморбидный фон (54,7% -122 чел.): частые ОРВИ, 45,7% (102 чел.) аллергические заболевания 23,76% (53 чел.), хроническая патология ЛОР органов 8,97% (20 чел.).

Данные эпидемиологического анамнеза в подавляющем большинстве случаев не дали положительного результата, поскольку известно, что основными источниками инфицирования являются не столько больные острыми, сколько хроническими формами ГВИ, которые могут не иметь клинических проявлений.

У 58,3 % больных (130 чел.) имело место острое начало болезни с подъема температуры тела до фебрильных цифр, появления симптомов интоксикации и развития всего симптомокомплекса ИМ в течение 3 дней. В то время как у 41,7 % (93 чел.) пациентов заболевание развивалось постепенно с появления недомогания, снижения аппетита, субфебрильной температуры тела, легкой катаральной симптоматики. В таком случае разгар болезни приходился на 5-7 день.

Одним из ранних симптомов заболевания является затруднение носового дыхания: ребенок дышит открытым ртом, появляется «храпящее» дыхание во сне, отмечается гнусавый оттенок голоса. Наличие данного симптома выявлено у 86,1% (192 чел.) наблюдаемых нами больных. У 39,0 % (87 чел.) пациентов отмечалась пастозность лица и отечность век. У большей части больных 80,2 % (179 чел.) развивался лакунарный тонзиллит, только у 9,9% (22 чел.) детей диагностирован пленчато-некротический тонзиллит. У 44,2% наблюдаемых нами больных (79 чел.) в мазке из ротоглотки на флору был обнаружен золотистый стафилококк, у 14,0 % (25 чел.) - β-гемолитический стрептококк, у 6,7 % (12 чел.) - грибы рода *Candida albicans*, у 35,2% (63 чел.) - другие возбудители (цитробактер, синегнойная палочка, гемофильная палочка, пневмококк).

Лимфопролиферативный синдром, как один из наиболее характерных признаков ИМ, был выявлен у всех госпитализированных в стационар детей. При этом у 11,2% (25 чел.) установлено наличие генерализованной лимфаденопатии с вовлечением в патологический процесс 5-6 групп лимфатических узлов. У остальных детей имело место увеличение размеров тонзиллярных (у 57,4% – 128 чел. до 1,5 – 2 см, у 31,4% - 70 чел. - до 3-4 см в диаметре, у 1,8% - 4 чел. – до 5-6 см) и заднешейных лимфоузлов в виде «цепочек» или «пакетов» с отечностью подкожной клетчатки вокруг них (за счет лимфостаза) и деформацией шеи.

Увеличение размеров печени до 3 см наблюдалось у 73,5% больных (164 чел.), до 5 см – у 10,3% (23 чел.), более 5 см – у 0,9 % (2 чел.). У 84,7% (189 чел.) пациентов увеличение размеров печени сопровождалось развитием реактивного гепатита, о чем свидетельствовало повышение активности печеночно-клеточных ферментов в биохимическом анализе крови.

Увеличение размеров селезенки отмечалось у 55,1% больных (123 чел.). Выявлено, что у 21,5% пациентов (48 чел.) селезенка выступала из-под края реберной дуги на 1 см, у 27,3% (61 чел.) - до 3 см, у остальных – свыше 3 см. Увеличение размеров селезенки происходило параллельно увеличению размеров печени.

Среди наблюдаемых нами больных в 20,2% случаев (45 чел.) имела место экзантема, при этом связь с приемом антибиотиков (как правило, ампициллина и его аналогов) была выявлена у трети пациентов (15 чел.). Продолжительность высыпания составляла около недели, обратное развитие происходило постепенно, в некоторых случаях сопровождалось шелушением.

В клиническом анализе крови в острый период заболевания регистрировали: лейкоцитоз до $15 \cdot 10^9/\text{л}$ в 54,3% случаев (121 чел.), до $30 \cdot 10^9/\text{л}$ – у 42,6% больных (95 чел.), свыше $30 \cdot 10^9/\text{л}$ – у 3,12% (7 чел.), при этом количество лимфоцитов повышалось до $54,93 \pm 4,37\%$. Содержание АМ колебалось от 2 до 40%. Средний показатель СОЭ был на уровне $12,24 \pm 8,58$ мм/час с максимальным повышением до 48 мм/час.

При исследовании биохимического анализа крови в остром периоде заболевания наблюдались изменения, касающиеся повышения активности трансаминаз практически у всех наблюдаемых нами больных – 84,7% (189 чел.): АЛТ_{ср.} $68,41 \pm 10,25$ Ед/л, АСТ_{ср.} $78,82 \pm 8,45$ Ед/л, на фоне нормального уровня билирубина ($7,04 \pm 0,86$ ммоль/л). У 10,3% больных (23 чел.) регистрировалось повышение тимоловой пробы, средний показатель которой составил $7,45 \pm 0,23$ ЕД.

Среди наблюдаемых нами больных наиболее часто диагностировались среднетяжелые формы заболевания (83% – 185 чел.), тяжелые формы встречались у 17,0% (38 чел.). Негладкое течение заболевания с развитием осложнений не наблюдалось.

При лабораторном обследовании у 87,1 % пациентов (142 чел.) были обнаружены антитела острой фазы ВЭБ инфекции (IgM VCA). Антитела класса IgM к ЦМВ выявляли в 67,3% случаев (113 чел.), к ВПГ-1 – 14,7% (14 чел.). Инфицированность ВГЧ – 6 (Ig G) составила 23,4% (22 чел.). ДНК ВЭБ в слюне выявляли в 1,3 раза чаще, чем в крови (56,5% – 126 чел. и 43,5% – 97 чел. соответственно), ДНК ЦМВ в слюне – в 60,4% (110 чел.), в то время как в крови у 40,12 % (73 чел.). Низкий уровень обнаружения ДНК ВЭБ и ЦМВ в крови, вероятно, связан с развитием ИМ вследствие реактивации инфекционного процесса.

В большинстве случаев у наблюдаемых нами пациентов имела место микст-инфекция: сочетание ВЭБИ и ЦМВИ у 68,2% больных (153 чел), ВЭБ и ВПГ-1 – 2,2% (5 чел), ЦМВ и ВГЧ – 6 – 2,2% (5 чел), ВЭБ+ЦМВ+ВГЧ – 6 – 3,6% (8 чел). В 23,32% случаев (52 чел) был выставлен диагноз инфекционный мононуклеоз неустановленной этиологии.

Все дети, проходившие лечение в стационаре, получали комплексную этиотропную и патогенетическую терапию с учетом возраста, тяжести заболевания, ведущего синдрома и наличия осложнений. В остром периоде заболевания был назначен постельный режим, щадящая диета, при наличии тонзиллита с наложениями – антибактериальная терапия. Среди антибактериальных препаратов предпочтение отдавалось препаратам цефалоспоринового ряда. Учитывая среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, назначались препараты из группы цефалоспоринов III поколения: цефотаксим в 57,7 % случаев (64 чел.), цефтриаксон – 42,3% (47 чел.). Почти половина больных (49,8 % – 111 чел.) с тяжелыми формами тонзиллитов, стойкой и длительной лихорадкой, выраженными воспалительными изменениями в анализе крови требовали назначения комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорины + аминогликозиды). Глюкокортикостероиды были назначены 72,2% (161 чел.) больным.

В качестве средств этиотропной терапии нами были использованы: виферон в виде ректальных суппозиторий (74,9% – 167 чел.) или изопринозин (25, 1 % – 56 чел.) курсом на 10-14 дней в зависимости от формы тяжести заболевания и возраста пациентов.

На фоне проводимой терапии нормализация температуры тела в основном происходила на 2–3 сутки с момента госпитализации в стационар (43,9% – 98 чел.), исчезновение симптомов интоксикации на 7 сутки. У большинства детей (91,9% – 205 чел.) период наложений был закончен к 6 дню госпитализации, улучшение носового дыхания наступило к 5 дню. Уменьшение размеров лимфатических узлов у подавляющего большинства детей (76,7% – 171 чел.) произошло к 10 дню, размеров печени и селезенки – к 8-10 дню. Нормализация показателей крови к моменту выписки из стационара имела место у всех наблюдаемых больных, за исключением 28,3% (63 чел), выписанных раньше положенного срока, 71,8% детей (160 чел.) были выписаны из стационара с выздоровлением, остальные 28,2% (63 чел.) выписаны с улучшением по настоянию родителей под расписку.

В то же время обращает на себя внимание то, что на момент выписки из стационара только 31,4% детей (70 чел.) не имели клинических проявлений заболевания. В 68,6% (153 чел.) случаев полного клинического выздоровления не произошло, в связи с чем дети, перенесшие ИМ в обязательном порядке должны состоять на диспансерном учете.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить, что на современном этапе ИМ сохраняет свои типичные, классические черты. Постоянными симптомами заболевания являются лимфаденопатия, тонзиллит, аденоидит, гепатоспленомегалия, характерные изменения в гемограмме. Среди госпитализированных больных основную группу составили дети дошкольного возраста, преимущественно мужского пола, имеющие в анамнезе частые ОРВИ, хроническую патологию ЛОР – органов, аллергические заболевания. Обращает на себя внимание факт частого развития безжелтушных форм реактивного гепатита с умеренным и кратковременным повышением активности трансаминаз. Изучение этиологической структуры ИМ позволило установить, что у большинства больных имела место микст-инфекция (сочетание ВЭБИ и ЦМВИ), как правило, в результате реактивации ВЭБИ и ЦМВИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боковой, А. Г. Герпесвирусные инфекции у детей – актуальная проблема современной клинической практики / А.Г. Боковой // Детские инфекции. – 2010. – № 2. – С. 3–7.
2. Герпесвирусные инфекции человека : рук. для врачей / под ред. В. А. Исакова. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : СпецЛит, 2013. – 670 с.
3. Иванова, В. В. Современное представление об инфекционном мононуклеозе / В.В. Иванова, И. В. Бабаченко, А.С. Левина // «Старые» и «новые» инфекции у детей в современных условиях : материалы конф. – СПб., 2011. – С. 39–47.
4. Инфекционный мононуклеоз: клинико-лабораторные аспекты / М.В.Лемешевская, Т.М. Бурданова, Л. С. Орлова и др. // Журн. инфекц. патологии. – 2013. – Т. 20, № 1–4. – С. 149.
5. Шарипова, Е. В. Клинико-лабораторная характеристика и возрастные особенности инфекционного мононуклеоза у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.09 / Е.В. Шарипова. – СПб., 2012. – 26 с.
6. Шарипова, Е. В., Герпес-вирусные инфекции и инфекционный мононуклеоз (обзор литературы) / Е.В. Шарипова, И. В. Бабаченко // Журн. инфектологии. – 2013. – Т. 5, № 2. – С. 5–13.

УДК 613.5:[351.777.61+61

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ И СОСТОЯНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА ОДНОЙ ИЗ БОЛЬНИЦ Г.КРАСНОЯРСКА

М.Е. Цуприкова, Н.М. Горохова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра гигиены

Научный руководитель: к.м.н., асс. Т.А.Титкова

Медицинские отходы – это отходы, образующиеся в организациях при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности, выполнении лечебно-диагностических и оздоровительных процедур. Медицинские отходы – это опасность для населения, фактор риска развития заболеваний различной этиологии.

По материалам РАМН, образующиеся медицинские отходы составляют около 2% от общего количества отходов потребления. За 2010 год на территории Российской Федерации было накоплено 1 748 747,3 тонн медицинских отходов (в 2005 году - 469 452,5). В 2011 году отмечается увеличение количества образующихся медицинских отходов – с 1 748 747,3 тонн до 1 789 162,6 тонн. В 1 грамме бытовых отходов содержится 0,1 - 1,0 миллиарда микроорганизмов, а в медицинских это число возрастает до 200-300 миллиардов.

Целью нашего исследования было проведение гигиенической оценки утилизации медицинских отходов и состояния операционного блока в одной из больниц города Красноярск.

Мы ознакомились с литературой по данной теме, а так же исследовали методы обращения медицинских отходов и состояние операционной в ЛПУ в соответствии с нормативными документами.

Основными документами РФ, регулирующими обращение с медицинскими отходами, являются:

1. Федеральный Закон № 52-ФЗ от 30.03.99 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [4];
2. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» [3];
3. СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров» [1].

Выделяют ряд классов медицинских отходов: класс А - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (далее - ТБО); класс Б - эпидемиологически опасные отходы; класс В - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы; класс Г – токсикологически опасные отходы 1 - 4 классов опасности; класс Д – радиоактивные отходы.

Система сбора, временного хранения и транспортирования медицинских отходов должна включать следующие этапы: сбор отходов внутри медицинских организаций; перемещение отходов; обеззараживание/обезвреживание; транспортирование отходов с территории организации, образующей отходы; захоронение или уничтожение медицинских отходов; руководителем организации утверждается инструкция, в которой определены ответственные сотрудники и процедура обращения с медицинскими отходами в данной организации; смешение отходов различных классов в общей емкости недопустимо; процессы перемещения отходов от мест образования к местам временного хранения и обеззараживания, выгрузки и загрузки многоразовых контейнеров должны быть механизированы (тележки, лифты, подъемники, автокары и так далее); к работам по обращению с медицинскими отходами не допускаются лица, не прошедшие предварительный инструктаж по безопасному обращению с медицинскими отходами; сбор, временное хранение и вывоз отходов следует выполнять в соответствии со схемой обращения с медицинскими отходами; схема разрабатывается в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил и утверждается руководителем организации.

Проблемы финансирования по статьям расходов, предназначенных для утилизации медицинских отходов:

1. Низкое оснащение оборудованием для термического и аппаратного обезвреживания отходов;
2. Недостаточное оснащение средствами малой механизации и специальным оборудованием (стойки-телжки, транспортные внутрикорпусные тележки, многоразовые педальные баки и пр.);
3. Дефицит помещений для оборудования участков по обращению с отходами класса Б и В.

По нашим наблюдениям, обращение и утилизация медицинских отходов в пределах исследуемого ЛПУ соответствовали нормам СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Требования к устройству операционных помещений (основной регламентирующий документ СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [2]): отделочные материалы должны быть предназначены для стерильных помещений; соблюдение правил зонирования помещений; обеспечение разделения технических потоков по разной степени эпидемиологической опасности; организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий; контроль соблюдения требований по обработке рук медицинского персонала и по сбору, хранению, обеззараживанию и утилизации медицинских отходов.

При зонировании помещений выделяются следующие зоны: стерильная зона; строгого режима; ограниченного режима; больничного режима.

На базе операционной одной из Красноярских больниц проводилась гигиеническая оценка. Площадь операционной на один операционный стол должна составлять 36-48 кв.м., а в исследуемом учреждении площадь операционной на два стола составила 30 кв.м., что не соответствует требованиям. Предоперационная комната для обслуживания одной операционной (при устройстве предоперационной для обслуживания двух операционных площадь предоперационной принимается равной 25 кв.м.) составляет 15 кв.м. Площадь исследуемой предоперационной составляет 10 кв.м., что не соответствует требованиям СанПиН.

Отделка помещений: полы должны быть антистатическими; поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов; покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть влагостойкими, устойчивыми к применению моющих средств и средств дезинфекции. Визуальный осмотр операционной подтверждает, что поверхность стен, полов и потолков влагостойкая, без дефектов, гладкая, устойчивая к моющим и дезинфицирующим средствам, что соответствует требованиям СанПиН.

Оборудование и режим работы: в операционной не должно быть ненужной мебели и техники. Мебель должна быть легкой, простой по конструкции, переносной, с хорошо моющейся поверхностью. Операции выполняют, соблюдая очередность от менее инфицированной к более инфицированной. Во внерабочее время в операционной никто не должен находиться. Входить в операционную без необходимости запрещается. Персонал перед операцией проходит санпропускник, переодевается в специальное белье, отличающиеся по цвету от одежды сотрудников других отделений, надевает бахилы или специальную обувь, шапочки, маски. Во время операции передвижение персонала по операционному залу должно быть ограничено. В операционной необходимо поддерживать определенный микроклимат (температуру, влажность, чистоту воздух). Оптимальной температурой в операционной считается 22-25°C при влажности 50-70. Вентиляция должна обеспечивать обмен воздуха до 3-4 раз в час. В операционных оборудуется приточная вентиляция, а не вытяжная. В исследуемой нами операционной находятся предметы, не предусмотренные СанПиН (настенные часы, стулья).

Оборудование и режим работы: для дезинфекции воздуха применяют бактерицидные ультрафиолетовые лампы. Операционные могут оборудоваться потолочными, настенными, напольными лампами. Бактерицидная лампа создает «стерильную зону» вокруг себя диаметром (2 Гм). Их размещают по ходу движения конвекционных потоков воздуха. Для производства ряда операций (пересадка органов, имплантации протезов и. т. д.) создаются сверхчистые операционные с ламинарным потоком стерильного кондиционированного воздуха. В них воздух, прошедший через бактериальный фильтр, подается в операционную под давлением 0,2 – 0,3 атм. через потолок и уходит через отверстия в полу. Исследуемая операционная оборудована системой «Чистый воздух», которая осуществляет многоэтапную фильтрацию воздуха, насыщает воздух отрицательными ионами, с индикатором качества воздуха и автоматическим режимом работы.

При содержании операционных должны проводиться следующие виды уборок: предварительная, текущая, послеоперационная, заключительная, генеральная. В оцениваемых помещениях имеются все средства, необходимые для разных видов уборок.

Таким образом, согласно проведенным исследованиям на базе ЛПУ были выявлены следующие нарушения требований СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [2]: в операционной обнаружены предметы, не предусмотренные СанПиН (настенные часы, стулья); площадь операционной и предоперационной значительно ниже установленной нормы; по остальным показателям нарушений не выявлено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»;
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
3. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»;
4. Федеральный Закон № 52-ФЗ от 30.03.99 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

УДК 616.12-008.331.1-06:

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

М.Е. Цуприкова, Н.М. Горохова, Е.С. Закирова, В.В. Кузнецова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО;

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии

Научные руководители: к.м.н., ст.преп. О.В. Селицкая, к.м.н., доц. Р.А. Яскевич

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации: на их долю в числе умерших от всех причин приходится более 55% смертей. Самым распространенным модифицируемым фактором риска развития заболеваний, главным образом определяющие высокую смертность в нашей стране: инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность, ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака – является артериальная гипертензия (АГ) [3].

В современном обществе наблюдается значительная распространенность АГ, составляя 30-45% среди взрослого населения по данным зарубежных исследований и около 40% по данным российских исследований. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40%. [2].

Эффективное и безопасное длительное лечение артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время, несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, является не только медицинской, но и медико-социальной проблемой. Об АГ можно говорить как о неинфекционной пандемии. Это обусловлено большой распространенностью и высоким риском осложнений АГ — ИБС, мозговых инсультов, сердечной и почечной недостаточности. Основная цель лечения пациентов с АГ — снижение повышенного артериального давления (АД) и поддержание его на целевом уровне, а также улучшение качества жизни пациентов с АГ [5].

Результат анализа многочисленных данных подтверждает существенные преимущества комбинированной терапии над монотерапией при лечении пациентов, страдающих АГ: влияние препаратов различных классов на разные физиологические системы, вовлеченные в регуляцию АД; доказанное увеличение числа больных, отвечающих на лечение (достижение целевого уровня АД в 70-90% случаев при комбинированной терапии); нейтрализация контррегуляторных механизмов, направленных на повышение АД; уменьшение количества визитов к врачу; возможность более быстрой нормализации АД без увеличения частоты нежелательных явлений (нередко частота побочных реакций при применении комбинации препаратов даже снижается); частая потребность в быстром и хорошо переносимом снижении АД и/или достижении низких целевых значений АД в группах высокого риска; возможность расширения показаний для назначения [4].

На сегодня только комбинированная терапия является основой современной стратегии ведения пациентов, реально обеспечивающей возможность достижения целевых уровней АД [1].

Цель нашего исследования: оценить особенности комбинированной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании со стабильной стенокардией.

Для достижения поставленной цели мы сформулировали следующие задачи:

1. Изучить литературу по данному вопросу, провести выборку данных из историй болезни с созданием базы данных, проанализировать полученные данные;
2. Провести анализ особенностей фармакотерапии АГ (распространенность фармакологических групп и отдельных препаратов, комбинированная терапия, различные режимы дозирования) в изучаемых группах больных.

В нашей работе мы использовали следующие материалы и методы: данное исследование проводилось в г. Красноярске на базе 1 ТО клиники Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера. Оценка особенностей комбинированной терапии артериальной гипертензии у пациентов со стабильной стенокардией

напряжения была основана на изучении данных из историй болезни. Было исследовано около 250 историй болезни, из которых только 60 отвечали следующим критериям:

- Возраст старше 50 лет;
- Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца;
- Оба пола (и мужчины, и женщины).

Критерии исключения:

- Постинфарктный кардиосклероз;
- Сахарный диабет;
- Заболевания почек;
- Все виды аритмий.

Результаты выборки записей (в листе назначений) из историй болезни пациентов были сформированы в базу данных. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 22.0. Использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, стандартных ошибок и т.д.) и непараметрические критерии значимости (F- критерий Фишера).

В процессе исследования было изучено 60 историй болезни пациентов в возрасте от 50 лет до 81 года. Количество мужчин составило 27 (45%) и 33 женщины (55%). Подавляющее большинство пациентов имеют стабильную стенокардию напряжения третьего функционального класса - 32 человека, что составило (53,3±6,44%), второго функционального класса - 25 (41,7±6,36%), наименьшее количество составила стенокардия первого функционального класса, всего 3 (5±2,8%) соответственно. Гипертоническая болезнь первой степени в анамнезе имеют 4 пациента (6,7± 3,22%), второй степени 2 (3,3 ± 2,32%) и третьей степени 54 (90 ±3,87%) соответственно.

В результате обработки и анализа данных, было сформировано три возрастные группы: пациенты 50-59 лет (43,3%), 60-69 лет (40%), 70 лет и старше (16,7%).

В качестве комбинированной терапии наиболее часто использовались следующие комбинации препаратов: бисопролол (конкор) и периндоприл (престариум) 16,7%, бисопролол (конкор) и амлодипин 13,3%, а также бисопролол (конкор) и рамиприл (амприлан) 10 %. Помимо комбинированной терапии использовалась в лечении данных пациентов и терапия одним препаратом, так наиболее часто проводилось лечение препаратом из группы β-адреноблокаторов бисопрололом (конкор) 33,3%, но значительно реже использовался: эгилек 3,3% , периндоприл (престариум) 5% и рамиприл (амприлан) 1,7%.

Таким образом, частота назначения и оптимальные дозы препаратов основных групп антигипертензивных препаратов различались в зависимости от возраста, пола и диагноза пациентов. Так, в возрастной группе 50-59 лет чаще других назначались комбинации препаратов бисопролол (7,5мг) + периндоприл (3,75мг) и бисопролол (1,875мг) + амлодипин (5,625мг) - по 36%; от 60 до 69 лет чаще назначалась комбинация бисопролол (5,625мг) + периндоприл (3,75мг) - 57%; у пациентов старше 70 лет наиболее часто назначались бисопролол (7,5мг) + рамиприл (7,5мг) - 67% (табл. 1,2).

Таблица 1

**Оптимальные дозы основных комбинаций
антигипертензивных препаратов в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	1 группа 50-59 лет	2 группа 60-69 лет	3 группа 70 лет и старше
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	7,5мг+3,75мг	5,625мг+3,75мг	5мг+2,5мг
бисопролол (конкор) + амлодипин	1,875мг+5,625мг	5мг+10мг	7,5мг+7,5мг
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	4мг+4мг	5мг+5мг	7,5мг+7,5мг

Таблица 2

**Частота назначения основных комбинаций
антигипертензивных препаратов в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	1 группа 50-59 лет	2 группа 60-69 лет	3 группа 70 лет и старше	Критерий Фишера
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	36%	57%	17%	$P_{(1,2)} = 0,04$ $P_{(1,3)} = 0,04$ $P_{(2,3)} = 0,02$
бисопролол (конкор) + амлодипин	36%	29%	17%	$P_{(1,2)} = 0,06$ $P_{(1,3)} = 0,04$ $P_{(2,3)} = 0,06$
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	28%	14%	66%	$P_{(1,2)} = 0,05$ $P_{(1,3)} = 0,02$ $P_{(2,3)} = 0,08$

Среди мужчин в 58% назначалась комбинация бисопролол (3,5мг) + амлодипин (7,1мг), а у женщин - бисопролол (10,8мг) + периндоприл (3,3мг) - 67% (табл. 3,4). У пациентов со стенокардией третьего функционального класса чаще назначали бисопролол (4мг) + рамиприл (4мг) - 42%, с гипертонической болезнью 3 степени - бисопролол (10,75мг) + периндоприл (3,5мг) - 48%.

Таблица 3

**Оптимальные дозы основных комбинаций
антигипертензивных препаратов в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	Мужчины	Женщины	Стенокардия III ф.к.	ГБ 3 степени
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	10мг+5мг	10,8мг+3,3мг	5мг+3,75мг	10,75мг+3,5мг
бисопролол (конкор) + амлодипин	3,5мг+7,1мг	0	5мг+10мг	5,8мг+6,7мг
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	5мг+3,75мг	6,6мг+7,5мг	4мг+4мг	6мг+6,5мг

Таблица 4

**Частота назначения основных комбинаций
антигипертензивных препаратов в исследуемых группах**

Комбинации препаратов	Мужчины	Женщины	Критерий Фишера	Стенокардия II ф.к.	ГБ 3 степени	Критерий Фишера
бисопролол (конкор) + периндоприл (престариум)	8%	67%	$P_{(м,ж)} = 0,04$	29%	48%	$P_{(ст,гб)} = 0,03$
бисопролол (конкор) + амлодипин	58%	0	$P_{(м,ж)} = 0,02$	29%	29%	$P_{(ст,гб)} = 0,07$
бисопролол (конкор) + рамиприл (амприлан)	34%	33%	$P_{(м,ж)} = 0,07$	42%	23%	$P_{(ст,гб)} = 0,03$

Практическая значимость исследования заключается в следующем: для лучшей приверженности к лечению комбинированной терапией рекомендуется использовать фиксированные формы лекарственных средств (несмотря на высокую стоимость таких препаратов, они обеспечивают эффективность от их применения, рациональный подход к лечению). Кроме того, необходимо внедрять в стационары и первичное медицинское звено, новые формы выпуска лекарств, дозы которых будут оттитрованы для оптимальной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией / С.В. Недогода, Е.И. Баранова, Ж.Д. Кобалава, А.О. Конради // Общероссийская общественная организация «Содействие профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». - Издание первое – 2015. – С. 48-54.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернаков // Кардиологический вестник. – 2015. - №1. – С. 3-30.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, А.Н. Рогоза и др. // Клинические рекомендации. – 2013. – С. 5-8.
4. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013 / Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) // Российский кардиологический журнал. – 2014. - 1 (105). – С.7-94.
5. Социально-эпидемиологическая характеристика артериальной гипертензии в условиях Севера и Сибири / Л. С. Поликарпов, И. И. Хамнагадаев, В. Т. Манчук и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. - № 4(52) – С. 92-95.

УДК 159.9:616-052-006.6

**МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Е.О. Цыпленкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: Д.Пс.Н., проф. И.О. Логинова

Онкологические заболевания являются бичом XXI века. Ежегодно во всем мире наблюдается тенденция роста числа людей, у которых диагностировали злокачественные новообразования. На сегодняшний день онкология является одной из основных причин смертности. В современном мире онкология является причиной, от заболеваний которой ежегодно умирает приблизительно около пяти миллионов людей. К сожалению, до сих пор невозможно четко обозначить причины появления заболеваний онкологии, так как на развитие раковых клеток может влиять как один, так и несколько факторов.

На современном этапе развития медицинская наука имеет большие возможности для ранней диагностики онкологических заболеваний, разрабатываются и внедряются новейшие технологии лечения различных видов онкологических заболеваний. Но сознание пациентов зачастую остается на примитивном уровне. Для России, к сожалению, характерна ситуация, когда человек до последнего не обращается к врачам, считая, что постановка диагноза – это окончательный приговор. От такого отношения к онкологическим заболеваниям пациент с диагнозом «онкология» вместо того, чтобы активно бороться за свою жизнь, становится пассивным созерцателем медицинских процедур. И в то время, когда врачи – онкологи борются за его жизнь, он смиренно ждет конца этой жизни, жалуясь на несправедливость судьбы. Поэтому в современном мире остро назрела задача изменить психологию людей в отношении как к жизни в целом, так и к своему здоровью, научить их правильному психологическому поведению при болезни, в стрессовой ситуации.

Современные исследования онкологических пациентов позволяют изучить их психологические особенности, отношение к болезни и реакции на заболевание, возможности адаптации к изменившейся жизненной ситуации. В концепции «личность как система отношений» отношение к болезни является одной из признанных мишеней психотерапевтического воздействия. Изучение влияния ситуации онкологического заболевания на психику пациента является научной основой для оказания адекватной психологической помощи онкологическим больным. Особенностью людей больных раком является то, что своевременное и адекватное лечение позволяет значительно увеличить продолжительность их жизни. Однако качество жизни может снижаться в связи с последствиями лечения и переживаниями, вызванными такими последствиями. Анализ литературы выявил целесообразность изучения отношения к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями, с целью разработки эффективных программ психологического сопровождения таких людей.

Таким образом, целью данной работы является исследование особенностей проявления механизмов психологической защиты у пациентов онкологического диспансера.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования;
2. подобрать диагностический инструментарий для исследования;
3. подобрать испытуемых;
4. диагностировать испытуемых с целью исследования особенностей проявлений механизмов психологической защиты;
5. провести анализ полученных в ходе эмпирического исследования данных;
6. сформулировать выводы по результатам исследования.

В результате была выдвинута следующая гипотеза исследования: все пациенты, имеющие какое-либо онкологическое заболевание, имеют схожие особенности проявления механизмов психологической защиты.

Практическая значимость моей работы заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы при построении программы для оказания адекватной психологической помощи онкологическим больным.

Для выборки я использовала 26 пациентов онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского. Возрастная категория пациентов:

- от 30 до 40 лет – 7,5 %
- от 40 до 50 лет – 12 %
- от 50 до 65 лет – 73 %
- старше 70 лет – 7,5 %

Из 26 пациентов у 17 опухоль обнаружена впервые (65 %), и только у 9 пациентов наблюдается рецидив и метастазы (35 %). Таким образом, изучив механизмы защиты, я могу выяснить, есть различия в них у пациентов, только узнавших о болезни, и у пациентов, которые уже борются с заболеванием какое-то время. Кроме этого есть возможность сравнить механизмы защиты у людей разного возраста.

Мною использовался опросник Плутчика - Келлермана - Конте «LIFE STYLE INDEX» для измерения степени использования индивидом (группой) различных механизмов защиты, который был разработан Р. Плутчиком в соавторстве с Р. Келлерманом и Х. Р. Конте в 1979 году. Последняя уточненная версия теста, предоставленная авторами, датирована июнем 1985 года. Необходимо подчеркнуть, что разработка данного теста концептуально базируется на общей психоэволюционной теории эмоций Р. Плутчика.

В результате исследования мною были получены следующие результаты: таблица показывает соотношение низких, средних и высоких значений в процентном выражении.

Таблица 1

Проявление механизмов психологической защиты

	Общая напряженность	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Гиперкомпенсация	Рационализация
Низкий показатель	54%	77%	62%	65%	31%	23%	70%	54%	23%
Средний показатель	46%	19%	38%	27%	65%	38%	15%	35%	65%
Высокий показатель	0%	4%	0%	8%	4%	39%	15%	11%	12%

Таким образом, на основании полученных в ходе обследования данных мы можем сделать следующие выводы:

Пациенты с онкологическими заболеваниями используют все механизмы психологической защиты. Это означает, что пациенты психологически пластичны и доступны коррекции. Определенная коррекционная работа, поможет сформировать наиболее эффективный механизм психологической защиты.

Высокие показатели имеет механизм психологической защиты проекция. Речь идет об очень инфантильном, возможно, первом по времени происхождения, защитном механизме, который обнаруживается и у младенца как способ выноса неприятного вовне, и при душевных расстройствах, например, когда собственная агрессия не осознается человеком, а точнее, страх перед собственной агрессией не осознается человеком, а проецируется вовне на других людей (бред преследования); а также при "нормальном", обыденном мышлении (суеверие, предрассудки).

В остальных механизмах преобладают чаще низкие показатели, что тоже оказывает не совсем благоприятное влияние на психологическое состояние. Защиты как бы «связывают» психическую энергию, а когда они становятся слишком сильными и начинают преобладать в поведении, то это уменьшает способность адаптации человека к изменяющимся условиям реальности. В противоположном случае, когда защита терпит неудачу, также наступает кризис, поскольку «Я» уже не имеет точки отступления и опоры и оказывается захваченным тревожностью. Оптимальным вариантом является средний показатель в большинстве механизмов психологической защиты.

В основном, не наблюдается резкого контраста в показателях у разных категорий больных (пол, возраст, рецидив). Есть незначительная разница в показателях у мужчин и женщин: у мужчин не наблюдается высокого уровня показателей не по одному механизму. Также, реже имеют высокие показатели пожилые пациенты (старше 60 лет).

Таким образом, гипотеза о том, что пациенты, имеющие онкологическое заболевание, имеют схожие черты в использовании механизмов психологической защиты, подтвердилась, что и подтверждают данные, полученные в моем исследовании.

Все выше сказанное дает нам основание предположить, что психологическая коррекция для онкобольных может строиться по единому принципу. Коррекция подобных нарушений в психоэмоциональной сфере является одной из самых актуальных задач симптоматической терапии, облегчая проведение других лечебных мероприятий, таких как борьба с болевым синдромом, компенсирование расстройств питания и других ведущих проявлений генерализации опухолевого процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, И. В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения [Текст]: автореф. дисс. канд. пс. наук, Томск, - 2008.
2. Ивашкина, М.Г. Исследование психологического аспекта онкологического заболевания. Дипломная работа, - М.: МПГУ, - 1995.
3. Кукина, М.В. Исследование механизмов психологической защиты у инкурабельных онкологических больных / М.В. Кукина // Седьмая волна психологии. Вып. 6. – Ярославль-Минск: МАПН, - 2009. – С. 109-113.
4. Нибиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом / Р.Р. Нибиуллина, И.В. Тухтарова — Казань: Казанская государственная медицинская академия, -2003. – С. 83
5. Романова, Е. С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников –Издательство Талант, 1996. – 144с.
6. Русина, Н. А. Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, - 2011, том 1, № 7. – С. 92-95.

УДК 378.172:796.078

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО

А.Н. Черникова, Д.С. Трофимов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научные руководители: к.м.н. Т.В. Потупчик, В.Н. Харюшина

Изучение проблем учащейся молодежи на современном этапе приобретает особую актуальность. На фоне негативных изменений экологической обстановки, социальных проблем экономической нестабильности прослеживается динамика увеличения поступления в учебные заведения детей и подростков с ослабленным здоровьем [2]. Вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения студенты относятся к группе повышенного риска [6]. Адаптация к новым условиям обучения происходит благодаря мобилизации функциональных резервов и требует определенного напряжения регуляторных систем. Эти изменения происходят, прежде всего, в системах дыхания и кровообращения, которые ответственны за обеспечение органов и тканей

кислородом и питательными веществами [1]. Сердечно-сосудистая система наиболее чутко реагирует на неблагоприятные воздействия окружающей среды, поэтому является индикатором адаптационно-приспособительных реакций [5].

Существовавшие еще в советское время нормы физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) возвращаются в Россию. В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания с 1 сентября 2014 года Указом Президента РФ был введен Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс ГТО. Данный указ предусматривает определение понятия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО как программной и нормативной основы системы физического воспитания населения. Предполагается, что внедрение норм ГТО позволит увеличить число россиян, уделяющих внимание физкультуре и спорту с 22,5% в 2012 году до 40% в 2020 году [8].

Целями комплекса ГТО в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования являются:

- формирование у студентов устойчивой потребности в регулярных занятиях физической культурой и спортом;
- использование средств физической культуры и спорта в оздоровлении студенческой молодежи;
- совершенствование физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательных учреждениях.

Основными задачами комплекса ГТО являются:

- формирование у студенческой молодежи устойчивого интереса к развитию собственных физических и морально-волевых качеств, здоровому образу жизни, готовности к защите страны;
- модернизация учебной и внеучебной деятельности по развитию массовой физической культуры в учебном заведении;
- совершенствование программно-методического обеспечения занятий физической культурой;
- осуществление контроля за уровнем физической подготовки и степени владения практическими умениями физкультурно-оздоровительной и прикладной направленности [9].

В ряде ВУЗов в России были проведены исследования, позволяющие определить исходный уровень физической подготовленности, которые показали низкий уровень подготовленности студентов, не удовлетворяющими нормативные требования комплекса ГТО. Дальнейшие исследования в динамике показали, что прирост показателей физической подготовленности был незначительный (2-6%). Это требует коррекции учебно-тренировочного процесса в плане обеспечения гармоничности физического развития студентов [7].

Цель данного исследования: провести сравнительный анализ гемодинамических показателей и уровня физической подготовленности у студентов по результатам двух этапов исследования.

Задачи:

1. провести оценку гемодинамических показателей у студентов 2 года обучения в колледже;
2. оценить уровень физической подготовленности у студентов 2 года обучения в колледже;
3. выявить динамические изменения полученных показателей.

В начале учебного года (2014 г.) было проведено обследование студентов женского пола 1 курса Фармацевтического колледжа, отделения «Сестринское дело» в количестве 34 человека в возрасте 15-19 лет. Исследуемые были разделены на 2 группы: основная группа - 15 студентов (проживающих в городе) и группа сравнения – 19 студентов (проживающих в сельской местности).

На 2 этапе по тем же показателям проведены исследования тех же студентов отделения «Сестринское дело» 2 курса в количестве 32 человек. Для изучения гемодинамических показателей использовались следующие методы исследования: антропометрия (измерение массы и длины тела) и подсчет индекса Кетле $ИК = \text{масса тела (кг)} / \text{длина тела (м)}^2$; измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), числа дыхательных движений (ЧДД); подсчитывался индекс Робинсона ($ЧСС * САД / 100$); вычислялись значения пульсового давления ($ПД = САД - ДАД$); по формуле Старра рассчитывались систолический объем ($СО = 90,97 + 0,54 * ПД - 0,54 * ДАД - 0,61 * В$, где В-возраст обследуемого) и минутный объем кровотока ($МОК = СО * ЧСС$); определялся индекс межсистемного взаимоотношения Хильдебранта ($Q = ЧСС / ЧД$) и индекс функциональных изменений ($ИФИ = 0,011 * ЧСС + 0,014 * САД + 0,008 * ДАД + 0,014 * В + 0,009 * МТ - (0,009 * ДТ + 0,27)$).

Все исследуемые показатели оценивались с учетом пола, антропометрических данных и возраста [3]. Для изучения уровня физической подготовленности студентов оценивались данные бега на 100 м, прыжка в длину с места, поднятие туловища, челночный бег, прыжки на скакалке [8]. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows».

На 1 этапе проведенный анализ свидетельствовал о том, что у студентов обеих групп часто встречались отклонения гемодинамических показателей: тахикардия (чаще наблюдалась у студентов сельской местности);

повышенные показатели САД и ДАД (чаще отмечались у городских учащихся); у исследуемых обеих групп регистрировались пониженные показатели индекса Робинсона (40%) и нарушения межсистемных взаимоотношений в кардиореспираторной системе (30%), повышенные показатели пульсового давления (40%), свидетельствующие о снижении функциональных резервов организма. Нарушение физического развития в виде ИМТ чаще отмечалось у городских студентов (13,3%).

Пониженный уровень физической подготовленности студентов по показателям бега на 100м, прыжка в длину с места, отжимания от пола наблюдался у значительного числа студентов обеих групп (40-68%), что свидетельствовало о недостаточной готовности обучающихся к сдаче норм комплекса ГТО.

На 2 этапе было проведено повторное исследование по тем же показателям. Были выявлены изменения по следующим показателям: бег на 100 м: на первом этапе 55,9% студентов имели показатели ниже нормы, однако на втором этих студентов стало на 2,6% меньше и составило 53,3%, прыжки в длину с места: 64,7% учащихся на первом этапе и 59,4% на втором, челночный бег: студентов, не сдавших норматив было 5,8%, а на втором 3,1%, остальные показатели физической подготовленности улучшились не более чем на 1%. Также отмечалась положительная динамика по ряду гемодинамических показателей: количество студентов, имеющих отклонения со стороны АД и ЧСС уменьшилось на 4%, Индекс Робинсона, характеризующий работу сердца, был ниже нормы у 53,8% на первом этапе, а на втором таких студентов было меньше (41,2%). Минутный объем крови улучшился у 22,6% студентов, по сравнению с первым этапом.

Таким образом, отмечается минимальная, но положительная динамика со стороны как гемодинамических, так и показателей физической подготовленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко // Ростов н/Д.: Феникс.- 2000. – С. 248.
2. Баранов, А. А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации / А. Г. Ильин, А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-12.
3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков: методические рекомендации. – Красноярск: тип. КГМА, 2002. – С. 49.
4. Критерии оценки адаптационных состояний у детей школьного возраста: методические рекомендации для курсантов ИПО – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012. – С. 17.
5. Псеунок, А. А. Адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы детей, обучающихся по новым образовательным программам / А. А. Псеунок // Педиатрия. – 2005. – № 6. – С. 77-79.
6. Спицин, А. П., Вариабельность сердечного ритма в условиях нервно-психического напряжения / А. П. Спицин, Т. А. Спицина // Гигиена и санитария. – 2011. - №4. – С. 65-68.
7. Туревский, И. М. Соотношение основных средств физического воспитания при подготовке студентов к сдаче норм комплекса ГТО / И. М. Туревский, А. Ю. Фролов, Г. А. Петрушина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. - № 1-3 (32). – С. 23-30.
8. Приказ Министерства спорта РФ №575 «Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «готов к труду и обороне» (ГТО)»
9. Внедрение Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса ГТО в Ярославской области [Электронный ресурс]: http://gto76.pdf/normativnaya_baza/student_sport.html.

УДК 159.9:614.253.52:616.8

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А.Н. Черникова, Ю.А. Кремнева, Д.С. Трофимов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научные руководители: к.м.н. Т.В. Потупчик, О.В. Терентьева

Общение - важнейшая потребность человека. Любой человек нуждается в общении, а больной - особенно. Для него доброжелательная, предупредительная, тактичное и чуткое общение имеет огромное значение. Общение может способствовать улучшению состояния пациента, а может стать причиной его ухудшения или даже смерти [1,4].

Суть обязанностей медицинской сестры, работающей в неврологическом отделении, состоит в наблюдении патологических проявлений пациентов, стремления понять их, регистрировать, а также в умении выслушивать пациента, понять его мысли, особенности реагирования, суметь разобраться в них, а также умение обучать родственников и самого пациента. Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между пациентом и медицинским работником – ощущение пациентом поддержки. Если он осознает, что ему намереваются

помогать, а не принуждать, то он активнее участвует в лечебном процессе. Для установления полноценного сотрудничества с пациентом необходимо выказывать ему сочувствие. Медицинская сестра должна понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – всё то, что испытывает и переживает пациент, его представление о своей болезни, её причинах [2,5].

При контакте с пациентом, особенно в ситуациях угрозы жизни, необходимо учитывать, что одно и то же заболевание переносится в разном возрасте неодинаково. Чем старше пациент, тем трагичнее воспринимает он своё состояние, тем серьёзнее для него психологическая травма, что связано с познавательным уровнем пациента, его психосоциальным развитием, опытом [3,7].

Цель: выявить психологические компоненты деятельности медицинской сестры неврологического отделения.

Задачи:

1. изучить психологические особенности навыков общения медицинских сестер неврологического профиля;
2. провести анализ полученных результатов.

В исследовании приняли участие 30 медицинских сестер, работающих в неврологических отделениях Красноярского края, прибывшие в «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием» (КГБОУ ДПО ККЦПКССМО). Исследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: 1 группа – основная (15 человек), младше 45 лет и 2 группа - сравнения, старше 45 лет (15 человек).

Для анкетирования использовалась методика самоактуализации личности (САМОАЛ) по автору А.В. Лазункин в адаптации Н.Ф. Калины. Респонденты отвечали на вопросы методики (методика включала 100 парных утверждений, из которых в процессе опроса было выбрано одно, распределенных по 11 шкалам (шкалы №1, 3, 4, 8, 10, 11 содержат по 10 пунктов, остальные по 15. Для получения сопоставимых результатов количество баллов по указанным шкалам умножали на 1,5). Ответы обрабатывались при помощи ключа шкалы вопросника САМОАЛ. По результатам ответов была составлена сводная таблица (табл.1,2), включающая следующие шкалы: «Контактность» и «Гибкость в общении». Все ответы были разбиты на 3 группы: от 0-3 – это низкие значения, от 4-6 – это средние значения, от 7-11 – это высокие. Анализируя результаты, рассматривались только значения двух шкал – «Контактность» и «Гибкость в общении» и только низкие и высокие значения, т.к. нас интересовала выраженность / невыраженность шкал [6].

Таблица 1

**Результаты опроса по методике
самоактуализации личности медсестер младше 45 лет.**

Контактность	Гибкость в общении
6	5
9	11
5	6
3	8
8	9
6	6
5	8
9	11
8	8
11	9
8	11
8	6
8	9
8	8
5	11

Результаты опроса по методике самоактуализации личности медсестер старше 45 лет

Контактность	Гибкость в общении
9	9
11	11
8	8
6	6
6	8
9	12
6	5
9	9
6	6
8	6
6	6
8	12
6	6
9	11
11	9

Шкала контактности измеряет общительность личности, ее способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими. В вопроснике САМОАЛ контактность понимается не как уровень коммуникативных способностей личности или навыки эффективного общения, но как общая предрасположенность к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, необходимая основа синергической установки личности.

Шкала гибкости в общении соотносится с наличием или отсутствием социальных стереотипов, способностью к адекватному самовыражению в общении. Люди с высокой оценкой по этой шкале ориентированы на личностное общение, не склонны прибегать к фальши или манипуляциям, не смешивают самораскрытие личности с самопредъявлением – стратегией и тактикой управления производимым впечатлением. Низкие показатели характерны для людей ригидных, не уверенных в своей привлекательности, в том, что они не интересны собеседнику и общение с ними может не приносить удовольствие [6].

По результатам исследования по шкале «Контактность» высокие значения имели 60% медсестер обеих групп. Низкие значения были выявлены в 1 группе медсестер младше 45 лет (6,6%), у медсестер 2 группы низких значений выявлено не было.

По шкале «Гибкость в общении» высокие значения имели 60% медсестер обеих групп, низкие значения отсутствовали.

Проведя анализ полученных результатов, было выявлено, что большинство медицинских сестер обеих группы имеют предрасположенность к взаимополезным контактам, что свидетельствует об аутентичном взаимодействии с окружающими, способности к самораскрытию. Отсутствие предрасположенности к взаимополезным и приятным контактам было выявлено в единичном случае в 1 группе медсестер (младше 45 лет). Высокие показатели по шкале «Гибкость в общении» свидетельствовали об аутентичном взаимодействии с окружающими, способности к самораскрытию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурно, М. Е. Терапия творческим самовыражением / М. Е. Бурно // Академ. проект. 1999. – С. 364.
2. Гребенюк, О. С. Основы педагогики индивидуальности / О. С. Гребенюк, Т. Б. Гребенюк // Экспо. -№ 1. – С. 572.
3. Громкова, М. Т. Психология и педагогика профессиональной деятельности / М. Т. Громкова // ЮНИТИ- ДАНА. 2003. – С. 415.
4. Зимняя, И. А. Педагогическая психология / И. А. Зимняя // Логос. 2004. – С. 384.
5. Ротштейн, В. Г. Основы психиатрической грамотности / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан // Качество жизни. 2008. – С. 124.
6. Соина, А. Ю. Медсестра неврологического диспансера: психолого-педагогические аспекты работы / А. Ю. Соина, И. Б. Ханина // Медицинская сестра. – 2015. - №5. – С. 49-54.
7. Творогова, Н. Д. Психология управления / Н. Д. Творогова // ГЭОТАР – Медиа. 2008. – С. 528.

НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

П.А. Черномурова, Н.В. Попенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. пр. Н.В. Попенко

Одним из наиболее актуальных вопросов современного здравоохранения является проблема лечения и восстановления больных, перенесших ишемический инсульт. В России среди причин смертности на втором месте после инфаркта миокарда стоит инсульт головного мозга.

Инвалидизация после инсульта составляет 70-80% от числа выживших людей. Наблюдается омоложение инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста — до 65 лет. За последние 10 лет показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России возросли более чем на 30%.

Современные методы реабилитации таких больных характеризуются ограниченной эффективностью, и многие из пациентов нуждаются до конца жизни в посторонней помощи. Необходим поиск новых методов лечения и подходов к реабилитации этих больных, позволяющих снизить уровень инвалидизации, превратить их в самообслуживающихся лиц [6].

Адаптация является наиболее важным процессом реабилитации. Важно восстановить не только физическое состояние организма, но и когнитивные функции для возвращения человека к полноценной жизни.

Целью данного исследования является изучение нарушения памяти у пациентов, перенесших ишемический инсульт в бассейне левой и правой средней мозговой артерии.

Задачи:

1. исследование особенностей памяти у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии;
2. обработка и сравнительный анализ полученных экспериментальных данных нарушения памяти при ишемическом инсульте в бассейне правой средней мозговой артерии и в бассейне левой средней мозговой артерии.

Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, которое приводит к стойким нарушениям мозговой функции.

В зависимости от причины, вызвавшей нарушение мозгового кровообращения, выделяют два основных вида инсульта: ишемический и геморрагический.

Ведущую роль в развитии ишемического инсульта принадлежит нарушению кровотока по артериям вследствие сужения их просвета. Область мозга перестает получать достаточное количество кислорода, и нервные клетки подвергаются некрозу, что влечет за собой параличи, нарушения речи, памяти, узнавания, координации движений. Этот вид инсульта мозга наблюдается гораздо чаще, примерно в 75% случаев [1].

«...Память, ни в какой мере не может рассматриваться как простая «запись» и «считывание», следов (схема, которая так часто становится исходной при рассмотрении мнестических процессов в современных попытках «моделировать» психические явления). Понятие памяти включает, как элементарную возможность запечатлеть и воспроизводить следы прошлого опыта, так и сложно построенную мнестическую деятельность, при которой запоминание и воспроизведение следов являются исходной задачей, требующей избирательного выделения нужного материала, торможения всех побочных связей, иногда использования соответствующих средств и всегда сличения воспроизводимых следов с исходной задачей. Мнестическая деятельность человека может быть по-разному организована и при локальных поражениях мозга может страдать в различных звеньях. Игнорировать это сложное строение рассматриваемых процессов значило бы недопустимо упрощать изучаемый материал и заменять богатейшие факты реальности пустыми и бессодержательными схемами» [3].

Нейропсихологические методики позволяют выявить последствия нарушения мозгового кровообращения для памяти человека. Соотнести тяжести расстройств кратковременной и долговременной, модально-специфической, модально-неспецифической памяти, непосредственного и опосредованного запоминания у больных с локальными и сосудистыми поражениями мозга.

У больных с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии могут возникать модально-специфические дефекты памяти, которые характерны для поражения теменных, височных и задне-лобных конвекситальных отделов [3]. Средняя мозговая артерия отдает ветви, которые снабжают кровью почти всю наружную поверхность коры головного мозга. По ней получают питание чувствительные кожные и слуховые, двигательные, а также области коры головного мозга связанные с речью. Под прямым углом от широкого русла средней артерии отходят ветви, которые погружаются в глубину вещества мозга [1].

Для проведения исследования состояния памяти больных использовались нейропсихологические методы А. Р. Лурия, патопсихологические методы и шкала количественной оценки данных нейропсихологического обследования памяти Ж. М. Глозман. Все диагностические методики отвечают логике и целям исследования, подобраны с учетом возраста, образования пациентов и позволяют в совокупности выявить нарушения памяти у пациентов, перенесших инсульт.

1) Для оценки кратковременной слухоречевой памяти, а также способности перевода материала в долговременную память, прочности запоминания при отсроченном воспроизведении после интерференции использовалась методика «Заучивание десяти слов», предложенная А. Р. Лурия.

2) Для исследования опосредованного запоминания использовалась методика «Пиктограмма» А. Р. Лурия

3) Для исследования смысловой памяти использовалась методика «Воспроизведение рассказов» [5].

4) Для исследования влияний побочной (интерферирующей) деятельности на удержание запомнившегося материала использовалась методика «Две группы по три слова».

5) Для исследования невербальной памяти использовалась методика «Запоминание пяти геометрических фигур», предложенная А. Р. Лурия в учебном пособии «Нейропсихологическая диагностика».

6) Для исследования влияния побочной деятельности на запоминание фраз использовалась методика, предложенная А. Р. Лурия «Запоминание двух смысловых рядов» [4].

7) Количественный анализ нарушений памяти проводился с помощью шкал количественной оценки данных нейропсихологического обследования Ж. М. Глозман. Исследование памяти включает: тесты на слухоречевую память (заучивание 10 несвязанных по смыслу слов за 5 предъявлений с последующим воспроизведением этих слов после гетерогенной интерференции; запоминание двух групп по три слова; двух фраз с последующим воспроизведением их после гомогенной интерференции; запоминание рассказа); тест на двигательную память (запоминание двух серий из трех движений в пробе на динамический праксис); тест на зрительную память (запоминание и узнавание двух групп из трех изображений реальных предметов и двух групп из трех геометрических невербализуемых фигур). В каждой пробе анализируется непосредственное и отсроченное (после интерференции) воспроизведение [2].

Анализ проведенного эмпирического исследования памяти больных, показал, что у всех 20, то есть у 100% испытуемых снижение опосредованного запоминания.

Сужение объема слухоречевой кратковременной памяти отмечается у 15 пациентов (75%). При поражении в бассейне правой средней мозговой артерии у 5 из 10 испытуемых, в бассейне левой средней мозговой артерии у всех 10.

Объем слухоречевой долговременной памяти снижен у 14 пациентов (70%). Снижение отмечается 4 испытуемых из 10, перенесших инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. Грубое снижение объема слухоречевой долговременной памяти у 10 испытуемых из 10 выявлено при поражении в бассейне левой средней мозговой артерии.

Смысловая память нарушена у 10 пациентов (50%). Незначительное снижение у 4 из 10 пациентов с поражением в бассейне правой средней мозговой артерии. При поражении в бассейне левой средней мозговой артерии снижение смысловой памяти выявлено у 6 испытуемых из 10.

Нарушение невербальной памяти отмечается у 2 пациентов (10%), перенесших инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

Отрицательные влияния гомогенной интерферирующей деятельности на удержание запомнившегося материала выявлены у 9 пациентов (45%). При гомогенной интерференции снижение у 3 из 10 пациентов, перенесших инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, и у 6 из 10 пациентов с поражением в бассейне левой средней мозговой артерии.

Гетерогенная интерференция влияет отрицательно на удержание запомнившегося материала у 8 пациентов (40%). При гетерогенной интерференции снижение у 2 из 10 больных с поражением в бассейне правой средней мозговой артерии. При инсульте в бассейне левой средней мозговой артерии нарушение наблюдается у 6 из 10 испытуемых.

Исследование влияний смысловой организации материала на объем запоминания и влияний отрицательных воздействий на воспроизведение следов после гомогенной интерференции выявило снижение у 7 пациентов (35%). Отрицательное влияние гомогенной интерферирующей деятельности отмечается у 2 из 10 пациентов, перенесших инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, и у 5 из 10 пациентов с поражением в бассейне левой средней мозговой артерии.

Количественная оценка нейропсихологического обследования с помощью шкалы Ж. М. Глозман позволяет статистически оценить результаты. У пациентов, перенесших ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, отмечаются более выраженные нарушения памяти.

Таким образом, можно говорить о том, что особенности памяти у пациентов с ишемическим инсультом, зависят от стороны поражения в бассейне средней мозговой артерии. Нарушения памяти более выражены у больных, перенесших инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белянская, Е. Н., Краснова, М. А. Реабилитация после инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www. e-reading. club](http://www.e-reading.club)
2. Глозман, Ж. М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных / Ж. М. Глозман – Москва: Смысл, 2012. — С. 264
3. Карлов, В. А. Сорокин, Н.Д. Селицкий, Г.В. Нарушения разных видов памяти у больных с ишемическим инсультом / В.А. Карлов, Н.Д. Сорокин, Г. В. Селицкий Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2001. – N 2. – С.7-11 Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д.
4. Лурия, А. Р. Нейропсихология памяти / А. Р. Лурия – Москва: Изд-во МГУ 1976. – С. 250.
5. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) / С. Я. Рубинштейн – Москва: Апрель-Пресс, изд-во Института психотерапии, 2004. – С. 224.
6. Стаховская, Л. В., Котов, С. В. Инсульт. Руководство для врачей / Л. В. Стаховская, С. В. Котов – Москва: Медицинское информационное агентство, 2014. – С. 400 .

УДК: 615.322:616.1

ПОИСК РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Д.Н. Чернявко

Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Е.В. Зубарева

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), наравне с онкологическими и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века. Согласно официальным статистическим данным Минздрава России, за последние годы смертность от болезней системы кровообращения заняла первое место (почти 60% от всех смертей). Столь высокая заболеваемость патологией ССЗ связана с широкой распространенностью факторов риска: неправильного питания, курения, отягощенной наследственности, гиподинамии, увеличении стрессовых воздействий. Немаловажное негативное значение имеют экологически-гигиенические факторы: загрязнение воздушной, водной среды и почвы. Одной из причин сердечно-сосудистых заболеваний является хрупкость капилляров и сосудов. Это вызвано недостатком рутина, который повышает их крепкость и упругость, предупреждает их сужение. Поэтому очень важно заниматься профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний. Для этого необходимо соблюдать сбалансированное питание, которое включает в себя употребление овощей и фруктов, снизить количество и интенсивность нервно-психических напряжений, дозировать физические нагрузки, отказаться от вредных привычек [4].

Цель: выявление новых доступных растительных объектов с высоким содержанием рутина.

Задачи исследования:

- 1) изучить литературные данные о витамине Р и рутине, влиянии их на организм человека;
- 2) определить спектр известных, в отношении содержания рутина, продуктов и растений;
- 3) исследовать содержание рутина в растительных объектах;
- 4) разработать рекомендации по использованию данных продуктов и растений в практической деятельности человека и медицине для профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Спектр сердечно-сосудистых заболеваний широк и разнообразен. Однако единственным первично всеобъемлющим заболеванием, приводящим к инфаркту и инсульту, гипертонии, ишемической болезни сердца, является атеросклероз. Ежегодно это заболевание уносит больше жизней, чем все формы рака вместе взятые. Атеросклероз - это хроническое заболевание артерий, возникающее в результате нарушения липидного обмена, характеризуется холестериновыми отложениями (атеросклеротическими бляшками) на стенках кровеносных сосудов, что приводит к нарушению их эластичности. Прикрепляясь к хрупкому сосуду, она постепенно увеличивается и все больше выступает в его просвет. Тем самым атеросклеротическая бляшка сужает просвет и уменьшает количество крови, протекающее по сосуду [4].

Для лечения атеросклероза, кроме медикаментов, применяются народные средства, которые обладают меньшей токсичностью и легче усваиваются организмом. При этом необходимо обращать внимание на свое состояние и контролировать его. При ухудшении необходимо обратиться к врачу. Поэтому лучшим лечением будет совмещение традиционной и народной медицины. Для лечения атеросклероза, а так же для профилактики его появления смогут помочь продукты и растения, богатые витамином Р.

Витамин Р – это природное соединение, объединяющее группу на биологическом уровне активных веществ под названием флавоноиды. В неё входят порядка 150 биофлавоноидов: гесперидин, эскулин, катехин и т.д. Но его более употребляемое, хотя и не совершенно четкое заглавие «рутин», потому что рутин – это всего только

один из многих веществ, относящихся к группе флавоноидов [2]. Употребление продуктов, содержащих рутин хорошо влияет на обмен липидов, предотвращает отложению холестерина, тем самым максимально снижает риск развития атеросклероза, восстанавливает состояние стенок сосудов и капилляров, повышая их крепкость и упругость, предупреждает их сужение, нормализует кровяное давление, нормализует ритм и силу сокращений сердца. Витамин Р – синергист витамина С, т.е. усиливает его действие, способствует нормальному всасыванию и обмену витамина С, предохраняет его окисления, способствует накоплению в организме [3].

Рутин содержится в следующих ягодах и фруктах: рябина, малина, шиповник, голубика, инжир. Среди овощей основным источником рутина являются томаты, укроп, петрушка, зеленый салат. Много рутина содержится в цитрусовых и орехах, гречке и травах [2].

Недостаток витамина Р проявляется в организме следующим образом: сосуды и капилляры становятся хрупкими, появляются дефекты сосудов слизистых оболочек, под кожей происходят кровоизлияния, носящие точечный характер и появляются маленькие синячки, десны могут начать кровоточить, может ощущаться боль в ногах и плечах. Человек начинает быстрее утомляться и у него сильно снижается работоспособность. Внезапное появление угревой сыпи, чрезмерное выпадение волос, пародонтоз также могут указывать на нехватку витамина Р.

Что касается избытка витамина Р, то это не представляет никакого риска для человека, так как все излишки витамина с лёгкостью выводятся из организма естественным путём.

Суточная потребность витамина Р для взрослого здорового человека составляет 25 - 50 мг, в то время как лечебная доза варьируется в пределах от 100 до 150 мг.

Объекты исследования: зеленая гречка «Образ жизни», укроп (домашний) – *Anrethum*, укроп (магазинный) – *Anethum*, крапива двудомная – *Urtica dioica*, плоды шиповника – *Rosa acicularis*, зверобой продырявленный – *Hypericum perforatum*, инжир – *Ficus*, душица обыкновенная – *Origanum vulgare*, апельсин – *Aurantiacio*, донник лекарственный – *Melilotus officinalis*, горец птичий – *Polygonum aviculare*, тысячелистник обыкновенный – *Achillea millefolium*, кофе молотый Арабика, плоды рябины обыкновенной – *Sorbus aucuparia*, перец острый – *Capsicum frutescens*.

Метод исследования

Для определения содержания рутина используется метод титрования. Рутин способен окисляться перманганатом калия. В качестве индикатора применяется индигокармин, который вступает в реакцию с перманганатом калия после того, как окислится весь рутин [1].

Полученные результаты

В ходе проведенного исследования были получены результаты, представленные в таблице.

Таблица

Содержание рутина в растительных объектах

№ п/п	Название объекта	Результат титрования (мл)	Содержание рутина (%)
1	Зеленая гречка «Образ жизни»	1,3	1,05
2	Крапива двудомная	0,96	0,77
3	Шиповник (плоды)	0,82	0,66
4	Зверобой продырявленный	0,75	0,6
5	Орех грецкий	0,7	0,56
6	Апельсин	0,69	0,55
7	Укроп (домашний)	0,68	0,54
8	Инжир	0,62	0,5
9	Душица обыкновенная	0,57	0,46
10	Укроп (магазинный)	0,5	0,4
11	Донник лекарственный	0,47	0,38
12	Гречка «Увелка»	0,42	0,37
13	Тысячелистник обыкновенный	0,3	0,24
14	Кофе молотый Арабика	0,27	0,22
15	Плоды рябины обыкновенной	0,27	0,22
16	Перец острый	0,26	0,21
Среднее значение			0,47

Исследование показало, что самое высокое содержание витамина Р в зеленой гречке «Образ жизни» (1,05%), крапиве (0,77), шиповнике (0,66%), зверобое продырявленном (0,6%), орехе грецком (0,56%), апельсине (0,55%), укропе (домашнем) (0,54%), инжире (0,5%).

В ходе исследования мы ожидали высокие показатели содержания рутина для кофе, т.к. рекламируют его как источник витамина Р. Обратили внимание на то, что зеленая гречка содержит намного больше рутина, чем коричневая, которую мы привыкли покупать в магазинах. Высокая разница в содержании рутина найдена в укропе, в домашнем витамине больше чем в магазинном.

Рекомендации

Витамин Р является синергистом витамина С, т.е. усиливает его действие, поэтому целесообразно учитывать этот факт при применении витамина Р.

Витамин Р быстро разрушается под воздействием воды и кислорода, избыточного тепла и солнечного света. Чтобы этого избежать, мы рекомендуем хранить продукты, содержащие витамин Р, в темном месте, в закрытой таре или упаковке. А фрукты, овощи или другие продукты лучше хранить в целом виде и резать перед употреблением.

Для того чтобы поддерживать нормальное содержания рутина в организме, рекомендуем внести в свой рацион зеленую гречку. Можно употреблять зеленую гречку как в вареном виде, так и в пророщенном, без термической обработки.

Для профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы рекомендуем пить настои крапивы двудомной и плодов шиповника.

Выводы:

1) Из литературных источников выяснили, что заболевания сердечно-сосудистой системы являются одними из самых распространенных болезней в мире. Одной из основных причин является хрупкость и потеря эластичности сосудов. Рутин оказывает выраженное влияние на проницаемость сосудистой стенки, восстанавливает их прочность и упругость, предупреждает их сужение.

2) Провели собственное исследование и выяснили, что наиболее высокое содержание рутина в зеленой гречке «Образ жизни» (1,05%), крапиве (0,77%), плодах шиповника (0,66%), зверобое продыявленном (0,6%), орехе грецком (0,56%), апельсине (0,55%), укропе (домашнем) (0,54%), инжире (0,5%); средним значением характеризуется душица обыкновенная (0,46%); минимальными значениями характеризуются следующие растительные объекты: кофе молотый Арабика (0,22%), рябина обыкновенная (0,22%), перец острый (0,21%).

3) Для сохранения здоровья, энергии и бодрости рекомендуем употреблять в своем рационе зеленую гречку, орех грецкий, укроп, инжир, отвары крапивы, шиповника, зверобоя продыявленного, в сочетании с продуктами, богатыми витамином С для поддержания здорового состояния стенок сосудов и капилляров, снижения риска заболевания сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная фармакопея РСФСР. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье. / МЗ РСФСР. – 13 – е изд., доп. – М.: Медицина, 2015. – С. 400.
2. Захарова, Т.К. Лабораторный практикум для проведения курсов по выбору (Биология). / Т.К. Захарова, Е.В. Зубарева // Красноярск: РИО ГОУ ВПО КГПУ им. В.П. Астафьева - 2008. – С. 47.
3. Мильская, А.Д. Исцеляющие продукты. - 1998. – С. 482.
4. Морозкина, Т.С. Витамины: Краткое руководство для врачей и студентов медицинских фармацевтических и биологических специальностей. / Т.С. Морозкина, А.Г. Мойсеенок. – 2002. – С. 112.
5. Нестеров, Ю.И. Атеросклероз - диагностика, лечение, профилактика. – 2007. – С. 255.

УДК 616.65-006.55-615.849.11

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. Черняев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ю.Ю. Винник

Глобальная тенденция старения населения приводит к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста и тем самым выдвигает на передний план болезни инволюционного генеза, в том числе и такое заболевание, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) (Щепин О.П., Тишук Е.И., 2005; Chokkalingam A.P., 2012).

В соответствии с геронтологической концепцией, здоровье и качество жизни мужчин старше 50 лет зависят от четырех неонкологических заболеваний: кардиоваскулярной патологии, гиперплазии предстательной железы, эректильной дисфункции и депрессии (Kaplan S.A., Olsson C.A., et al. 1974). При этом на долю ДГПЖ приходится более 40% от числа всех заболеваний мужчин данного возраста (Farmer R., Clifford J.G., 2008; Loh, S.Y., Chin C.M. 2012, Park H.J. 2013). По данным зарубежных эпидемиологических исследований, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются уже у 14% мужчин в возрасте 40-45 лет, а к 80 годам её распространение достигает 80-90% (Parsons J.K. 2010, Bruskewitz R., 2010; Garraway W.M. 2011).

Для определения качества жизни больных ДГПЖ используются различные опросники. В рамках настоящей работы проведена оценка качества жизни больных ДГПЖ в зависимости от конституции и возраста. В задачи нашего исследования входило создание оригинальной анкеты для опроса мужчин, страдающих ДГПЖ, проведение антропометрии с последующим соматотипированием по схеме Рис-Айзенка и проведение анкетирования больных ДГПЖ. Нами были обследованы мужчины, страдающие ДГПЖ в количестве 84 человек. Всем исследуемым было предложено заполнить анкету, оценивающей их качество жизни. Анкета включала в себя опросники IPSS, МИЭФ, ШКОМКФ, SF-36. Кроме того, у пациентов были измерены антропометрические показатели – рост и поперечный диаметр грудной клетки с целью расчёта индекса Рис-Айзенка для последующего соматотипирования. Далее все исследуемые были разделены на две группы: первая группа – пациенты второго зрелого периода – от 55 до 65 лет (52 человек) и вторая группа – пациенты пожилого возраста – от 65 лет и более (32 человек). Данные анкет были проанализированы и обработаны программами Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 10 с учётом критерия Шапиро-Уилка.

В результате нашего исследования были получены следующие результаты: среди пациентов первой группы у 46 человек (88%) была выявлена пикническая конституция, а у 6 (12%) - нормостеническая. Все пациенты пожилого возраста (100% опрошенных второй группы) имели пикнический тип конституции.

Анализируя тяжесть симптоматики мы получили следующие результаты: среди пациентов пожилого возраста у 26 человек (50% опрошенных) отмечалась тяжёлая клиническая картина ДГПЖ (в среднем 34 балла согласно опроснику IPSS), у 19 человек (37% опрошенных) - умеренная симптоматика (в среднем 14 баллов согласно опроснику IPSS) и лишь у 7 человек (13% опрошенных) - лёгкая симптоматика (в среднем 7 баллов согласно опроснику IPSS). У пациентов 2-го зрелого возрастного периода заболевание протекало с тяжёлой симптоматикой у 28 человек (88% опрошенных), а умеренной – у 4 (12% опрошенных). Среди пациентов пикнической конституции у 60 человек (77% опрошенных пикников) наблюдалась тяжёлая симптоматика (в среднем 36 баллов согласно опроснику IPSS), а у 18 (23% опрошенных пикников) - умеренная симптоматика (страница 2, рисунок 1 - “Тяжесть заболевания у пациентов пикнической конституции согласно опроснику IPSS”).



Рисунок 1

После изучения степени эректильной дисфункции мы получили следующие результаты: среди пациентов 2-го зрелого периода у 26 человек (50% опрошенных 1-ой группы) наблюдалась тяжёлая степень эректильной дисфункции (в среднем 7 баллов по опроснику МИЭФ), у 16 человек (31% опрошенных 1-ой группы) - средняя степень эректильной дисфункции (в среднем 13 баллов по опроснику МИЭФ), а у 10 человек (19% опрошенных 1-ой группы) - отсутствие эректильной дисфункции (в среднем 52 балла по опроснику МИЭФ). Среди пациентов пожилого возраста у 28 человек (87% опрошенных 2-ой группы) наблюдалась тяжёлая степень эректильной дисфункции (в среднем 5 баллов по опроснику МИЭФ) и у 4 человек (13% опрошенных 2-ой группы) - средняя степень эректильной дисфункции (в среднем 15 баллов по опроснику МИЭФ). Среди пациентов пикнической конституции у 39 человек (50% опрошенных пикников) наблюдалась тяжёлая симптоматика (в среднем 6 баллов по опроснику МИЭФ) (страница 3, рисунок 2 – “Степень эректильной дисфункции у пациентов пикнической конституции согласно опроснику МИЭФ”). У 32 человек пикнической конституции (41% опрошенных пикников) отмечалась средняя степень эректильной дисфункции (в среднем 17 баллов по опроснику МИЭФ) и лишь у 7 пикников (9% опрошенных пикников) наблюдалось отсутствие эректильной дисфункции (в среднем 51 балл опроснику МИЭФ).

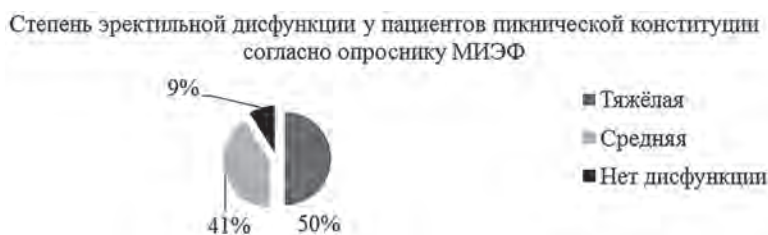


Рисунок 2

Изучая соответствие копулятивной функции возрасту пациентов, мы установили, что среди пациентов второго зрелого периода у 37 человек (72% опрошенных 1-ой группы) копулятивная функция не соответствовала их возрасту (в среднем 7 баллов по шкале КОМКФ), у 6 человек (11% опрошенных 1-ой группы) наблюдалась крайняя степень нарушения копулятивной функции (в среднем 2 балла по шкале КОМКФ), и только у 9 человек (17% опрошенных 1-ой группы) копулятивная функция соответствовала их возрасту (в среднем 31 балл по шкале КОМКФ). Среди пациентов пожилого возраста у 24 человек (75% опрошенных 2-ой группы) копулятивная функция не соответствовала их возрасту (в среднем 5 баллов по шкале КОМКФ) и лишь у 8 человек (25% опрошенных 2-ой группы) соответствовала (в среднем 33 балла по шкале КОМКФ). Среди пикников у 71 человека (91% опрошенных пикников) наблюдалась несоответствие копулятивной функции их возрасту (в среднем 6 баллов по шкале КОМКФ) (страница 4, рисунок 3 – “Соответствие копулятивной функции возрасту пациентов пикнической конституции по шкале КОМКФ”).

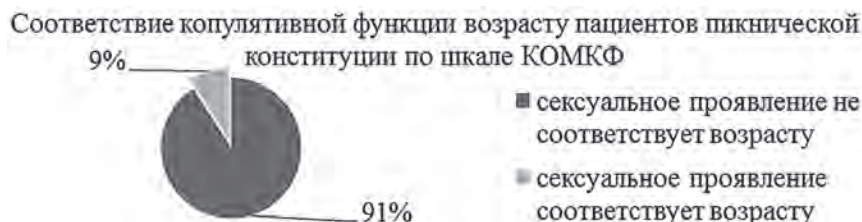


Рисунок 3

Анализ показателей физического и психического здоровья опрошенных дал следующие результаты. Согласно опроснику SF-36 показатель физического здоровья в первой группе пациентов был оценен как очень низкий (в среднем 23 балла по опроснику SF-36) у 35 человек (67% опрошенных первой группы), как низкий (в среднем 35 баллов по опроснику SF-36) у 13 человек (25% опрошенных первой группы) и лишь у 4 человек (8% опрошенных первой группы) он являлся среднестатистическим (в среднем 51 балл по опроснику SF-36). Показатель же психического здоровья в этой группе был оценен как очень низкий (в среднем 21 балл по опроснику SF-36) у 38 человек (73% опрошенных первой группы) и как низкий (в среднем 33 балла по опроснику SF-36) у 14 человек (27% опрошенных первой группы).

Оценивая вторую группу пациентов, мы выявили следующие результаты: у 27 человек (83% опрошенных второй группы) показатель физического здоровья был очень низким (в среднем 21 балл по опроснику SF-36), у 5 человек (17% опрошенных второй группы) наблюдался низкий показатель физического здоровья (в среднем 34 балла по опроснику SF-36). Уровень же психического здоровья был оценен как очень низкий (в среднем 22 балла по опроснику SF-36) у 28 человек (89% опрошенных второй группы) и как низкий (в среднем 34 балла по опроснику SF-36) у 4 человек (11% опрошенных второй группы).

Относительно пикников были получены следующие показатели: у 55 человек (70% опрошенных пикников) наблюдался очень низкий показатель физического здоровья (в среднем 20 баллов по опроснику SF-36) и у 23 человек (30% опрошенных пикников) показатель физического здоровья был оценен как низкий (в среднем 32 балла по опроснику SF-36) (страница 5, рисунок 4 – “Оценка показателя физического здоровья у пикников согласно опроснику SF-36”). Показатель же психического здоровья у всех пикников – 78 человек (100% опрошенных пикников) был оценен как очень низкий (в среднем 21 балл по опроснику SF-36).



Рисунок 4

Таким образом, после проведенного исследования нами были получены следующие выводы:

1. среди пациентов, страдающих ДГПЖ после 55 лет чаще встречались мужчины пикнического телосложения (92%),
2. у 74% обследованных пациентов заболевание сопровождается тяжелой симптоматикой,
3. у пациентов пикнического соматотипа эректильная дисфункция сочетается с ДГПЖ в 91% случаев, а степень сексуального проявления не соответствует возрасту,
4. качество жизни у всех мужчин с ДГПЖ страдает, что обусловлено значительным снижением показателей психического и физического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев, Ю. Г. Нарушения половой и репродуктивной функции у мужчин / Ю. Г. Аляев, В. А. Григорян, М. Е. Чалый. – М. : Литтера, - 2006. – С. 188.
2. Винаров, А. З. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение / А. З. Винаров, Э. Г. Асламазов // Материалы 10 Российского съезда урологов, 1-3 октября 2002 г. - М., - 2002. – С. 33–42.
3. Пушкарь, Д. Ю. Терапия альфа-адреноблокаторами различных расстройств мочеиспускания у мужчин и женщин / Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер // Качество жизни. – 2007. – № 5. – С. 13–20.

УКД 616-001.35(575.51-21

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ (ПРИ ПОВЕШЕНИИ) ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Г. КРАСНОЯРСКА

О.В. Шаповалова, А.И. Рейнис

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра судебной медицины ИПО*

Научные руководители: асс. А.В. Плахотников, врач-интерн Е.А. Титов

Выявление уровня самоубийств среди населения привлекает повышенное внимание в связи с неблагоприятной демографической ситуацией в стране. Суицид оказывает значительное отрицательное влияние на статистические показатели смертности и среднюю продолжительность жизни.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире от самоубийств погибает больше людей, чем от войн и терроризма. В 2000 г. около 1 млн. человек погибли от самоубийств, т.е. 16 человек на 100000 населения.

За последние 45 лет уровень самоубийств возрос на 60%, и в настоящее время самоубийство является одной из трех лидирующих причин смерти возрастной категории от 15 до 44 лет. Цифры эти не включают многочисленных попыток самоубийств, которые двадцатикратно превышают количество самоубийств «завершенных».

В России на 100 тысяч жителей приходится 19,5 случаев самоубийств.

Цель исследования: статистический анализ самоубийств(при повешении) по данным судебно-медицинской экспертизы г. Красноярска.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести сравнительный анализ частоты случаев самоубийств(при повешении) по данным судебно-медицинской экспертизы г. Красноярска за 2013,2014,2015 годы

Материалом для исследования послужили данные заключений (актов) судебно-медицинской экспертизы умерших от механической асфиксии при повешении

Изучены акты вскрытий за 2013-2015 гг. Из них выбраны акты насильственной смерти от механической асфиксии при повешении. Как видно из табл.1,количество случаев самоповешения незначительно уменьшилось с 2013 по 2015 г.

Таблица 1

Год	Количество аутопсий	Количество повесившихся
2013	7619	166(2,1)
2014	7517	165(2,2)
2015	7563	153(2)
За 3 года	22699	484(2,1)

Представляется важным анализ случаев повешения по возрастным группам (табл.2).В 2013 г. Наибольшее количество повесившихся пришлось на возрастную категорию 16-55 лет-115(69,2%) человек, на 2-м месте группа 55 лет и старше – 48(28,9%),на 3-м месте группа до 16 лет – 3(1,8%).

В 2014г. Наибольшее количество повесившихся пришлось на возрастную группу 16-55 лет – 123(74,6%),на 2-м месте группа 55 лет и старше – 41(24,8%)человек, на 3-м месте группа до 16 лет – 1(0,6%) человек.

В 2015 Наибольшее количество повесившихся пришлось на возрастную группу 16-55 лет – 103(67,3%) человек, на 2-м месте группа 55 лет и старше-51(33,3%) человек. В группе до 16 лет не было ни одного случая повешения.

Таким образом, в основном умирают молодые трудоспособные люди в возрасте 16-55 лет. В то же время необходимо отметить высокий процент повесившихся в пенсионном возрасте.

Таблица 2

Год	Возраст, годы		
	до 16	16-55	55 лет и старше
2013	3(1,8)	115(69,2)	48(28,9)
2014	1(0,6)	123(74,6)	41(24,8)
2015	0	103(67,3)	51(33,3)
Всего	4(0,8)	341(70,3)	140(28,9)

Из табл.3 следует, что за последние 3 года число повесившихся мужчин составило 393(81,1%),а женщин - 92 (18,9%),т.е. мужчины умирали в 4,2 раза чаще, чем женщины. Таким образом, можно сделать вывод, что число самоубийств среди женщин снижается ,что, по всей вероятности ,можно связать с постепенным изменением социальных условий ,а так-же с наличием более выраженного инстинкта самосохранения.

Таблица 3

год	всего	женщины	мужчины
2013	166	36(21,6)	130(78,3)
2014	165	32(19,3)	133(80,6)
2015	153	27(17,6)	126(82,3)
за 3 года	485	92(18,9)	393(81,1)

Представляет интерес выяснение влияния факторов, снижающих инстинкт самосохранения. К последним можно отнести алкогольное опьянение. Количество лиц, находящихся в момент осуществления суицида в состоянии алкогольного опьянения ,представлено в табл.4,6.

Как видно из табл.4,в целом за 3 года этиловый спирт обнаружен в крови у 267 повесившихся. Легкая степень опьянения имела место у 68(25,4%) человек, средняя – у 108(40,4%),сильное – у 33(12,3%),тяжелое – у 38(14,2%). У 202 человек алкоголь в крови не обнаружен.

Таблица 4

Год	Степень алкогольного опьянения						
	Незначительная	Легкая	Средняя	Сильное	Тяжелое отравление	Не обнаружено	Не забиралось
2013	9	20	35	8	13	73	3
2014	5	31	36	14	16	61	3
2015	6	17	37	11	9	68	0
итого	20	68	108	33	38	202	6

Также, стоит отметить влияние наркотического опьянения на человека. Исходя из данных табл.5 можно сделать вывод: наркотические вещества действуют на чувство самосохранения у человека не столь сильно, нежели алкогольное опьянение. Но, стоит учесть тот фактор, что у большинства людей(338 из 485) ,покончивших с жизнью путем повешения, анализы на наличие наркотических веществ не забирались, отчего можно сделать вывод, что именно в этой таблице данные могут быть недостоверными ,поскольку людей под наркотическим опьянением могло быть намного больше.

В 2013 году 13 человек из 166 в момент суицида были под действием наркотиков , у 106 анализы не забирались. На 1-м месте из наркотических веществ стоит героин(4), на 2-м – морфин(3), на 3-м – фенотарбитал, MDPV, трамадол(6). Также, в случаях употребления героина, использовался тропикамид, для усиления эффекта героина, вероятно и для снижения его дозы вдвое.

В 2014 г. 7 человек из 165 были под действием наркотиков, у 131 анализы не забирались. На 1-м месте стоит фенотарбитал(5), на 2-м- морфин и героин(2) ,тропикамид не использовался.

В 2015 г. 29 человек из 153 были под действием наркотиков, у 101 анализы не забирались. На 1-м месте стоит фенотарбитал(10), на 2-м – героин, морфин,PVP(15),на 3-м – морфин.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что за 3 года потребление наркотических веществ возросло. Появление на рынке синтетических видов наркотиков, таких как PVP(он же «железо») повысило случаи самоубийств.

Таблица 5

Год	Наркотические вещества							
	PVP	Фенобарбитал	Морфин	Героин	MDPV	Трамадол	Не обнаружено	Не забиралось
2013	0	2	3	4	2	2	47	106
2014	0	5	1	1	0	0	26	131
2015	5	3	1	0	0	0	45	101
Всего	5	10	5	5	2	2	118	338

Был проведен анализ случаев самоповешения в зависимости от района проживания. Исходя из табл.6 можно проследить частоту суицидов в различных районах г. Красноярск.

За три года наибольшая частота встречаемости случаев самоубийств приходится на Ленинский район, далее Советский, на 3-м месте стоит Кировский район.

Таблица 6

Год	Район проживания						
	Советский	Кировский	Ленинский	Центральный	Октябрьский	Железнодорожный	Свердловский
2013	11	28	27	5	26	11	27
2014	38	20	27	17	28	18	23
2015	33	32	32	9	24	14	20
Всего	82	80	86	31	78	43	70

Таким образом, анализ совершенных суицидов через повешение показывает, что уровень самоубийств в г. Красноярске имеет тенденцию к снижению. При этом мужчины умирают в 4,2 раза чаще, чем женщины. В основном умирают молодые трудоспособные люди в возрасте 16-55 лет (70,3%), отмечается также высокий процент умерших в предпенсионном и пенсионном возрасте. У 55% повесившихся в крови обнаружен этиловый спирт. За 3 года потребление наркотических веществ возросло. Появление на рынке синтетических видов наркотиков, таких как PVP(он же «железо») повысило случаи самоубийств. Наибольшая частота встречаемости случаев самоубийств приходится на Ленинский район, что можно связать с тем, что он является промышленным районом города, с наиболее неблагоприятной экологической и социальной обстановкой в городе. Систематический анализ самоубийств при повешении будет способствовать выработке мер, направленных на выявление причин и последующее снижение данного явления и, следовательно, на снижение смертности российского населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мординов, Л. А. Анализ случаев самоубийств (при повешении) по данным судебно-медицинской экспертизы Якутска / Л. А. Мординов, К. Г. Башарин // Суд.-мед.эксперт. — 2004. — № 1. С. 39–40.
2. Евстегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евстегнеев. — Мн., 2001. — С. 112–124.
3. Журнал «судебно-медицинская экспертиза», 2006, номер 5 в. Г. Папков, Н. А. Тяжлов, М. М. Маревичев, Д. Н. Услонцев статистический анализ случаев самоповешения в рязани и прилегающих районах за 6 лет

УДК 12:614.253:616-052-0

ЗАКОН ИЛИ ДУША: ТЕСНАЯ СВЯЗЬ ОНКОЛОГА И ПАЦИЕНТА

Р.А. Шаркевич, Е.Г. Тахтобин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: КФилН, ст. преп. К.В. Науменкова

«С тех пор, как в цехе цирюльников сформировалось сословие врачей, появилась и врачебная тайна, которая способствовала расширению и совершенствованию искусства исцеления людей от болезни. И каждый страждущий, желающий получить всестороннюю помощь врач, открывает перед ним все таинства своего страдания, поскольку сокрытие даже казалось бы «незначительных», по мнению больного, симптомов болезни увеличивает трудность правильной диагностики заболевания и, следовательно, ставит под сомнение результаты лечения» [1].

Отсюда возникает вопрос: Взаимоотношения врача и пациента? Какими духовно – нравственными качествами должен обладать врач? Как и где нужно искать «золотую середину», чтобы не нарушить заветное правило врача – «Не навреди!»? Какими этическими и деонтологическими нормами должен руководствоваться врач при общении в первую очередь с больным, а потом уже с его окружением (родственники, друзья, коллеги, знакомы)?

Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться. Порой возникают вопросы немедицинского характера. Например, известно, что медицина до сих пор находится в сложном финансовом положении. В государственных медицинских учреждениях зачастую не хватает лекарств, перевязочных материалов, оплата труда персонала низкая... И в то же время газеты и сайты пестрят объявлениями о так называемой рецептурной подработке для врачей, и потенциальный работодатель не скупится, указывая возможный заработок. Сблaзн велик! А суть таких предложений проста: врач должен убедить, уговорить своего пациента купить препарат, а чаще – биологически активную добавку, за некое вознаграждение – процент от стоимости лекарства, который и будет составлять заработок врача. Принцип «больше продал – больше получил», хоть и удачно вписывается в систему рыночных отношений, но, на наш взгляд, в медицине неприемлем – это тупиковый путь, ведущий к отказу пациента от лечения и понижению авторитета врача. Но есть и другой путь: применение новейшей информации, касающейся квалифицированной синонимической и аналоговой замены препаратов, а также использование современных лекарственных средств и форм, улучшающих самочувствие, здоровье и качество жизни пациентов, приводит к укреплению авторитета врача и, как следствие, росту его социального положения. Так не лучше ли оставаться в ладу со своей совестью и достигать материального благополучия честным путем?

Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

По мнению Н.А.Семашко, врачебная этика включает в себя три группы вопросов: во-первых, отношение врача к больному, во-вторых, отношение врача к коллективу, в-третьих, отношение врачей между собой.

К вопросам деонтологии относится также правильное общение с родственниками пациентов, организация работы медицинского коллектива, правильный выбор оптимальных методов лечения, защита больного от ненаучных способов врачевания, отвлекающих от необходимого лечения и подчас наносящих непоправимый вред.

В основе успешного решения данной проблемы ведущая роль принадлежит врачу-онкологу, его личности, профессиональной осведомленности. В онкологической клинике находятся, в основном, больные с тяжелым недугом. Работая с ними и отдавая должное методам диагностики и лечения, онколог не вправе забывать гуманную сущность врачебной профессии. Слово врача, пользующегося у больного авторитетом, имеет очень большое значение. В то же время, высказанное в присутствии пациента сомнение, неуверенность интонации, растерянность могут нанести ущерб его взаимоотношениям с лечащим врачом.

Задача врача – успокоить пациента и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания. Умение добиться нужного контакта с больным требует определенного опыта, но часто зависит и от личных качеств врача. Онкологические больные испытывают сильный эмоциональный стресс, связанный с подозрением о возможности злокачественного новообразования, необходимостью длительного обследования, пребыванием в стационаре, оперативным вмешательством и ожиданием результата гистологического исследования, проведением лучевой, химиотерапии. Эмоциональный стресс является толчком для запуска цепи нейроэндокринных реакций, приводящих к психосоматическим расстройствам. Задача врача состоит в том, чтобы при общении с пациентом уменьшить или нейтрализовать стрессорную реакцию. Это имеет положительное значение для общего состояния больного, течения заболевания, последующей трудовой и социальной реабилитации.

Особое значение имеет правильный психологический подход к больному, это своего рода психотерапия уже на первом этапе контакта врача и пациента.

Изменения в психике пациентов проходят следующие стадии адаптации:

- стадия шока после получения информации о заболевании;
- стадия отрицания, вытеснения информации;
- стадия агрессии, поиска причины болезни;
- стадия депрессии, неверия в лечение и помощь окружающих;
- стадия попытки сговора с судьбой (обращение к нетрадиционным методам лечения, к религии, диета, голодание, гимнастика);
- стадия принятия болезни, переосмысления жизни, возникновения новых ценностей.

Онкологическое заболевание служит мощным стрессом для самого пациента и его семьи, следствием которого является психическая травма, не всегда связанная с физическим самочувствием заболевшего. Онкологический больной оказывается в сложной жизненной ситуации: лечение требует мобилизации физических и душевных сил, в то время как болезнь, лечение и связанные с ними переживания приводят к значительным психологическим, физическим и биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента.

Психологическая помощь онкологическому больному, включая психотерапию, оказываемая во время лечения в стационаре и после выписки из него, способствует лучшему приспособлению к болезни и преодолению последствий, вызванных лечением.

К вопросу рационального информирования пациента об истинном диагнозе следует подходить индивидуально. В каждом конкретном случае врач выбирает единственно правильную линию поведения. Это определяется

характером и стадией заболевания, психологическими особенностями больного, его возрастом, профессией, отношением к предлагаемым методам исследования и лечения, социальным окружением и социокультурной принадлежностью пациента, страны и сложившимися в ней нормами, традициями и установками лечебного учреждения, а также уровнем профессиональных знаний врача.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 22, п.1), «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи» [2].

Однако в большинстве случаев пациенту не сообщают о наличии у него рака или другой злокачественной опухоли, так как это вызывает большую психологическую травму. При беседе врача с больным, например, раком желудка на вопрос о диагнозе можно сказать о язве или полипе желудка с пролиферативными изменениями клеток, о разновидности опухоли или предопухолевом заболевании[3].

В руки больного не должна попадать медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественной опухоли. В присутствии пациента соблюдается осторожность при анализе рентгенограмм и результатов специальных исследований.

В документах (справках, выписках из историй болезни), которые выдают на руки больному злокачественным новообразованием при выписке из стационара или при направлении на обследование и лечение, обычно указывается диагноз «органическое заболевание» желудка, кожи, молочной железы и т.д. Этими же терминами пользуются при осмотре больных со студентами и на обходах, избегая таких слов, как «рак», «саркома», «метастаз», «саркома», «запущенная форма заболевания», «III и IV стадии заболевания», «неоперабельность». Так, при сборе анамнеза, уточнении наследственной предрасположенности вопросу «были ли злокачественные опухоли у ближайших родственников?» можно предпочесть вариант «чем болели или от какого заболевания умерли родители, другие родственники?».

Исключение может быть сделано лишь при недооценке больным серьезности положения и отказе от обследования и лечения. В случае отказа больного от радикального лечения с хорошим прогнозом ведется разговор о возможном озлокачествлении процесса. Сообщение истинного диагноза – задача только очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях, способных следить за их реакцией и находить такие выражения, которые несут за собой минимальную эмоциональную нагрузку, не ранят пациента.

Главным в правдивом диагнозе является стремление врача поддержать в больном надежду. Для осуществления этой задачи полезна беседа на тему прогноза болезни. Врач обрисовывает перспективу излечения, исходя из результатов научных исследований или основываясь на примерах благополучных исходов такого же заболевания у конкретных, известных больному людей. Диагноз можно сообщить только тогда, когда больной к этому подготовлен, когда существует реальная возможность его исцеления или существенного продления жизни.

Многие онкологи, зарубежные и ряд отечественных, во взаимоотношениях с онкологическими больными придерживаются тактики, ориентированной на правду. Это связано с правовыми аспектами данной проблемы (человек должен быть правильно ориентирован в состоянии своего здоровья и имеет право на самостоятельный выбор метода лечения).

Однако какой бы точки зрения не придерживался врач, главным является его стремление поддерживать в больном надежду на выздоровление, насколько это возможно.

Ряд пациентов отказывается от лечения, что может быть связано со страхом перед предстоящей операцией, неверием в возможность излечения, представлением о возможности излечиться травами или «домашними» средствами. Если пожилой больной опасается за исход операции из-за сопутствующей патологии, перенесенных заболеваний или прежнего негативного опыта хирургических вмешательств, ему разъясняют, что перед решением вопроса об операции будет проведено соответствующее обследование, лечение; лицам с повышенной возбудимостью целесообразно назначение бромидов, антидепрессантов, транквилизаторов.

Пациентов молодого возраста пугает калечащий характер операции (наложение противоестественного заднего прохода, удаление органа). В таких случаях врач, не раскрывая истинного характера заболевания, убеждает больного в отсутствии других возможностей излечения, в необходимости оперативного вмешательства, а также информирует о возможности выполнения реконструктивно-восстановительной операции, протезирования.

Ряд больных, узнавших или предполагающих наличие у себя злокачественной опухоли, отказываются от лечения, считая заболевание неизлечимым. В беседе пациенту объясняют, что окончательный диагноз будет установлен только после исследования препарата под микроскопом и если действительно будет обнаружен рак, то, безусловно, в ранней стадии, когда возможно полное излечение, а отказ от лечения приведет к потере времени и распространению процесса, возможность излечения в таком случае станет сомнительной.

Отказ от терапии может быть связан и с хорошим самочувствием больного, когда опухоль выявлена случайно на фоне полного здоровья. Это обусловлено тем, что злокачественные новообразования зачастую, особенно на ранних стадиях, протекают малосимптомно или бессимптомно, не страдает общее самочувствие, и порой больные неадекватно оценивают свое состояние. В такой ситуации пациент надеется на ошибку в диагнозе

и не верит в необходимость лечения (реакция отрицания). Таким больным разъясняют серьезность положения, говоря об опухоли в виде предположения, и только в крайней ситуации о наличии опухоли, выявленной в ранней, излечимой стадии.

У больных, излеченных от рака, нередко наблюдается повышенная мнительность, чувство тревоги, подавленности; всякое нарушение самочувствия трактуется ими как рецидив заболевания. Врач обязан внимательно отнестись к предъявляемым жалобам, произвести тщательный осмотр, при необходимости использовать инструментальные методы исследования, чтобы не пропустить рецидив заболевания или появление метастазов и успокоить больного. Большую помощь в этом отношении оказывает благоприятная обстановка в семье. Врач должен объяснить родственникам пациента, что следует избегать как чрезмерной опеки, так и упреков в мнительности. Положительное влияние оказывает разрешение больному выполнять определенные виды работ, это убеждает его в реальности выздоровления.

Инкурабельных онкологических больных не существует. Больные с запущенными формами злокачественных опухолей подлежат симптоматическому или паллиативному лечению, осуществляемому врачами по месту жительства больного при согласовании с онкологами. Тяжело больных, заведомо не подлежащих специальному противоопухолевому лечению, на консультацию не направляют. Пациент воспринимает необходимость такой консультации как подтверждение диагноза злокачественной опухоли, а невозможность лечения в специализированном учреждении – как признак неизлечимости заболевания.

Взаимоотношения врача с родственниками больного – предмет особого обсуждения. Здесь играют роль как психологические аспекты, так и имущественные, материальные и ряд других факторов, которые порой невозможно взвесить за один раз. При этом интересы больного выступают на первый план. Как бы не был занят лечащий врач, он должен найти время, чтобы побеседовать с родственниками пациента, особенно с далеко зашедшим процессом. Вопрос стоит о жизни близкого человека, для них это серьезная психическая травма. Возможно проявление тревоги, излишней заботы о больном, реже – неадекватная реакция, некоторая отчужденность, несдержанность. Ближайшие родственники должны быть правильно информированы об истинном диагнозе и версии, которой следует придерживаться в разговоре с больным, а также о риске оперативных вмешательств и прогнозе.

В случае если у больного впервые выявлена злокачественная опухоль, близкие должны помочь убедить его в необходимости лечения. Обращается внимание родственников на создание доброжелательного щадящего микроклимата в семье, в том числе и на отдаленных сроках после радикальных операций, подчеркивая, что стрессовые ситуации, переживания, тяжелые психические травмы, даже на отдаленных сроках после лечения, могут способствовать появлению отдалённых метастазов или возникновению опухолей других локализаций. Задачей родственников является внушение больному, излеченному от рака или страдающему запущенными формами злокачественной опухоли, надежды на благоприятный исход болезни, сохранение его психологической уравновешенности.

Родственники часто задают вопросы о возможной продолжительности жизни больного, особенно при наличии отдаленных метастазов. Конкретные сроки указывать нежелательно. Точный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача. Врач должен быть готов ответить и на вопросы об объеме операции, возможной заразности онкологического заболевания.

Внимания онкологов требуют также больные канцерофобией. Канцерофобия – навязчивое состояние, выражающееся в необоснованном убеждении в наличии злокачественной опухоли. Встречается у лиц, родственники или знакомые которых страдали злокачественными новообразованиями, а также при наличии у больного патологических ощущений или объективных симптомов, сходных с признаками злокачественных новообразований. Такие пациенты, как правило, подавлены, недоверчивы, утверждение врача об отсутствии рака расценивают как признак недостаточной врачебной компетенции или как результат невнимательного отношения. Диагноз «канцерофобии» может быть выставлен только после всестороннего обследования, так как жалобы больного иногда действительно обусловлены злокачественной опухолью.

Онкология – комплексная специальность, объединяющая усилия хирургов, радиологов, терапевтов, анестезиологов. Их тесное взаимодействие, сотрудничество являются важнейшими условиями успешного лечения онкологического больного. Для создания оптимальной для больного обстановки в работе коллектива должна соблюдаться четкость и слаженность.

Если решено сообщить больному определенные сведения о его состоянии, то все члены коллектива информируются о том, что именно известно больному и в какой форме следует с ним разговаривать. Противоречие в информации, получаемой от разных врачей, несогласованные действия наводят его на мысль о том, что от него скрывают правду. Таким образом, вместо успокоения больной получает психическую травму. Для избежания таких ситуаций все разговоры о больном с ним самим и его близкими родственниками обычно проводит лечащий врач.

Перед операцией больной информируется об её объеме, возможном удалении органа, конечности, наложении противоестественного заднего прохода, эзофагостомы, гастростомы и т.д. В процессе изложения информации о состоянии здоровья не следует приукрашивать возможности лечения и скрывать возможные осложнения терапии. В результате больной дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Как и в любых лечебных учреждениях, в онкологической клинике должен быть создан доброжелательный рабочий психологический климат, являющийся одним из факторов успеха в работе. Это особенно важно при разборе протоколов запущенности, проведении клинико-анатомических конференций, при консультациях больных, направляемых из других лечебных учреждений. Недопустимо указывать больному на недостатки обследования и лечения на предыдущих этапах, тем самым создавая свой ложный авторитет. Это дополнительно травмирует пациентов, вызывает ненужные переживания, а порой и способствует появлению жалоб. Необходимо исходить из того, что врачи, наблюдавшие больного на предыдущих этапах, допустили неточности в обследовании и лечении несознательно, нецеленаправленно, а в силу других обстоятельств. Ронять авторитет своего коллеги перед больным недостойно ни врача, ни человека. В то же время необходимо в корректной форме указать врачу на недостатки, допущенные в обследовании и лечении пациента. Авторитет, построенный на нарушении этических норм взаимоотношений с коллегами в своем же коллективе, временный, это рано или поздно становится достоянием других врачей, что создает нездоровую обстановку. Говоря словами знаменитого арабского врача Исаака Эль Израили: «Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастливый час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык!».

Работа онколога всегда сопряжена с переживаниями больного. Честно пройденный рядом с пациентом путь познания не только медицинской стороны болезни дает врачу большой опыт душевной работы. Но так же важно для врача обладать умением справляться с собственным стрессом, возникающим в процессе лечения больного, с тем чтобы избежать «синдрома сгорания» и более эффективно реализовать себя в работе.

Соблюдение правил деонтологии в значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки врача, но и от его воспитания, степени культуры, образованности, деликатности и внимания к человеку. Полная самоотдача, оптимизм, вера в огромные возможности человеческого организма позволяют онкологу не пасовать перед трудностями и добиваться желаемого результата. Эти качества любой медицинский работник должен развивать и совершенствовать всю жизнь, помня, что вершиной деонтологии врача-онколога является доверие к нему пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дыхно, Ю.А. – «Границы конфиденциальности в онкологии», – 2001. - С. 14.
2. Выдержка из ФЗ РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст.22, п.1);
3. Орлов, А.Н. – «О врачебной тайне», - 1985. – С. 38-46.

УДК 615.099.036.88

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В Г.КРАСНОЯРСКЕ

А.Ф. Шаркова, Р.В. Митягин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра судебной медицины ИПО

Научные руководители: асс. А.В. Плахотников, инт. А.А. Якоби

По данным Федеральной службы государственной статистики, одной из ведущих причин смерти населения Красноярского края занимает смертность от внешних причин (несчастных случаев, травм, отравлений, убийств и самоубийств), опережая показатели смертности от новообразований. Тема отравления метиловым спиртом (метанолом, древесным спиртом) в наши не теряет своей актуальности, так как участвовавшие случаи употребления суррогатов алкоголя, зачастую влекут за собой неблагоприятные социально-экономические последствия в виде инвалидизации или смерти.

Целью нашего исследования является ретроспективный анализ отравлений метиловым спиртом со смертельным исходом по данным КГБУЗ ККБСМЭ в период с 2013 по 2015 год.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести сравнительный анализ частоты случаев отравления метиловым спиртом за 2013,2014,2015 годы;
2. Определить половую и возрастную принадлежность умерших.

Материалом для исследования послужили заключения судебно-медицинской экспертизы в период 2013-2015гг., из которых были выбраны заключения умерших в результате отравления метанолом.

Количество случаев отравлений со смертельным исходом в год существенно разнится. Так, в 2013 году зарегистрировано 14 случаев, в 2014 – 2, а в 2015 году число смертей вновь возросло до 14.

В таблице 1 отражено распределение отравлений метанолом по полу. Так, в 2013 году зафиксирована смерть 1 (7,1%) женщины и 13 (92,9%) мужчин. В 2014 году оба случая отравления относятся к мужскому полу (100%), а в 2015 году – 2 женщины и 12 мужчин, что соответствует 10% и 90%; из чего можно сделать вывод – мужчины в 8,3 раза чаще умирают от отравления метиловым спиртом.

Таблица 1

Гендерная принадлежность отравившихся метанолом со смертельным исходом за 2013-2015гг.

Год	Общее число	Мужчины	Женщины
2013	14	13 (92,9)	1 (7,1)
2014	2	2 (100)	0
2015	14	12 (85,7)	2 (14,3)
Всего за три года	30	27 (90)	3(10)

Необходимо также провести распределение случаев смерти от отравления метанолом по возрастным группам: до 18 лет, 18-55 лет и старше 55.

В 2013 году 9 случаев из 14 относятся к группе 18-55 лет (64,29%). Минимальный возраст составил 27 лет, максимальный – 51. В группе 55 лет и старше зафиксировано 5 случаев (35,7%). Лиц моложе 18 лет в данный год нет.

В 2014 году представлена только группа 55 лет и старше.

В 2015 зарегистрирован 1 случай отравления метанолом из возрастной группы до 18 лет (7,14%). Большинство смертей приходится на 18-55 лет - 11(78,57%). Минимальный возраст – 19 лет, максимальный – 52 года. К группе 55 лет и старше относится 2 случая (14,29%), табл. 2.

Таблица 2

Возраст умерших от отравления метанолом в период 2013-2015 гг.

Год	Возраст		
	До 18 лет	18-55 лет	55 лет и старше
2013	0	9 (64,29%)	5 (35,7%)
2014	0	0	2 (100%)
2015	1 (7,14%)	11 (78,57%)	2 (14,29%)
Всего за три года	1 (3,33%)	20 (66,67%)	9 (30%)

Проанализировав результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Распределение случаев смерти за год также неоднородно. В 2013 году составило 14 случаев, в 2014 – число отравлений снизилось до 2, но в 2015 году вновь возросло до 14.

2. Большинство умерших от отравления метанолом за три года относятся к возрастной группе 18-55 лет, то есть являются гражданами трудоспособного возраста.

3. Количество отравлений, увеличившееся в 2015 году, вероятно, связано с популяризацией распространения алкоголя через Интернет, где покупатель не имеет возможности проверить качество продукции, и подвергает свою жизнь и здоровье опасности. Поэтому целесообразно помнить, что ведение и пропаганда здорового образа жизни могут в дальнейшем предотвратить подобные происшествия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пиголкин Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза отравлений спиртами/ Ю.И. Пиголкин, И.Н. Богомоллова, Д.В. Богомоллов и др – М., - 2006.
2. Стекольников Л.В. Травмы и отравления как причина смертности населения трудоспособного возраста./ Стекольников Л.В.//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 23-27.
3. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю. Доклад «Социально-экономическое положение Красноярского края в январе 2016 года» [электронный ресурс] – web.krasstat.gks.ru.

УДК 616.5-002.9-036

КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА

А.В. Шарова

Красноярский Государственный медицинский университет им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И. Прохоренкова

Научные руководители: зав.кафедрой, д.м.н. Ю.В. Карачева, к.м.н. А.Н. Смыкова

Транзиторный акантолитический дерматоз (синонимы: папулезный акантолитический доброкачественный дерматоз; дерматоз транзиторный акантолитический; болезнь Гровера) – редкая приобретенная болезнь кожи неясной этиологии, характеризующаяся зудящей папулезной или папуловезикулезной сыпью с гистологическими признаками локальных акантолитических лакун с проявлениями дискератоза или без них.[1,2,3,7]

Заболевание впервые описал R. Grover в 1970г. Этиология данного заболевания неясна. Предполагают что болезнь Гровера возникает из-за воздействия ионизирующей радиации; интенсивной инсоляции; высоких температур и лихорадочных состояний, приводящих к массивному потоотделению; наличие очагов хронической инфекции и злокачественных процессов крови и внутренних органов. Предрасполагающим фактором считают астеатотические состояния кожи, сопровождающиеся ее сухостью.[1,2,3,5,7]

Болезнь Гровера чаще встречается у мужчин в возрасте 45-50 лет (соотношение мужчин и женщин больных ТАДГ 3:1); семейные случаи заболевания отсутствуют. Так же ТАДГ наблюдали у людей после трансплантации органов и у больных с ХПН (В одиннадцати случаях повреждения появились, когда пациент на регулярном гемодиализе (7 случаев) или перитонеального диализа (3 случая), а в одном случае заболевание проявляется после трансплантации почки. Среднее время от начала диализа до появления поражений варьировало от нескольких месяцев до восьми с половиной лет).[4,6,7]

Клиническая картина характеризуется проявлением на коже туловища (в основном на груди), плечевого пояса, шеи, бедер, реже волосистой части головы мелких от 2 до 5мм папулезных или папуловезикулезных высыпаний (розового, ярко-красного цвета или цвета нормальной кожи), поднимающихся над уровнем окружающей кожи и располагающихся группами без тенденции к слиянию и росту. Поверхность элементов может слегка шелушиться или эксфолиироваться в результате зуда, покрываясь геморрагической корочкой.

ТАДГ может протекать остро и хронически. При остром течении сыпь сохраняется от 2 недель до нескольких месяцев. При хроническом течении часто рецидивирует на протяжении нескольких лет (сыпь монотипна в виде слегка шелушащихся папул, часть которых регрессирует оставляя слабую гиперпигментацию, другая часть появляется вновь).

Помимо классической формы болезни Гровера существуют атипичные формы: крупно-бляшечная эритематозно-крустовая с везикулярным краем или трихофитоидная; папулезная с пруригинозными папулами на открытых участках тела; крупнопузырная (отличается от пузырьчатки отрицательным результатом ПИФ)[2,3]

Гистологически для ТАДГ характерна картина фокального акантолиза с образованием лакун в различных уровнях эпидермиса с дискератическими клетками и без них. При электронной микроскопии отмечают внутридесмосомальные повреждения и уменьшение кол-ва десмосом с перинуклеарным скоплением тонофиломеров, признаки дискератоза в виде круглых телец.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с такими заболеваниями как: Болезнь Дарье, болезнь Хейли-Хейли, пузырьчаткой.[1,2,3]

От болезни Хейли-Хейли отличается своей фокальностью и отрицательной реакцией ПИФ. Болезнь Дарье – Уайта – наследственное аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся высыпанием преимущественно в местах проявления себореи фолликулярных гиперкератотических папул, склонных к слиянию и образованию очагов с вегетацией, особенно в складках. Генетически наследуемое нарушение кератинизации впервые встречается на первом или втором десятилетии жизни. При болезни Дарье лакуны имеют надбазальное расположение с характерными выростами-villi и признаками дискератоза в виде зерен и роговых жемчужин.[1,2]

Лечение проводится антигистаминными препаратами, витамином А внутрь,

Иногда ретиноидами (этретинат, изотретиноин) или кортикостероидами системно.

Прогноз при болезни Гровера благоприятный, у большинства больных заканчивается выздоровлением в сроки от нескольких недель до 3-4 мес. Иногда встречается длительное течение свыше 10 лет (это возможно при резистентности к проводимой терапии и цикличности течения с обострением в летнее время).[2,3]

Приводим наше наблюдение.

Больной С., 1929 года рождения, обратился на кафедру дерматовенерологии Красноярского государственного медицинского университета с жалобами на зудящие распространенные высыпания. Болеет в течение 1 года. Резкое прогрессирование после прибывания на даче под солнцем. Самостоятельно лечение проводил мазью "Элоком". Локальный статус: На коже туловища обильные розового цвета папулы милиарные и лентикулярные с легким шелушением. На лице папулы себорейного (актинического) кератоза. Для верификации диагноза проведена биопсия кожи с морфологическим элементом сыпи.

Данные гистологического исследования: Выявлен гиперкератоз с наличием лейкоцитарных скоплений в роговых массах, массивные акантолитические разрастания эпидермиса с надбазальным акантолизом и формированием надбазальных и более высокорасположенных лакун.

Заключение: Проанализировав болезнь Гровера и болезнь Дарье-Уайта, пришли к выводу что обе болезни имеют сходную как гистологическую так и клиническую картину и главное отличие состоит лишь в возрасте пациентов. Указанные обстоятельства позволили диагностировать в нашем случае болезнь Гровера, а назначенная комплексная терапия, позволила получить быстрый эффект почти полной ремиссии, что также не наблюдается при пузырьчатке хронической доброкачественной семейной Хейли-Хейли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прохоренков В.И., Карачева Ю.В., Гузей Т.Н. //Клиническая дерматология и венерология, №3.-С.78-81
2. Махнева Н.В., Молочков В.А., Молочков А.В., Зенкевич Е.В. //Российский журнал кожных и венерических болезней, 2007.- №4.-С.46-49. Библ. 33 назв.

3. Кунцевич Ж.С., Корнева Л.В., Кряжева С.С. //Российский журнал кожных и венерических болезней, 2002.-N 6.-С.21-23
4. Antley C, Carrington P, Mrak R, Smoller B (1998) Grover's disease (transient acantholytic dermatosis): relationship of acantholysis to acrosyringia. *J Cutan Pathol* 25:545–549
5. G. Villalon, J. M. Martin, C. Monteagudo, V. Alonso, D. Ramon, and E. Jorda, "Clinicopathological spectrum of chemotherapy induced Grover's disease," *Journal of the Euro- pean Academy of Dermatology and Venereology*, vol. 21, no. 8, pp. 1145–1147, 2007.
6. G. Ippoliti, M. Rinaldi, C. Pellegrini, and M. Vigano', "Inci- dence of cancer after immunosuppressive treatment for heart transplantation," *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, vol. 56, no. 1, pp. 101–113, 2005.
7. R. W. Grover, "Transient acantholytic dermatosis," *Archives of Dermatology*, vol. 101, no. 4, pp. 426–434, 1970.

УДК 617.58:616.137.81.9

СТРУКТУРА СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВТОРОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ «НУЗ» ДКБ НА СТ.КРАСНОЯРСК ОАО РЖД»

О.А. Шевякова, В.С. Комарова, Д.А. Гесс, Н.Б. Хамдамов, А.Е. Зенкина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им.проф.М.И.Гульмана

Научные руководители: д.м.н., доц. Н.М. Маркелова, асс. Н.С. Соловьева

Актуальность

Интерес и постоянное внимание к проблеме лечения длительно незаживающих ран на фоне сосудистой патологии нижних конечностей объясняются тяжелым течением раневого процесса, сохранением тенденции к возрастанию длительно текущих и рецидивирующих форм. У больных с длительно незаживающими ранами сроки заживления составляют месяцы, иногда годы. Частота рецидивов заболевания достигает 70%. Упорное, длительное течение раневого процесса, развитие тяжелых инфекционных осложнений часто приводит к утрате трудоспособности, инвалидизации и потере качества жизни. В связи с этим мы провели ретроспективный анализ сосудистой патологии второго хирургического отделения на базе «НУЗ» ДКБ на ст.Красноярск ОАО «РЖД» за 2015 год.

Цель работы:

Провести анализ встречаемости сосудистой патологии нижних конечностей у больных второго хирургического отделения за 2015 год.

Задачи:

1. Установить частоту встречаемости и структуру сосудистой патологии нижних конечностей венозной этиологии, атеросклеротического генеза, диабетической ангиопатии.
2. Провести анализ полученных данных

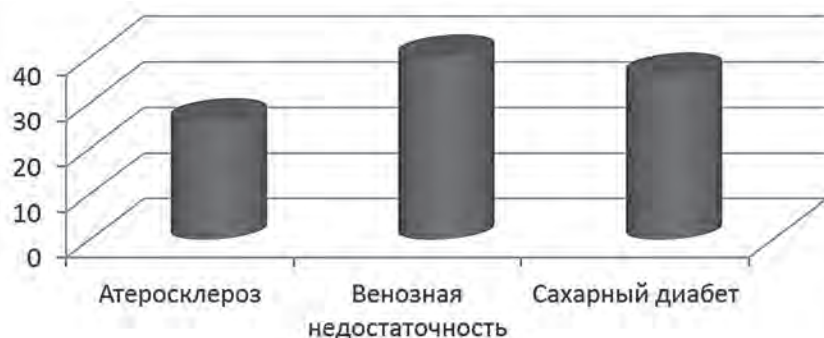
Материалы и методы:

Были ретроспективно изучены 102 амбулаторные карты больных с трофическими язвами венозной, артериальной и диабетической этиологии за 2015 год.

Для обработки полученных данных использованы статистические методы исследования.

Полученные результаты:

В результате статистической обработки данных в структуре сосудистой патологии преобладает венозная недостаточность, что составляет 35%.

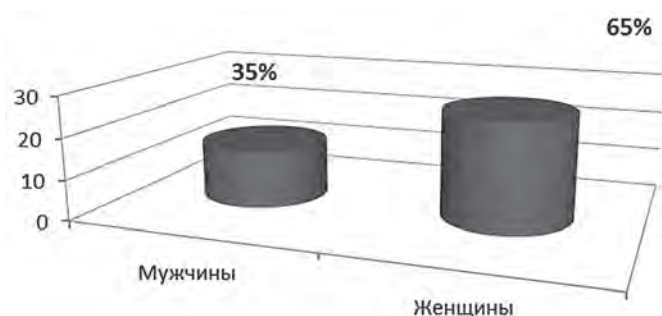


Мужчины страдают сосудистой патологией преимущественно в возрасте 71-80 лет (36%), женщины-61-70 лет (29%). Лица трудоспособного возраста составляют 19%.

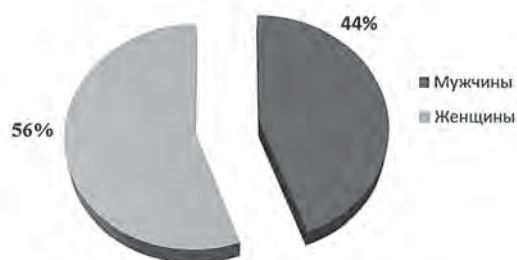
Общее число больных атеросклерозом сосудов нижних конечностей 26%, из них 42% женщины, 58% мужчины, чаще с периферическим уровнем окклюзии.



Общее число больных венозной недостаточностью – 39% от общего числа пациентов, из них 65% женщины, 35% мужчины.



Диабетическая ангиопатия наблюдалась у 35% от общего числа пациентов, из них 56% женщины, 44% мужчины.



Выводы

1. В структуре сосудистой патологии преобладают больные с венозной недостаточностью, причем заболеваемость у женщин встречается чаще.
2. Атеросклерозом сосудов нижних конечностей чаще страдают мужчины, причем преобладает периферический уровень окклюзии.
3. Осложнения сахарного диабета преимущественно наблюдались у женщин.
4. Заболеваемость среди женщин преобладает в возрасте 61-70 лет, мужчин 71-80 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галстян, Г. Р. Заболевания артерий нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом: состояние проблемы и перспективы лечения / Г.Р. Галстян // Сахарный диабет. - 2011. - № 1. - С. 74-79.
2. Липницкий, Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницкий // Медицина. - 2001. - С. 160.
3. Халилов, М.А. Использование топической иммунокоррекции в лечении гнойных ран / М.А. Халилов // Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - № 4. - С. 165-168.
4. Чур, Н. Н. Современный взгляд на лечение трофических язв нижних конечностей венозного генеза / Н. Н. Чур, И. Н. Гришин, С. Н. Чур // Новости хирургии. – 2008. – № 2. – С. 139–48.
5. Комплексный подход в лечении обширных трофических язв голени в многопрофильном стационаре / В.Г. Гудымович, А.К. Иванов, Ю.М. Стойко, Ю.Л. Шевченко // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2014. - №3. - С. 221-227.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ КОНФИГУРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ С СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Е.В. Шилина, Ф.И. Киргизов, Ю.А. Зарецкая

Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им проф. В.П.Красовской

Научный руководитель: к.м.н. В. А. Дударев

Передняя брюшная стенка – это мышечно – соединительно-тканый комплекс, который обеспечивает постоянство положения, формы и строения органов брюшной полости и забрюшинного пространства принимающий активное участие во всех жизненно важных функциях организма [3,4]. Передняя брюшная стенка непосредственно участвует в акте дефекации. Дефекация, по словам И.П. Павлова, – «сложный рефлекторный акт», в котором принимают участие кора головного мозга, проводящие пути спинного мозга, периферические нервы прямой кишки, мускулатура передней брюшной стенки и толстой кишки [4, 5, 8]. А.М. Минев (1974) различает два основных типа дефекации: одномоментный и двухмоментный.

Детский возраст характеризуется неустановившимися нервнорефлекторными связями, поэтому механизм дефекации вырабатывается постепенно, в зависимости от окружающей обстановки и индивидуальных особенностей организма [1, 2, 7]. Вследствие тесного морфо-функционального взаимодействия передней брюшной стенки и толстой кишки, нарушение функции одной отражается на работе другой и наоборот [6].

При этом исходные топографо-анатомические особенности передней брюшной стенки нередко являются благоприятным фоном, на котором развиваются запоры [1, 5]. Однако до настоящего времени не изучены размеры живота и передней брюшной стенки у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Не изученными также остаются свойства живота изменять свою форму и размеры при хронических запорах у детей. Отсутствуют объективные критерии оценки состояния внутренних органов при пальпации, что снижает её диагностическую ценность. Не разработана методика ускоренного обследования живота и передней брюшной стенки, достоверного обчёта и анализа полученных результатов, адаптированная к условиям клиники.

Цель и задачи исследования. Выявить изменчивость форм живота и размеров передней брюшной стенки у детей с хроническими запорами.

Материалы и методы: Основу собственного исследования составляет конституциональный подход, включающий в себя изучение форм живота, и размеров передней брюшной стенки у детей второго (8-12 лет) детства, страдающих хроническими запорами. Пациенты сгруппированы по формам заболевания в соответствии с клинической классификацией хронического толстокишечного стаза по А.И. Лёнюшкину (1999). Выделены три группы с компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной формами. Нами проведено исследование больных детей с субкомпенсированной формой хронических запоров.

Изучение конституции живота позволяет выявить изменчивость формы живота и конфигурации передней брюшной стенки у детей с данной патологией с субкомпенсированной формой.

В исследуемую группу вошло 60 ребенка (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей по возрастным группам

второе детство (8–12 лет)	контрольная группа (8–12 лет)	всего
60	60	120

Для изучения реакции живота и передней брюшной стенки у детей с хроническими запорами обследовано 60 ребенка второго детства. Группу сравнения составили 60 детей периода второго детства не страдающих данным заболеванием.

Лапарометрическое обследование детей с хроническими запорами с субкомпенсированной формой проводилось на базе I детского хирургического отделения Городской клинической больницы №20 (зав. отд. Н.П. Бортникова), а также в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для более полной характеристики живота и передней брюшной стенки, в работе использована уточненная методика лапарометрической диагностики, в основу которой положен известный плоскостной (фронтальный) способ Т.Ф. Лавровой (1979) и способ двойного измерения размеров Н.С. Горбунова (2000) (рис 1).

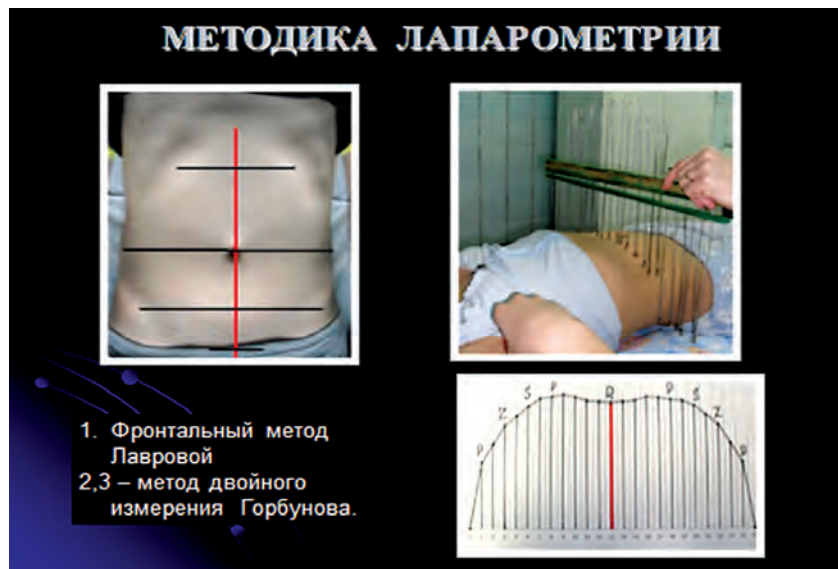


Рисунок 1

С учётом поперечного индекса фаса определяются три основные и по три подтипа в каждой крайней форме живота. Возрастная периодизация проводилась по классификации принятой на УП Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биологии А Н СССР (Б.А. Никитюк, В.П. Чтецов 1983). Полученная информация обрабатывалась на персональном компьютере типа Pentium.

Математическая обработка данных проводилась при помощи оригинальной программы «Лапарометрическая диагностика», статистическая – с использованием пакета анализа Ms Excel 9.0, Statistica for Windows 6.0. В работе использовались методы вариационной статистики. Вычисляли среднее арифметическое (M) и его ошибку (m), среднее квадратичное отклонение (σ), коэффициент вариации (v).

Результаты и обсуждения: У детей второго детства с хроническим толстокишечным стазом в субкомпенсированной стадии среди фасных размеров, наибольшим продольным размером является высота передней брюшной стенки, которая составляет 70,8% от длины туловища. Наибольшую протяженность брюшной стенки занимает мезо- (46%), несколько меньшую - эпи- (32,2%) и наименьшую – гипогастральная область (21,8%).

Поперечные размеры в большей степени определяют конфигурацию боковых поверхностей передней брюшной стенки, а их соотношение на уровне X рёбер и верхних передних подвздошных остей отражает форму живота детей данной возрастной группы (8-12 лет). Ширина живота уменьшается к пупку и максимально увеличивается к уровню крыльев подвздошных костей. На протяжении эпигастральной области ширина передней брюшной стенки увеличивается к уровню X рёбер. Боковыми границами брюшной стенки являются реберные дуги, формирующие подгрудинный угол. На западение боковых границ этой области указывает разница между эпигастральным и подгрудинным углом, а также разница ($p < 0,001$) площадей фаса. Ширина передней брюшной стенки в мезогастральной области от уровня X рёбер к уровню верхних передних подвздошных остей практически не изменяется. В гипогастральной области ширина передней брюшной стенки уменьшается к уровню лонного сочленения.

В сагиттальной плоскости выявляется конфигурация профиля передней и задней брюшных стенок. Среди размеров, определяющих характер профиля в данной плоскости, наибольший основание-передний выявляется у детей на уровне основания мечевидного отростка. На ниже лежащих уровнях основание-передние размеры уменьшаются, достигая наименьшего значения к уровню лонного сочленения. Профиль передней брюшной стенки имеет нисходящий характер. Положительные значения показателя прогиба указывают на выпячивание передней брюшной стенки в мезогастральной области на уровне пупка и крыльев подвздошных костей. Площади профиля распределяются по областям соответствующим образом: 27,3% в эпи-, 60,3% в мезо- и 12,4% в гипогастральной. Профиль задней брюшной стенки характеризуется, выпячиванием кпереди, повторяя поясничный лордоз.

В горизонтальной плоскости положение передней брюшной стенки в эпи-, мезо- и гипогастральной областях относительно их абдоминальных плоскостей характеризуется стрелками прогиба.

Максимальное нависание передней брюшной стенки определяется над плоскостью эпигастральной области, меньше на уровне пупка и крыльев подвздошных костей. В гипогастральной области на уровне верхних передних подвздошных остей отмечается минимальное нависание передней брюшной стенки. Конфигурация

поперечных сечений брюшной стенки, их размеры по кривизне поверхности и площади на различных уровнях отличаются. Поперечные размеры по кривизне уменьшаются к пупку и достигают минимального значения на уровне верхних передних подвздошных остей. Уменьшение площадей поперечных сечений передней брюшной стенки происходит сверху вниз и соответствует убыванию стрелок прогиба на данных уровнях. Асимметрии передней брюшной стенки на всех уровнях, по мере уменьшения площадей поперечных сечений не выявлено.

Таким образом, у детей второго детства страдающих хроническими запорами с субкомпенсированной формой, конфигурация передней брюшной стенки и живота характеризуются западением боковых, выпячиванием кпереди задней брюшной стенки, равномерно убывающим книзу профилем живота и нависанием передней брюшной стенки, а соотношение поперечных размеров на уровне X рёбер и верхних передних подвздошных остей отражает наиболее характерную - овоидную форму живота. Для последней характерна широкая и низкая эпигастральная область, имеющая форму равнобедренного треугольника с узкой вершиной, широким основанием и значительным нависанием. Мезогастральная область имеет форму прямоугольника, основания которого преобладают над его высотой, с нависанием над нижележащей областью. Форма гипогастральная области - широкая и низкая равнобокая трапеция.

Выявленные размеры представляют собой систему, определяющую конфигурацию и свойства брюшных стенок, что наиболее сильно выявляется при типовом делении живота на формы. В зависимости от значения индекса фаса форма живота, расширяющаяся вверх, встречается у детей второго детства с хроническим толстокишечным стазом в 46,4%, овоидная - в 10,8%, а, расширяющаяся вниз - в 42,8%.

Высота эпигастральной области по прямой и на основании среди размеров фронтальной плоскости достоверно больше ($p < 0,05$) у детей с овоидной формой живота по сравнению с крайними формами живота (рис. 2). Наибольшая ($p < 0,001$) ширина передней брюшной стенки по прямой на

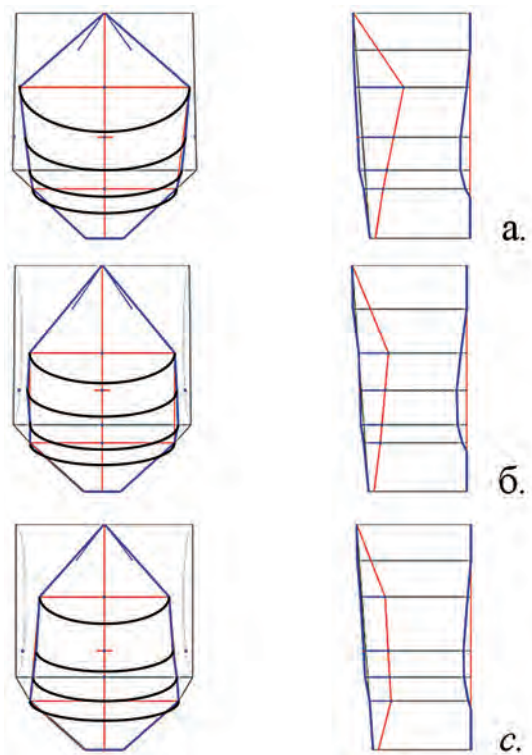


Рис. 2. Типовые особенности конфигурации живота и передней брюшной стенки у детей 8-12 лет с хроническим толстокишечным стазом. а – расширяющаяся вверх; б – овоидная; с – расширяющаяся вниз.

уровне X ребер определяется у формы живота, расширяющейся вверх. Для последней характерна наиболее широкая с западением боковых поверхностей и большей ($p < 0,001$) площадью фаса по кривизне эпигастральная область. Наименьшая ($p < 0,001$) ширина на данном уровне определяется у формы живота, расширяющейся вниз. Эпигастральная область по сравнению с другими формами узкая, ей соответствует наименьшее западение боковых поверхностей и меньшая ($p < 0,05$) площадь фаса на основании и по кривизне.

В мезогастральной области высота передней брюшной стенки по прямой и на основании достоверно больше у форм живота, расширяющихся вверх и вниз по сравнению с овоидной. Ширина по прямой на уровне верхней границы мезогастральной области больше ($p < 0,001$) у формы живота расширяющейся вверх, по сравнению с овоидной и формой живота расширяющейся вниз. На уровне нижней границы мезогастральной области ширина передней брюшной стенки не имеет типовых различий.

У детей с формой живота, расширяющейся вверх, высота эпигастральной области по прямой, на основании и по кривизне достоверно больше ($p<0,01$) в контрольной группе, чем у больных. Увеличение ширины ($p<0,01$) передней брюшной стенки по прямой на уровне X ребер (на 10,8%) выявляется у больных детей. Для последних, характерна наиболее низкая, с уменьшением западения боковых поверхностей (в 1,3 раза) эпигастральная область. В сагиттальной плоскости у детей с патологией значения высоты эпигастральной области по кривизне уменьшаются ($p<0,001$) на 15,1%, а площадь профиля передней брюшной стенки увеличивается ($p<0,01$) в 1,5 раза по сравнению с контролем. В горизонтальной плоскости у детей с хроническим запорами, характерно увеличение ($p<0,001$) ширины передней брюшной стенки по кривизне на 24,3% и стрелки прогиба на уровне X ребер в 1,9 раза по сравнению с контролем, и указывает на максимальное нависание передней брюшной стенки над плоскостью эпигастральной области.

У детей с формой живота, расширяющейся вниз, с хроническими запорами также выявляются изменения конфигурации передней брюшной стенки. Высота эпигастральной области по прямой и кривизне уменьшаются ($p<0,01$) на 21,4%, 21% а площади фаса на основании - на 21,8% по сравнению с контрольной группой. Эпигастральная область становится более широкой и низкой с незначительным западением боковых поверхностей. В горизонтальной плоскости у обследуемых с хроническими запорами с субкомпенсированной формой увеличиваются ($p<0,001$) ширина передней брюшной стенки по кривизне (на 9,1%) и стрелка прогиба (в 1,5 раза) на уровне X ребер, что указывает на умеренное нависание передней брюшной стенки над плоскостью эпигастральной области.

Высота мезогастральной области по прямой при патологии увеличивается ($p<0,001$) на 18,8%, а боковые поверхности брюшной стенки совпадают с границами мезогастральной области. Последняя принимает вид равнобоковой трапеции, основанием расширенным вниз. В сагиттальной плоскости мезогастральная область у больных детей характеризуется увеличением ($p<0,05$) высоты по кривизне на 18,7%, показателей прогиба в 4,5 раза, что приводит к выпячиванию передней границы профиля и увеличению площади профиля в 2,5 раза по сравнению с западающей передней границей профиля детей контрольной группы. В горизонтальной плоскости у пациентов с хроническими запорами с субкомпенсированной формой, по сравнению с контролем, усиливается нависание передней брюшной стенки за счёт увеличения ($p<0,001$) стрелок прогиба, особенно, на уровне пупка - в 3,1 раза.

В гипогастальной области, изменения конфигурации передней брюшной стенки выявлены только в сагиттальной и горизонтальной плоскости. При запорах значительно (в 2,1 раза) увеличивается ($p<0,05$) площадь профиля, а передняя граница профиля принимает плоско нисходящий характер. В горизонтальной плоскости возрастает ($p<0,05$) нависание (в 3,6 раза) передней брюшной стенки над плоскостью гипогастальной области.

Выводы: Следовательно, влияние хронического запора с субкомпенсированной формой заключается в специфических изменениях живота и передней брюшной стенки. Установлены значительные типовые и возрастные особенности реакции живота и передней брюшной стенки на патологию толстой кишки. Так, у детей с формой живота, расширяющейся вверх, уменьшается нависание, выпячивание передней границы профиля, усиливаются прогиб спины кпереди, отмечается правосторонняя асимметрия гипогастальной области. Для овоидной формы живота, характерно увеличение распластанности боковых поверхностей передней брюшной стенки на уровне пупка и крыльев подвздошных костей, усиление прогиба спины кпереди, уменьшение выпячивания передней границы профиля в мезогастральной области. У формы живота, расширяющейся вниз, происходит уменьшение западения боковых поверхностей передней брюшной стенки на уровне пупка, сглаживается передняя граница профиля в эпигастральной области и, наоборот, усиливается выпячивание в мезогастральной.

Таким образом, проведенное исследование выявило особенности размеров передней брюшной стенки и форм живота у детей с хроническим толстокишечным стазом с субкомпенсированной формой, их изменчивость в зависимости от формы живота. Полученные данные свидетельствуют об активной роли передней брюшной стенки и живота в реакции организма на патологию желудочно-кишечного тракта, что может быть шире использовано в диагностике, профилактике и лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ачкасов С.И., Саламов К.Н. Хирургическое лечение функциональных нарушений у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки // Проблемы колопроктологии. – 2000. – № 17. – С. 480-481.
2. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Минц Л.В. с соавт. Хирургическое лечение аномалий развития интрамуральных нервных сплетений толстой кишки // Вестник хирургии. – 1991. – № 4. – С. 22-25.
3. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. – М. – Медицина, 1999. – 366 с.
4. Павлов И.П. Физиология. Лекции по физиологии пищеварения. – М.: Познавательная книга Плюс, 2002. – 288 с.
5. Шафик А.М., Машукова В.Н. Способ диагностики хронического толстокишечного стаза // Сборник научных работ НИИ проктологии. – М., 2000. – С. 65.
6. Bigelli R.H., Fernandes M.I., Vicente Y.A. et al. Anorectal manometry in children with chronic functional constipation // Arq. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 42, № 3. – P. 178-181.
7. Chase J., Robertson V.J., Southwell B. et al. Pilot study using transcutaneous electrical stimulation (interferential current) to treat chronic treatment-resistant constipation and soiling in children // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2005. – Vol. 20, № 7. – P. 1054-1061.
8. Liu Z., Sakakibara R., Odaka T. et al. Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy (HAM/TSP) // J. Neurol. – 2005. – Vol. 252, № 10. – P. 1280-1282

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА

В.Е. Шумаев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Д.А. Маисенко, к.м.н., доц. А.В. Гордиенц

Введение. В решении проблемы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности особое значение имеют ранняя диагностика осложнений гестационного процесса, прогнозирование и выбор рациональной тактики ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска [3, 5]. Частота неврологической перинатальной патологии у детей первого года жизни составляет, по разным данным, от 15 до 60%. Более половины всех причин детской психоневрологической инвалидности приходится на долю перинатально-го поражения ЦНС (ППЦНС).

Острый период заболевания продолжается у доношенных детей с рождения до 7 дней, у недоношенных – до 28 дней. Основной этиологический момент – гипоксия, вызывающая ишемию головного мозга, а в некоторых случаях – кровоизлияния [6]. Основные клинические синдромы острого периода энцефалопатии: синдромы гипервозбудимости, угнетения ЦНС, судорожный, гипертензионно-гидроцефальный, вегетативно-висцеральные нарушения и общее угнетение (сопор или кома). Восстановительный период продолжается с 1 до 12 месяцев у доношенных и до 2 лет – у недоношенных детей. В этом периоде отмечают: синдромы гипервозбудимости, судорожный, синдром двигательных нарушений, гидроцефальный, задержка психомоторного и речевого развития, нарушение формирования корковых функций. Исходами ППЦНС могут быть выздоровление, задержка психомоторного и речевого развития, нарушение формирования корковых функций, очаговые микросимптомы, энцефалопатия. Возможен патологический вариант развития – формирование ДЦП, эпилепсии, гидроцефалии и иных расстройств, способствующих нарушению адаптации ребенка в социальной среде [4, 7].

Изучение факторов риска плода и их направленности имеет большое значение, так как позволяет корректно выделить группы «риска» различной патологии, определить обязательный план обследования и, разработав превентивные мероприятия, по возможности предотвратить их реализацию, либо своевременно провести их коррекцию [4, 6]. Одним из наиболее серьезных факторов риска для матери и новорожденного остается тазовое предлежание плода (ТПП).

Роды в ТПП наблюдаются у 4-5% рожениц и относятся к патологическим [1, 8]. В настоящее время в распоряжении врача имеются клинические и современные инструментальные методы диагностики ТПП, оценки состояния матери, размеров ее таза, анатомо-функционального состояния плода и других факторов, определяющих прогноз родов при данном осложнении [2]. Однако, несмотря на достигнутые успехи практического акушерства в снижении перинатальных потерь при ТПП, до конца не решены вопросы тактики ведения беременности и обоснования выбора оптимального метода родоразрешения беременных этой группы [7, 9].

Целью нашего исследования явилось изучение течения беременности, родов и перинатальных исходов при тазовых предлежаниях.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 60 историй родов из родильного дома КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск за 2013 г. Основную группу составили 30 историй родов с тазовым предлежанием плода, группу сравнения составили 30 историй родов с головным предлежанием плода. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ Statistica 6,0. Достоверность различий оценивалась при помощи параметрических методов (критерии Стьюдента). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в исследуемых группах достоверно не различался и составил в основной группе $28,4 \pm 1,5$ года, в группе сравнения $27,1 \pm 1,05$ года ($P > 0,05$). В исследуемых группах городских жительниц было больше 23 (76,6%) и 25 (83,3%), чем сельских 7 (23,3%) и 5 (16,7%) соответственно, в подавляющем большинстве (70%), пациентки были домохозяйками. При изучении анамнеза жизни наиболее частыми заболеваниями были заболевания ЖКТ (хр. гастрит) (6,6%), миопия (13,3%), пиелонефрит (6,6%).

Больше половины беременных (70%) основной группы страдают гинекологическими заболеваниями (хронический эндометрит, эктопия шейки матки, миома матки, пороки развития матки). Анализ акушерского анамнеза позволил установить следующее: беременность была первой у 12 (40%) беременных в основной группе и у 16 (51%) в группе сравнения, повторной у 18 (60%) и 14 (49%) соответственно.

Первородящих было 20 (66,6%) и 17 (56,6%), повторнородящих 10 (33,3%) и 11 (43,3%) соответственно. В основной группе акушерский анамнез был отягощен искусственными абортами у 10 (33,3%) женщин и невынашиванием беременности (самопроизвольными выкидышами) у 8 (26,6%), в группе сравнения искусственное

прерывание беременности отмечалось у 8 (40%) беременных. Токсикоз первой половины беременности, угроза преждевременных родов и преэклампсия встречались только среди беременных основной группы. Кесарево сечение при тазовом предлежании плода является наиболее бережным и оптимальным методом родоразрешения [5]. В основной группе операция кесарева сечения была выполнена в 93,3% (28) случаев, в то время как в группе сравнения, оперативные роды составили 16,6% (5) ($p < 0,001$).

В обеих группах родилось по 30 детей. Средняя масса новорожденных в основной группе составила 3110 ± 432 г., в группе сравнения 3430 ± 411 г., средняя длина тела $52,3 \pm 2,8$ см и $52,9 \pm 2,3$ см соответственно. Половина детей рожденных в тазовом предлежании, имели массу тела в пределах 2901-3300 г. 15 (50%), в то время как масса детей рожденных от матерей из группы сравнения находилась в пределах 3301-3700 г. 13 (43,3%). Рождение крупного плода в основной группе наблюдалось только в одном случае (3,3%), что в 3 раза реже, чем частота рождения крупных детей в группе сравнения (10%). Клиническая оценка состояния новорожденного при рождении на первой и пятой минутах по шкале Апгар в исследуемых группах соответствовала 8-8 баллов ($p > 0,05$). У 13 новорожденных детей от женщин основной группы (43,3%) отмечены осложнения неонатального периода, тогда как данные осложнения у детей от матерей из группы сравнения отмечены у 7 новорожденных (23,3%).

При анализе перинатальной заболеваемости нами выявлено, что наиболее часто диагностировалось гипоксически-ишемическое поражение головного мозга различной степени тяжести в 13 случаях (43,3%) от матерей основной группы и в 5 случаях (16,7%) от матерей группы сравнения ($p < 0,05$). Это объясняется возможными проявлениями медикаментозной депрессии ребенка в момент извлечения и как следствие нарушением периода ранней адаптации новорожденного. Данное состояние обусловлено совокупностью некоторых факторов: общим ингаляционным наркозом женщины и техническими трудностями при извлечении плода за тазовый конец во время операции кесарева сечения, в результате чего плод интраоперационно начинает испытывать гипоксию [2, 5, 7, 9].

Задержка роста плода (ЗРП) диагностирована 2 раза чаще у новорожденных, рожденных в тазовом предлежании в 6 случаях (20,0%) и 2 случаях (6,7%) случаев соответственно. ЗРП является следствием тканевой гипоксии на фоне морфологических и функциональных изменений в плаценте, возникающих в результате влияния неблагоприятных факторов во время гестационного периода, к таким факторам в нашем исследовании относятся: в (60%) случаях женщины основной группы до беременности имели отягощенный акушерский анамнез (медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши), данная беременность протекала на фоне угрозы прерывания первой и второй половины (29,9%), токсикоза и преэклампсии (43,3%).

Гипотрофический вариант задержки роста плода в 2 раза чаще диагностирован в основной группе в 4 случаях (13,3%), по сравнению с группой сравнения – 2 случая (6,7%) ($p < 0,05$). В связи с осложненным течением неонатального периода на второй этап выхаживания перевод новорожденных из основной группы был осуществлен в 2,3 раза чаще в 7 случаях (23,3%), чем в группе сравнения в 3 случаях (10,0 %) случаях.

Таким образом, проведенный анализ показал, что течение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода носят осложненный характер, а рожденные дети, являются группой высокого риска по гипоксически-ишемическому повреждению головного мозга, поэтому необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий с беременными женщинами, роженицами и новорожденными детьми по профилактике поражения ЦНС ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев В.Е., Васильев В.В., Иванов Д.О. и др. Исходы беременности при наружном профилактическом повороте плода на головку. Детская медицина Северо-Запада 2012; 3: 56 - 62.
2. Ишпахтин Г. Ю. Особенности течения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. Дальневосточный медицинский журнал 2008; 2: 54 - 56.
3. Кузина Е.А., Тюрина Е.П. Исходы родоразрешения и состояние новорожденных у беременных женщин с преэклампсией. Символ науки 2015; 6: 311-313.
4. Моргун А.В., Овчаренко Н.В., Таранушенко Т.Е. и др. Маркера апоптоза и нейроспецифические белки в диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных детей. Сибирское медицинское обозрение, 2013; 3(81): 56-71.
5. Подсвинова Е.В., Романова Т.А., Гурова М.М. и др. Влияние течения беременности и родов на состояние здоровья новорожденного ребенка. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия. Медицина, Фармация 2014; 24 (185): 81-84.
6. Снопков В.Н., Яковлев А.П., Шульга Л.В. и др. Математический прогноз развития гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных детей. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия. Медицина, Фармация 2013; 11 (154): 168-171.
7. Турсунова Г.А., Ахтамова З.М., Некбаев Х.С. Влияние новых технологий на исходы родов и состояние здоровья новорожденных, родившихся в тазовом предлежании. Вестник неотложной и восстановительной медицины 2012; Т. 12: 1: 34-37.
8. Чернуха Е. А., Пучко Т. К. Тазовое предлежание плода 2 –ое издание. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007; 176.
9. Шогенова, Ф.М. Влияние патологии беременности, родов и метода родоразрешения на становление здоровья детей. Известия Кабардино-Балкарского научного центра РАН 2012; 5 (49): 209-214.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В.Е. Шумилина, Н.В. Попенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: преподаватель кафедры Н.В. Попенко

Сохраняющаяся значительная частота и тяжесть течения гнойной хирургической инфекции у лиц взрослого возраста, трудности ее ранней диагностики и эффективного лечения, высокий уровень летальности и инвалидизации отражают большую актуальность данной проблемы в хирургии, терапии и психологии в целом. Поиск путей улучшения диагностики и лечения больных с гнойно-септическими заболеваниями различного происхождения продолжается до настоящего времени, являясь сегодня одной из наиболее актуальных проблем практического здравоохранения. Во многих случаях гнойно-хирургическое заболевание провоцируют такие заболевания как наркомания и алкоголизм. В таком случае течение хирургического заболевания будет осложнено. Асоциальное поведение лиц с алкоголизмом и наркоманией, в виде несоблюдения санитарно-гигиенических норм, резко повышает риск развития у них гнойных процессов мягких тканей. Инфекция является ведущей причиной госпитализации и смертности среди лиц с химическими зависимостями. Вместе с этим у гнойных хирургических больных отмечаются грубые нарушения всех когнитивных функций.

В связи с актуальностью и недостаточной изученностью данного вопроса целью исследования явилось изучение нарушений мышления у пациентов с гнойно-хирургическими заболеваниями. Для достижения цели мы поставили перед собой ряд задач: 1) изучить научно-методическую литературу по теме исследования; 2) подобрать диагностический инструментарий для исследования мыслительной сферы у пациентов с гнойно-хирургическими заболеваниями; 3) исследовать и проанализировать особенности мыслительной сферы больных гнойно-хирургического профиля. Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов: теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретация научных данных); эмпирические методы (наблюдение, беседа, опрос, блок патопсихологических методик для исследования мышления, методы количественного и качественного анализов, статистические методы). Экспериментальной базой для проведения нашего исследования явилась Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, отделение гнойной хирургии.

В. М. Блейхер в своей монографии «Расстройства мышления» (1937 г.) приводит ряд патопсихологических особенностей пациентов гнойно-хирургического профиля.

В качестве особенностей мышления и личности пациентов с данной группой заболеваний автор приводит следующие:

- резонёрство, характеризующиеся склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям. Она проявляется в неадекватном реальную ситуацию мудрствовании, многословности и банальности суждений. При этом цель мыслительной задачи отодвигается на задний план, а на передний выдвигается стремление больного к «рассуждательству».
- инертность мышления в виде стереотипных, персевераторных идей. склонность к застреванию в сознании больного каких-либо мыслей, представлений, образов, слов или фраз, вне зависимости от изменения ситуации и нарушения цели деятельности. Г. В. Залевский (1976) пишет об ослаблении при персеверации представления цели деятельности. Персеверация проявляется в речи больного.
- фабулирующее мышление, связанное с обилием конфабуляций (вымыслов, не соответствующих действительности). В значительной степени такое мышление характеризуется тем, что больные принимают за представления не только о прошлом, но и о текущей реальности.
- полная или частичная утрата морально-этических установок.
- завышенная самооценка, сочетающаяся с неадекватной оценкой собственных возможностей.
- нарушения эмоционально-личностной сферы в виде резких перепадов настроения.
- недооценка тяжести своего состояния и склонность агgravировать симптомы при поступлении в медицинское учреждение.

В своём исследовании мы использовали классификацию нарушений мышления, которую предложила Б.В. Зейгарник:

I. Нарушение операциональной стороны мышления в виде:

- снижения уровня обобщения (в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях)
- искажения уровня обобщения (отражение в суждениях случайной стороны явления, предметное содержание не учитывается)

II. Нарушение личностного компонента мышления в виде:

- разноплановости мышления (суждения об одном и том же объекте протекают в разных плоскостях)
- резонёрства («бесплодное мудрствование»)

III. Нарушение динамики мыслительной деятельности в виде:

- инертности мышления (трудности в переключении с одной деятельности на другую)
- лабильности мышления (неустойчивость способа выполнения задания)
- непоследовательности суждений (неустойчивость адекватного характера суждений)

IV. Нарушение критичности мыслительной деятельности

В исследовании приняли участие 24 пациента с заболеваниями гнойно-хирургического спектра от 28 лет до 79 лет. Из них 11 женщин, средний возраст 66 лет и 13 мужчин, средний возраст - 44 года.

Среди пациентов встречались следующие диагнозы:

- генерализованный остеомиелит (5 пациентов)
- абсцесс внутренних органов (4 пациента)
- трофическая язва (3 пациента)
- флегмона стопы (3 пациента)
- гангрена и гангренозный аппендицит (2 пациента)
- спайки брюшной полости (2 пациента)
- послеоперационные осложнения в виде нагноения швов (2 пациента)
- эмпиема плевры (1 пациент)
- эндометрит (1 пациент)

Из 24 пациентов у 7 сопутствующим диагнозом явился алкоголизм, у одного пациента – наркомания и параноидная форма шизофрении.

Для проведения исследования мы использовали блок патопсихологических методик, направленных на всестороннее изучение мышления пациентов. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста, образования пациентов и позволяют в совокупности выявить нарушения мышления.

- 1) Для исследования процессов обобщения, абстрагирования, анализа последовательности умозаключений и критичности мышления нами была использована методика «Классификация предметов»
- 2) Для исследования аналитико-синтетической деятельности пациентов мы использовали методику «Исключение предметов».
- 3) Для выявления характера логических связей и отношений между предметами были использованы методики «Простые аналогии» для пациентов без высшего образования, и методика «Сложные аналогии» для пациентов, имеющих хотя бы одно высшее образование.
- 4) Для выявления понимания переносного смысла, умения вычленять главную мысль во фразу конкретного содержания, а также целенаправленность суждений пациентов была использована методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз»
- 5) Для исследования умения выделять существенное из деталей, а также для исследования эмоциональных откликов, которые вызывает у пациента некий сюжет нами была использована методика «Объяснение сюжетных картин».
- 6) Для исследования понимания связи событий и последовательности процесса мышления мы использовали методику «Установление последовательности событий».

Проведя исследования и проанализировав результаты, мы смогли сделать некоторые выводы. Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что 22 пациента из 24 имеют нарушения мышления в виде нарушения операциональной стороны мышления, разноплановости, резонёрства, нарушения динамики мыслительных процессов и снижение критичности, что составило 92% от общего числа пациентов. Разноплановость мышления имеется у 9 пациентов (37%). Резонёрство выявлено у 13 пациентов, что составило 46% от общего числа. Нарушение динамики мыслительной деятельности было выявлено у 12 пациентов (50%). При этом у 6 пациентов (33%) выявлена инертность мышления, соответственно у 2 пациентов (17%) лабильность мышления, у 4 пациентов обнаружено нарушение динамики мыслительной деятельности в виде непоследовательности суждений, которое отразилось на их поведение во время обследования и на характер их познавательной деятельности. Нарушение критичности мыслительной деятельности было выявлено у 13 пациентов что составило 35% от общего числа. Нарушения операциональной стороны мышления были выявлены у 16 пациентов отделения из 24. При этом у 6 пациентов с сопутствующим диагнозом алкоголизм было выявлено искажение процесса обобщения, у остальных 10 пациентов с основным диагнозом гнойно-хирургического профиля, не отягощённого сопутствующими заболеваниями выявлено снижение уровня обобщения.

Таким образом, мы смогли сделать вывод о том, то на нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения у пациентов с гнойно-хирургическими заболеваниями, оказывает влияние сопутствующая патология (алкоголизм, наркомания)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Мышление // Медицинская психология. — Москва: Медицина, - 1967. — С. 63—79. — 240 с. — 90 000 экз.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / Учебное пособие — М.: Высшая школа, - 2001. — 317с.21.
3. Запороженко В. Г., Копыт Н. Я. Факторы, приводящие к злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма.— Здравоохран. Российской Федерации, - 1995, № 6, с. 22—26
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Из-во МГУ, - 1986. — 287 с.
5. Карвасарский Б.Д., ред. Клиническая психология. — СПб.: Питер, - 2004
6. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. — М.: Академия, - 2000
7. Оперативная хирургия гнойных заболеваний взрослых. Практическое руководство /Под ред. В. Д. Тихомировой. - СПб.: Информационно-издательское агентство «ЛИК», - 2001
8. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). — М.: Медицина, - 1970. — С. 215
9. Фурса, А.А. Особенности развития острых гнойных заболеваний мягких тканей в зависимости от стажа наркомании у больных с асоциальным типом поведения / А.А. Фурса, А.Б. Земляной// Материалы III международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «здоровье населения России» - Москва, - 2008. — С.344
10. Холмогорова А.Б. Клиническая психология: в 4 т.: Учебник для вузов. Т.1. Общая патопсихология
11. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности. — СПб.: Питер, 2004. 26. Д. А. Крупченко Коррекция нарушений осознания психического расстройства при шизофрении: Учеб.-метод. пособие. Минск: БелМАПО, -2012.

УДК 616.716.8-007.254:61

РОЛЬ СТАБИЛОМЕТРИИ В ИЗУЧЕНИИ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСАНКИ И ОККЛЮЗИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ю.А. Щелканова

Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д. м. н., проф. Г.Г. Манашев

В начале XX века Р. Robin впервые сформулировал концепцию влияния осанки на окклюзию. Он отметил, что дети с глоссоптозом имеют Х-образные ноги, искривленную осанку и типичные признаки окклюзии II класса, I подкласса. В течение всего XX века накапливались данные, подтверждающие наличие взаимосвязи зубочелюстной системы и осанки. Была высказана гипотеза, что нарушения окклюзии могут модифицировать осанку во фронтальной и сагиттальной плоскостях и в конечном итоге изменять распределение массы тела. Эти изменения в свою очередь приводят к нарушению постурального баланса, боли и дисфункции [12].

Проприоцептивная импульсация обеспечивает поддержание позы и адекватную двигательную активность человека. В связи с этим количество проприоцепторов на единицу площади в той или иной структуре опорно-двигательного аппарата может свидетельствовать о значимости данного региона в обеспечении сенсорной организации движений или постуры. Больше всего проприоцепторов находится в височно-нижнечелюстных суставах и крестцово-подвздошных сочленениях. Второе место по количеству проприоцепторов занимают подтаранные суставы и первые шейные позвонки (C₁ и C₂) [4]. Следовательно, из четырех стратегически значимых постуральных сенсорных зон две находятся в краниоцервикальной области.

При изучении зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с различным уровнем состояния опорно-двигательной системы было выявлено, что распространенность таких аномалий у детей и подростков, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, значительно выше данного показателя у физически здоровых детей (70% и 39% соответственно), а частота зубочелюстных аномалий у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата возрастает с увеличением степени тяжести этих нарушений на 34,5% [6]. Этими же авторами было выявлено, что среди зубочелюстных аномалий у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата преобладают глубокая резцовая окклюзия и дистальная окклюзия [7].

Изучение взаимосвязи шейного лордоза с развитием лицевого скелета проводили ученые во главе с В. Solow. Было выявлено, что исходные краниоцервикальные показатели коррелируют с последующими вертикальными размерами лица и вертикальным положением подъязычной кости [15]. Например, у детей с краниоцервикальным углом (КЦУ) менее 79° можно с большой вероятностью ожидать передний тип роста лицевого скелета, а при КЦУ более 113° была велика вероятность преимущественно вертикального развития лица.

В зарубежной литературе имеются клинические наблюдения, согласно которым ВНЧС непосредственно связан с шейной и лопаточной областями с помощью взаимосвязанной нервно-мышечной системы. Изменения в шейном отделе позвоночника могут вызвать расстройства ВНЧС и обратно, расстройства ВНЧС могут вызвать

расстройства в шейном отделе позвоночника [14, 16]. Также изменения в жевательных мышцах могут быть вызваны изменениями в положении головы и наоборот, положение головы может изменяться под воздействием жевательных мышц. Важную роль в поддержании баланса головы играют мышцы шеи и мышцы стоматогнатической системы, рассматриваемой как согласованная система, в которой вмешательства на любом уровне могут привести к изменениям в этом комплексе. Поэтому манипуляции с мышцами нижней челюсти в результате могут привести к изменениям в привычном положении головы.

По мнению Н. Gelb, «Височно-нижнечелюстной сустав является центром равновесия всего организма человека», и смещение нижней челюсти приводит к нарушению равновесия головы и всего опорно-двигательного аппарата. Длительно существующее нарушение равновесия в такой ситуации при появлении дополнительных неблагоприятных факторов, например, бруксизма, стресса и др., может явиться причиной развития миофасциальной болевой дисфункции сустава [8].

Таким образом, можно уверенно говорить о стратегически важном значении краниоцервикальной и стоматогнатической областей в поддержании позы и осуществлении двигательного акта.

Роль стабилметрического исследования

Стабилометрия, как метод объективизации функционального состояния поструральной системы, используется относительно недавно. Этот метод приобретает все большее значение в самых различных областях клинических исследований: при нарушениях вестибулярного аппарата, зрительного анализатора, опорно-двигательного аппарата, нервной и других систем организма.

Группа ученых во главе с А.В. Цимбалистовым оценивала диагностическую эффективность стабилметрического исследования поструральной системы на этапах ортодонтического лечения дистальной окклюзии [3]. Ими было выявлено, что стабилометрия позволяет оценить исходное состояние опорно-двигательного аппарата и выявить нарушения постуры, а адекватное ортодонтическое лечение повышает устойчивость тела и положительно влияет на опорно-двигательный аппарат пациентов.

При исследовании пострурального дисбаланса в патогенезе прозопагий [2] было установлено, что стабилметрическое исследование больных с лицевыми болями, обусловленными дисфункцией ВНЧС, позволяет объективизировать функциональные изменения поструральной системы вследствие нарушения биомеханики сустава, установить причины повреждения и составить схему лечения, провести коррекцию выявленных нарушений и оценить эффективность терапии.

При изучении влияния постановки брекет-систем на биомеханику организма [1] анализ стабилметрических данных показал, что, получая нормализацию качества функции равновесия при передней окклюзии, следует ожидать благоприятного влияния коррекции прикуса на осанку. Если же отмечается значительное ухудшение этих показателей либо появление дополнительных нарушений, то коррекция прикуса может усугубить функциональные асимметрии тела.

Выявлено также, что динамика индекса энергозатрат указывает на возможность неслучайного изменения вертикальной устойчивости испытуемых при естественно сомкнутых и разомкнутых челюстях [10].

В ряде исследований с помощью стабилметрического исследования была выявлена корреляционная взаимосвязь стабилметрических показателей с функциональным состоянием дыхательной, сердечно-сосудистой, зубочелюстной и вегетативной нервной системой [5, 9, 11]. Постуральный баланс подвержен влиянию пола, возраста, наличия вредных привычек и вида прикуса.

D. Alpinì и соавт. сравнивали изменение окклюзии путем прокладывания ватных валиков между зубами у здоровых нетренированных людей и спортсменов. У нетренированных здоровых людей изменение окклюзии гораздо меньше влияет на поструральный контроль в тесте со статической стабилметрией, чем у тренированных спортсменов [17]. У последних ватные валики вызывали значительную реорганизацию сенсорного компонента пострурального контроля с увеличением зрительной и снижением соматосенсорной компонентов.

Однако не все исследователи считают надежным использование стабилметрического исследования. При изучении состояния равновесия с помощью стабилметрической платформы у людей без краниомандибулярных расстройств не было обнаружено влияния прикуса на осанку. По мнению A. Baldini и соавт., специалисты должны быть осторожны в применении стабилметрического исследования [13]. Стабилометрия часто используется клиницистами для анализа осанки у здоровых, больных, пожилых людей и спортсменов. Она также часто используется специалистами различных дисциплин, которые заинтересованы в осанке пациента (например, физиотерапевтами, ортопедами, неврологами, спортивными врачами). Однако полезность стабилметрического исследования для проверки взаимосвязи между окклюзией и осанкой у здоровых людей представляется менее надежной.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует, что проблема стабилметрического исследования как метода объективизации функционального состояния осанки продолжает привлекать внимание ученых, однако пока нет точных данных о величине корреляции стабилметрических показателей и функционального состояния зубочелюстной системы. Разнообразие подходов к изучению этой проблемы затрудняет анализ существующих результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брекет-системы: взгляд остеопата / А. Ф. Беляев, Н. А. Карпенко, И. Л. Ли, Е. П. Киселева // Мануальная терапия. – 2008. – № 1 (29). – С. 50-53.
2. Бугровецкая, О. Г. Постуральное равновесие и височно-нижнечелюстной сустав. Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопалгий / О. Г. Бугровецкая // Ортодонтия. – 2006. – № 3. – С. 21-26.
3. Динамика стабилметрических характеристик на этапах ортодонтического лечения дистальной окклюзии у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата / А. В. Цимбалистов, Т. А. Лопушанская, Е. Я. Худоногова и др. // Ортодонтия. – 2005. – № 3. – С. 21-24
4. Иванов, В. В. Влияние зубочелюстной системы на постуральный статус пациента / В. В. Иванов, Н. М. Марков // Мануальная терапия. – 2013. – № 3. – С. 83-89.
5. Корреляционная взаимосвязь постурального баланса с функциональным состоянием других систем организма у лиц с длительными профессиональными постуральными перегрузками / С. Д. Арутюнов, Е. Е. Маштакова, М. З. Орджоникидзе и др. // Мануальная терапия. – 2009. – № 1. – С. 31-38.
6. Перова, Е. Г. Сравнительный анализ распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков с различным состоянием опорно-двигательного аппарата в возрастном аспекте / Е. Г. Перова, А. А. Левенец, Д. А. Россиев // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 2. – С. 23-31.
7. Перова, Е. Г. Характер зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с различным состоянием опорно-двигательного аппарата / Е. Г. Перова, А. А. Левенец // Институт стоматологии. – 2010. – № 1. – С. 74-75.
8. Постуральное равновесие и окклюзия зубов. Роль нарушений окклюзии в возникновении постурального дисбаланса при нейростоматологических заболеваниях / Е. А. Бугровецкая, С. В. Гвоздева, А. В. Диденко и др. // Мануальная терапия. – 2008. – № 2. – С. 40-48.
9. Рублева, И. А. Влияние ортодонтических аппаратов для выдвижения нижней челюсти на постуральное равновесие / И. А. Рублева, А. Б. Слабковская, Л. С. Персин // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2013. – № 9. – С. 1094-1096.
10. Стабилметрические параметры вертикальной устойчивости здоровых добровольцев при искусственном кратковременном изменении прикуса / И. В. Погабало, О. В. Кубряк, С. С. Гроховский, И. С. Копецкий // Стоматология. – 2014. – № 5. – С. 65-68.
11. Стабилометрия как диагностический метод в ортодонтии / Н. М. Марков, И. В. Погабало, Е. К. Кречина и др. // Гнатология. – 2013. – № 2. – С. 18-21.
12. Dental occlusion and posture: an overview / A. Michelotti, G. Buonocore, P. Manzo et al. // Progress in Orthodontics. – 2011. – Vol. 12. – P. 53-58.
13. Evaluation of the correlation between dental occlusion and posture using a force platform / A. Baldini, A. Nota, D. Tripodi et al. // Clinics (Sao Paulo). – 2013. – Vol. 68. – P. 45-49.
14. Neuromuscular dentistry: Occlusal diseases and posture / M. T. Khan, S. K. Verma, S. Maheshwari et al. // Journal of oral biology and craniofacial research. – 2013. – Vol. 3. – P. 146-150.
15. Solow, B. Cranio-cervical posture: a factor in the development and function of the dentofacial structures / B. Solow, A. Sandman // European Journal of Orthodontics. – 2002. – Vol. 24. – P. 447-456.
16. Sonnesen, L. Temporomandibular disorders in relation to craniofacial dimensions, head posture and bite force in children selected for orthodontic treatment / L. Sonnesen, M. Bakke, B. Solow // European Journal of Orthodontics. – 2001. – Vol. 23. – P. 179-192.
17. The correlation between dental occlusion and posture is different in trained versus nontrained subjects / D. Alpini, F. Di Bernardino, V. Mattei, A. Cesarani // Sport Sci Health. – 2012. – Vol. 7. – P. 83-86.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ, ОТХОДЯЩИХ ОТ ДУГИ АОРТЫ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СТЕНКИ АРТЕРИЙ РАЗНЫХ ТИПОВ

С.С. Яганова, Л.А. Житомирская.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра анатомии и гистологии человека

Научные руководители: к.м.н., доцент В. П. Ефремова, к.м.н., доцент Е.Л. Жуков.

В современном мире смертность от сердечнососудистых заболеваний (далее ССЗ) растет с каждым годом. По данным ВОЗ в 2012 году только от ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда и инсульта умерло 17,5 миллионов человек, к 2020 году эта цифра может приблизиться к 25 миллионам [1]. Как известно ИБС и инсульт являются осложнениями атеросклероза – хронического заболевания, характеризующегося возникновением в стенке артерий очагов липидной инфильтрации и разрастанием соединительной ткани с образованием фиброзных бляшек, сужением просвета и нарушением кровообращения в этих артериях [2]. Атеросклероз зачастую называют болезнью старости, но, к сожалению, за последние 15 лет он значительно «помолодел», так среди 35-39 летних людей смертность от осложнений атеросклероза выросла в 2 раза, а среди 25-29 летних в 3

раза. Поэтому на сегодняшний день одним из наиболее эффективных методов лечения атеросклероза, позволяющим пациенту вести полноценный образ жизни, является сосудистое протезирование. Наибольшей частотой обладают операции по протезированию восходящей части и дуги аорты. В связи с этим встает вопрос о более углубленном изучении вариантной анатомии аорты и отходящих от нее артерий, не смотря на существование множества пособий для врачей, содержащих сведения по ангиологии. Поскольку в них рассматриваются в основном наиболее частый (классический) вариант отхождения артерий от дуги аорты. Так же немало важным является состав используемого сосудистого протеза, который должен обладать сопоставимой со стенкой здоровой аорты эластичностью. Для этого необходимо с предельной точностью знать не только качественный состав стенки, но и количественный. Однако нами не были обнаружены полноценные исследования в этой области, и мы решили сами начать такое исследование.

Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования является: Изучить вариантную анатомию артерий, отходящих от дуги аорты, и гистологическое строение стенки артерий разных типов.

В соответствии с целью мы определили следующие задачи: 1) Произвести анатомическое препарирование и морфометрию дуги аорты и ее ветвей: плечевого ствола, левой общей сонной и подключичной артерий. 2) Провести гистологическое исследование стенки артерий разных типов. 3) Изучить количественный состав средней оболочки стенки артерий эластического и мышечно-эластического типов.

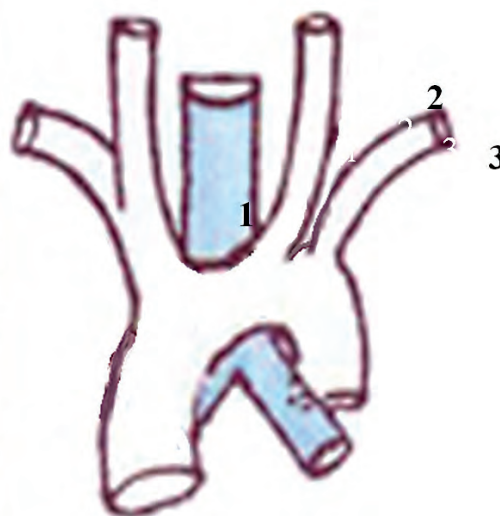
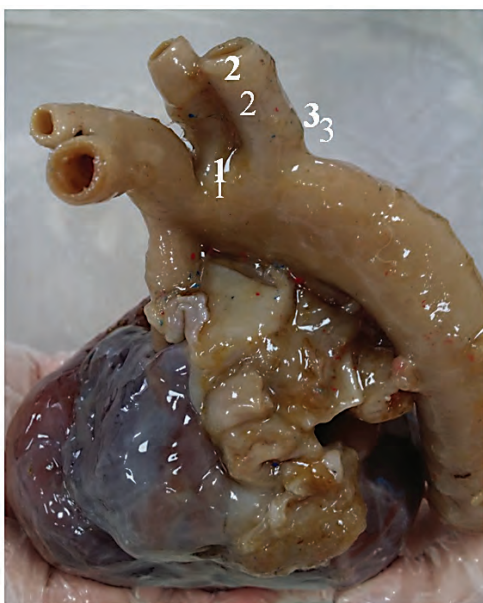
Материалы и методы исследования:

Материалами для исследования вариантной анатомии дуги аорты, и отходящих от нее ветвей являлись препараты аорты 17 трупов мужчин старческого возраста (75-89 лет). Изготовленные с помощью метода анатомического препарирования.

Для изучения тканевого состава средней оболочки стенки артерий, мы взяли фрагменты восходящей, дуги и грудной аорты, а также плечевого ствола от трёх трупов. Забранные фрагменты фиксировали в 10% формалине в течение 24 часов, пропитывали парафином, изготавливали гистологические срезы, которые затем окрашивали по стандартным протоколам, гематоксилин-эозином, орсеином и по методу Маллори. Гистологические препараты подвергали обзорной микроскопии и изготавливали микрофотографии с помощью микроскопа Olympus BX45 с системой фото-видео документации Olympus DP25 и пакетом программного обеспечения CellD. Полученные микрофотографии морфометрировали с помощью программы JMicroVision 1.2.7. При микроскопии и морфометрии оценивали общее состояние стенки сосудов, подсчитывали относительное количество эластических и коллагеновых волокон и гладких миоцитов.

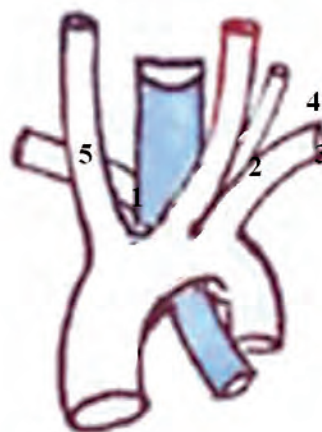
Полученные данные заносили в протокол исследования в формате MS Excel и подвергали статистической обработке с помощью программы Statistica 8.0, нормальность распределения оценили с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для описания использовали среднее (M) и стандартное отклонение (σ). Сравнение между группами проводили с помощью t-критерия Стьюдента с поправкой Холма-Бонфферони для исключения погрешностей при множественном сравнении, полученные результаты считались статистически значимыми при $p < 0.05$.

В ходе нашего исследования у нас получились следующие результаты. Из 17 изученных препаратов 15 имели классический вариант отхождения ветвей аорты:

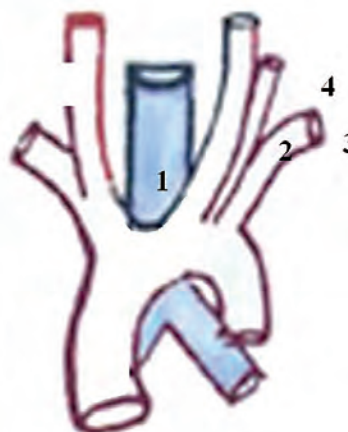


1 – Плечеголовной ствол, 2 – Левая общая сонная артерия, 3 – Левая подключичная артерия.

И 2 из 17 имели не типичное отхождение:



1 – Правая общая сонная артерия, 2 – Левая общая сонная артерия, 3 – Левая подключичная артерия, 4 – Левая позвоночная артерия, 5 – Правая подключичная артерия. Такой вариант отхождения артерий от дуги аорты встречается в 0,3 % случаев.



1 – Плечеголовной ствол, 2 – Левая общая сонная артерия, 3 – Левая подключичная артерия, 4 – Левая позвоночная артерия.

Однако в изученной нами литературе помимо этих вариантов встречаются еще 36. Наиболее частыми, из которых являются: отхождение от дуги аорты только двух ветвей – плечеголовного ствола (вместе с левой общей сонной артерией) и левой подключичной артерии (в 20% случаев); отхождение от дуги аорты четырех ветвей: правой общей сонной, левой общей сонной, левой подключичной и правой подключичной артерии (в 3,2 % случаев); правые внутренняя и наружная сонные артерии отходят от плечеголовного ствола при отсутствии правой общей сонной артерии (в 1,9% случаев); от дуги аорты отходит правый двойной сонно-подключичный ствол (в 1,3% случаев); правая позвоночная артерия отходит как последняя ветвь дуги аорты позади левой подключичной артерии и косо проходит на другую сторону (в 1,5% случаев) [3].

В гистологической части нашего исследования, мы получили следующие результаты:

В состав средней оболочки стенки восходящей аорты входит $48,1\% \pm 3,4\%$ эластических волокон, $28,3\% \pm 1,4\%$ коллагеновых волокон, $18,7\% \pm 0,9\%$ гладкомышечных клеток (миоцитов). В состав средней оболочки стенки дуги аорты входит $47,8\% \pm 3,6\%$ эластических волокон, $23,4\% \pm 2,1\%$ коллагеновых, $22,4\% \pm 1,3\%$ миоцитов. В состав средней оболочки стенки грудной части аорты входит $26,2\% \pm 1,7\%$ эластических волокон, $32,0\% \pm 2,4\%$ коллагеновых, $26,2\% \pm 2,1\%$ миоцитов. В состав средней оболочки стенки плечеголовного ствола входит $28,2\% \pm 3,0\%$ эластических волокон, $31,1\% \pm 3,7\%$ коллагеновых, $28,3\% \pm 3,3\%$ миоцитов.

При сравнении соотношения эластических волокон в средней оболочке стенки артерий было выявлено, что достоверно значимое наибольшее их количество содержится в восходящей части и дуге аорты, достоверно значимое наименьшее – в грудной, а плечеголовной ствол занимает промежуточное положение. В то время как статистически значимых различий в соотношении эластических волокон между восходящей частью и дугой аорты не выявлено. (Рис.1)

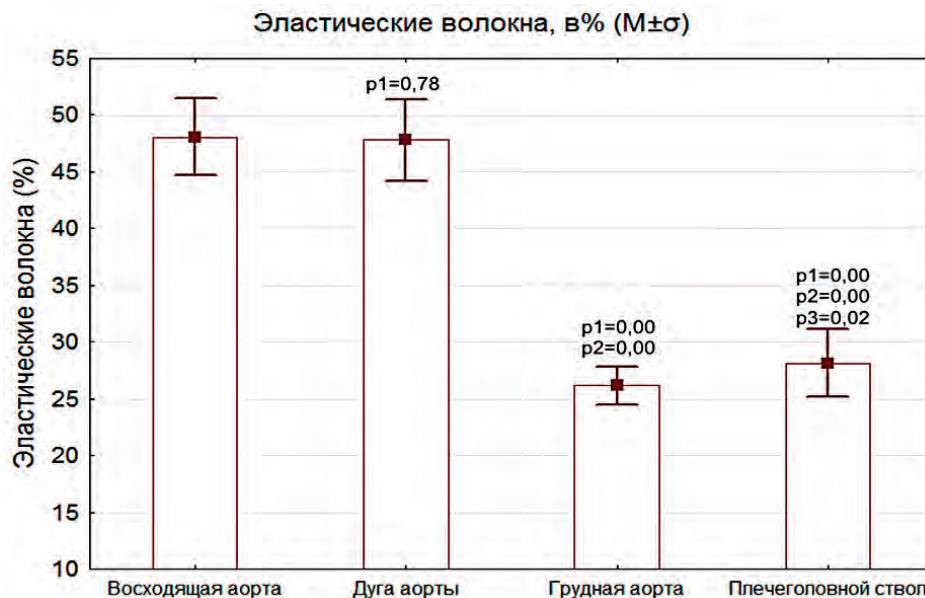


Рисунок 1. График соотношения эластических волокон в средней оболочке стенки артерий.

При сравнении соотношения коллагеновых волокон в средней оболочке стенки артерий было выявлено, что достоверно значимое наименьшее их количество содержится в дуге аорты, промежуточное положение занимает восходящая часть аорты, достоверно значимое наибольшее их количество содержится в грудной части аорты и плечеголовном стволе. В то время как статистически значимых различий в соотношении коллагеновых волокон между грудной частью аорты и плечеголовным стволом не выявлено. (Рис.2)

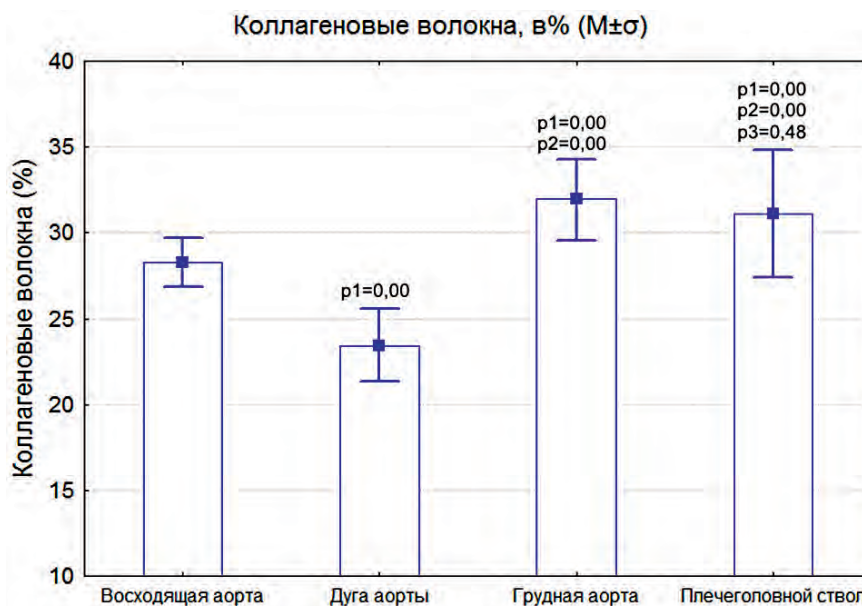


Рисунок 2. График соотношения коллагеновых волокон в средней оболочке стенки артерий.

При сравнении соотношения гладких миоцитов в средней оболочке стенки артерий было выявлено, что их достоверно значимое количество увеличивается по ходу аорты, а плечеголовной ствол, как артерия мышечно-эластического типа, содержит достоверно значимое наибольшее количество гладкомышечных клеток (Рис. 3).

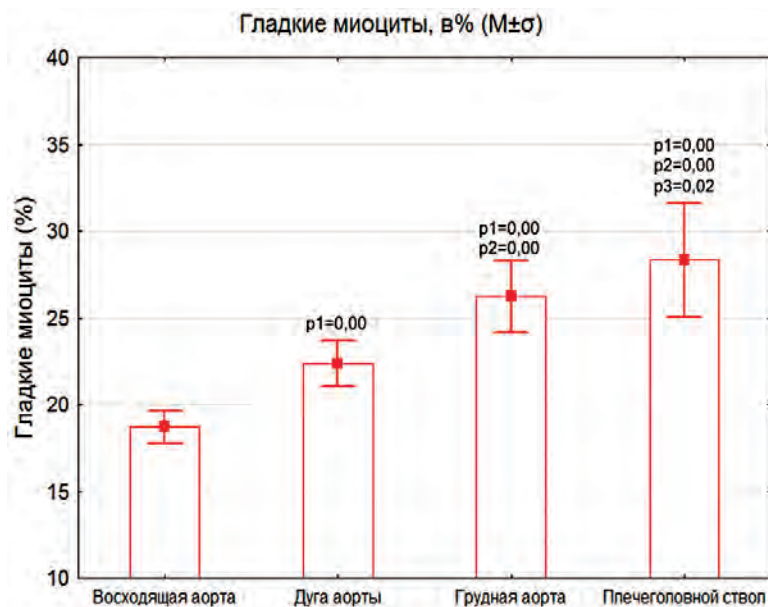
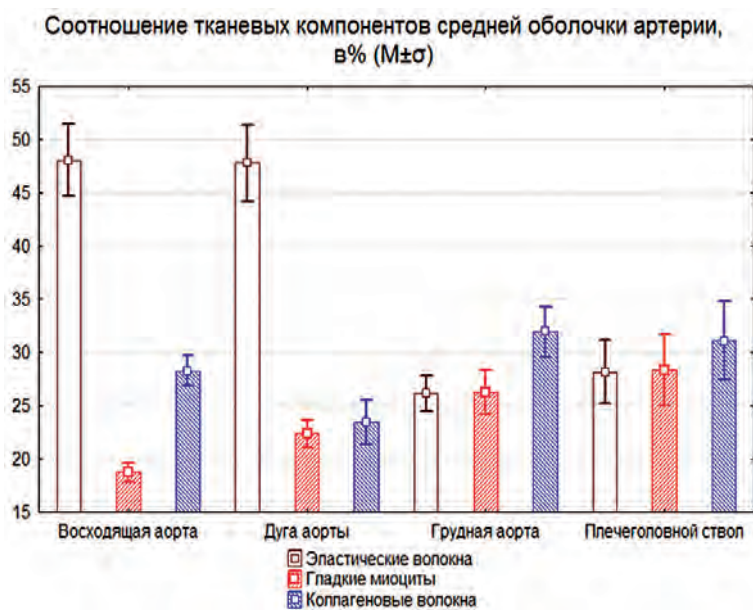


Рисунок 3. График соотношения гладкомышечных клеток в средней оболочке стенки артерий.

Таким образом, наибольшее количество эластических волокон содержится в восходящей части и дуге аорты, в грудном отделе аорты их количество снижается за счет увеличения коллагеновых волокон и гладкомышечных клеток. Плечеголовной ствол, как артерия мышечно-эластического типа, содержит равное количество эластических волокон и гладких миоцитов. (Рис. 4)



Таким образом, по результатам исследования нами были сделаны следующие выводы:

Частота встречаемости не типичных вариантов отхождения ветвей дуги аорты составила 12% от исследуемых препаратов (2 из 17).

В составе средней оболочке стенки артерий эластического типа (восходящей части и дуги аорты) преобладают эластические волокна количеством $48,1 \pm 3,4\%$ и $47,8 \pm 3,6\%$ соответственно.

В средней оболочке стенки плечеголовного ствола количество эластических волокон ($28,2 \pm 3,0\%$) и гладкомышечных клеток ($28,3 \pm 3,3\%$) равно, что свидетельствует о его принадлежности к артериям мышечно-эластического типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горустович О.А., Бартош Л.В., Дашкевич Д.Ю. и соавт. Вариантная анатомия дуги аорты // Весенние анатомические чтения. Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной памяти профессора С.С. Усоева. – Гродно: Изд-во ГрГМУ, - 2012. – С. 22-24.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>
3. http://enc-dic.com/enc_medicine/Ateroskleroz-25284/

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е.Н. Ящишин, Р.А. Чусов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана.

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научные руководители: д.м.н., доц. С.С. Дунаевская, д.м.н., доц. Н.А. Малиновская, асп. Д.А. Антюфьева

Актуальность: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) – одно из наиболее распространенных проявлений генерализованного атеросклероза, которым страдает 2–3% населения планеты. Пациенты ОАСНК составляют 20% от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Проблема прогрессирующего течения ОАСНК в том, что после появления первых клинических признаков у 10–40% пациентов в течение 3–5 лет развивается критическая ишемия, приводящая к ампутации конечности [2, 9].

Прогрессирование облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей обусловлено множеством факторов: гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, курение, сахарный диабет, ожирение, малоподвижный образ жизни, пожилой и старческий возраст [1, 3, 5, 7, 8, 11]. В течение первых 5 лет после постановки диагноза атеросклероз любой локализации у 1% пациентов разовьется критическая ишемия нижних конечностей, а у 20% – различные эпизоды острых ишемических состояний других локализаций [6].

В патогенезе развития и прогрессирования атеросклероза принимают участие дислипидемия, дисфункция эндотелия, изменения системы гемостаза. Одним из наиболее важных механизмов является эндотелиальная дисфункция. Эндотелий выполняет 4 основные функции активно участвует в процессе местного воспаления. Регулирует свертываемость крови. Поддерживает артериальное давление и отвечает за пролиферацию сосудов микроциркуляторного русла и развитие коллатерального кровообращения. Гипергомоцистеинемия является фактором развития тромбозов при атеросклеротическом поражении сосудов. [4, 10]. Исследование факторов, влияющих на клиническое течение процесса при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей является актуальной задачей.

Цель работы: оценить функциональное состояние эндотелия при прогрессирующем и стабильном течении облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: Обследовано 40 больных ОАСНК находившихся на лечении в хирургическом отделении СКЦ ФМБА России с 2015 г. по 2016 г. Все больные были с ишемией IIА–IIВ степени согласно классификации Фонтейна-Покровского и мультиэтажным поражением артерий нижних конечностей.

Больные были разделены на две группы: 1 – 20 больных с непрогрессирующим течением заболевания, 2 – 20 больных с прогрессирующим течением. Разделение на группы проводили исходя из анамнеза (длительность заболевания, уменьшение дистанции безболевого ходьбы в течение года, длительность сохранения эффекта от консервативного лечения).

При обследовании пациентов были применены физикальные, лабораторные и инструментальные методы. При инструментальном методе всем больным выполнялась ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей и по показаниям компьютерная ангиография. Всем больным выполняли общеклинические лабораторные исследования. В качестве показателей состояния липидного обмена были выбраны концентрации общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности, или α -холестерина (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), а также индекса атерогенности (ИА). Были проведены исследования системы гемостаза: АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), ПВ (протромбиновое время), ТВ (тромбиновое время), МНО (международное нормализованное отношение), фибриноген. Определение общего гомоцистеина производили методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа на приборе Architect i2000 фирмы «Abbott Laboratories» (США), который является модульной системой с хемилюминесцентной технологией Chemiflex.

Полученные результаты обрабатывались с помощью стандартных статистических программ Microsoft Office Excel 2007. Для всех показателей определяли средние значения (М), а также стандартное отклонение (s). Для оценки степени достоверности различий между группами использовали простой критерий Стьюдента (t). Различия между показателями считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение: В ходе исследования был проведен сравнительный анализ показателей липидного спектра, гомоцистеина и показателей гемостаза у пациентов с прогрессирующим (2 группа) и непрогрессирующим (1 группа) течением облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Анализируя полученные данные показателей липидного обмена у больных ОАСНК было отмечено увеличение показателя общего холестерина в 1 группе больных ($6,34 \pm 0,72$), и достоверное снижение показателя

во 2 группе ($5,40 \pm 0,72$). ЛПНП достоверно возрастали во 2 группе больных ($4,48 \pm 1,81$). Достоверное увеличение триглицеридов отмечалось во 2 группе больных ($2,03 \pm 0,39$). По-видимому, при прогрессирующем течении заболевания активация нейроэндокринной системы стимулирует липолиз, что приводит к повышению в крови и клеточных мембранах уровня триглицеридов, жирных кислот и холестерина.

Концентрация общего гомоцистеина плазмы крови закономерно и достоверно возрастает в группе больных с прогрессирующим течением заболевания. Показатель гомоцистеина у пациентов 1-ой группы был увеличен на 49%, во 2-ой на 180%. Полученные результаты, представленные ниже (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели липидного обмена и общего гомоцистеина
в зависимости от течения заболевания**

Показатели	Контроль	1 группа	2 группа
Общий холестерин, ммоль/л	$4,21 \pm 0,18$	$6,34 \pm 0,72^*$	$5,40 \pm 0,72^{* **}$
ЛПНП, ммоль/л	$2,64 \pm 0,17$	$3,02 \pm 0,27$	$4,48 \pm 1,81^{* **}$
ЛПВП, ммоль/л	$1,16 \pm 0,11$	$1,83 \pm 0,45^*$	$1,03 \pm 0,36$
Триглицериды	$0,88 \pm 0,08$	$1,47 \pm 0,54$	$2,03 \pm 0,39^*$
Индекс атерогенности	$2,74 \pm 0,34$	$2,36 \pm 0,55$	$4,42 \pm 0,68^{* **}$
Общий гомоцистеин, мкмоль/л	$8,34 \pm 1,23$	$12,5 \pm 2,66^*$	$23,4 \pm 3,23^{* **}$

Примечание: * Достоверность различий по сравнению с контролем при $p \leq 0,05$

** Достоверность различий между 1-ой и 2-ой группами при $p \leq 0,05$

Исследование коагуляционного звена гемостаза у больных с прогрессирующим и непрогрессирующим течением показало наличие изменений, характерных для активации системы гемостаза с развитием гиперкоагуляции. Имеется статистически значимое укорочение АЧТВ, ТВ, увеличение концентрации фибриногена, у больных с прогрессирующим течением заболевания (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели коагуляционного звена гемостаза
в зависимости от течения заболевания**

Показатели	Контроль	1 группа	2 группа
АЧТВ, сек.	$37,9 \pm 1,96$	$35,8 \pm 2,18$	$34,4 \pm 1,96^*$
ПВ, сек	$14,2 \pm 1,57$	$13,8 \pm 1,23$	$13,3 \pm 1,77$
ТВ, сек	$15,7 \pm 0,98$	$14,7 \pm 1,76$	$12,3 \pm 1,09^{* **}$
МНО	$0,98 \pm 0,13$	$1,01 \pm 0,14$	$0,96 \pm 0,15$
Фибриноген, г/л	$2,8 \pm 0,67$	$3,8 \pm 1,78^*$	$4,7 \pm 1,96^{* **}$

Примечание: * Достоверность различий по сравнению с контролем при $p \leq 0,05$

** Достоверность различий между 1-ой и 2-ой группами при $p \leq 0,05$

Выводы: Состояние эндотелия и его способность влиять на течения облитерирующего атеросклероза не вызывают сомнений. При прогрессирующем течении заболевания регистрируется умеренная гипергомоцистемия. В липидном профиле – высокие показатели триглицеридов и липопротеидов низкой плотности на фоне низких значений липопротеидов высокой плотности. В коагуляционном звене гемостаза отмечается снижение антикоагулянтного потенциала и снижение фибринолитической активности крови у больных с прогрессирующим течением заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казанцев А.В. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: возможности диагностики прогрессирующего типа течения / А.В. Казанцев, Е.А. Корымасова // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. №8. С. 88-92.
2. Кошкин В.М. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей / В.М. Кошкин // Клиническая фармакология и терапия. 2005. №4. С.72-75.

3. Лагутчев В.В. Особенности холестеринового профиля сыворотки крови у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в сочетании с клинической манифестацией атеросклероза мозговых, коронарных и мезентериальных артерий/ В.В. Лагутчев, А.Н. Щупакова // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2010. Т.9 №3. С.35.
4. Мухин Н.А. Гипергомоцистеинемия как фактор риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы / Н.А. Мухин, С.В. Моисеев, В.В. Фомин // Клиническая медицина. 2001. №6. С.7-14.
5. Подрезенко Е.С. Особенности показателей липидного профиля у больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей / Е.С. Подрезенко, С.С. Дунаевская // Врач-аспирант. 2014. № 5(66). С.96-100.
6. Поляков П.И. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у лиц старческого возраста / П.И. Поляков, С.Г. Горелик, Е.А. Железнова // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т.20. №1. С.98-101.
7. Суковатых Б.С. Прогнозирование развития критической ишемии у больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей / Б.С. Суковатых, В.В. Князев // Хирургия. 2008. №3. С.45-49.
8. Grundy S.M. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines / S.M. Grundy, E.S. Cleeman, C.N. Merz // Circulation. 2004. Vol. 110. P.227–239.
9. Laurent S. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications / S. Laurent, J Cockcroft, L. Van Bortel // Eur. heart j. 2006. Vol. 27. P. 2588–2605.
10. Lonn E., Yusuf M. J. Heart outcomes prevention evaluation (HOPE) 2 investigators. Homocysteine lowering with folic acid and B vitamins in vascular disease / E. Lonn, M.J. Yusuf // N. engl. j. med. 2006. Vol. 354, № 15. P. 1567–1577.
11. Pasceri V. Modulation of C-reactive protein-mediated monocyte chemoattractant protein-1 induction in human endothelial cells by antiatherosclerosis drugs / V. Pasceri, J. Chang, J.T. Willerson // Circulation. 2001. Vol. 103. P. 2531–2534.

СОДЕРЖАНИЕ

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИХЕНОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ ЛЕНТОЧНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ВЫСОКОЙ АНТРОПОГЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ <i>Е.С. Аверчук</i>	5
ОСОБЕННОСТИ ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СИНТРОПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Р.А. Адамян, В.С. Зеленская, М.М. Локтионова, С.С. Втюрина</i>	6
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>А.Х. Азизов, А.П. Гачегов</i>	9
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА, НА ПРИМЕРЕ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА <i>Ю.В. Аксенова</i>	10
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ <i>А.Г. Алевская</i>	13
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ ПО ДЛИННЫМ КОСТЯМ СКЕЛЕТА (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) <i>Д.А. Алексеенко, Р.Э. Мамедов, К.С. Михайлина, Н.Г. Пяткова</i>	15
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ТРАВМАХ» <i>Е.С. Алибутаева, М.А. Кулакова</i>	16
КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА <i>А.А. Амельченко, Н.А. Евсеева</i>	18
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОПУЛЯЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА КРАСГМУ <i>Е.В. Андреевская, А.В. Бабкина</i>	20
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ ПЕРЕЛИВАНИЙ КРОВИ ПЛОДУ НА БАЗЕ КККЦОМД <i>Д.А. Аникин, Е.С. Минеева, О.В. Боровлева</i>	22
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Н.Н. Антропова, Н.В. Попенко</i>	25
ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБЛАСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>Н.В. Архипова</i>	28
МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ В СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (НА ПРИМЕРЕ КГАУ СО КГЦ «УЮТ») <i>Н.Г. Астанина, В.В. Шефер</i>	29
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Н.Г. Астанина, В.В. Шефер</i>	32
СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ДИАГНОЗОМ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ <i>М.С. Афанасьева</i>	33
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>С.Е. Ахмедова, Ф.И. Мирзоева</i>	34
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ <i>А.Н. Байкалова</i>	36
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРИЕМ АНТИДЕПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>К.Р. Баймухаметова</i>	39
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ДЕТЕЙ С ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ <i>Ю.В. Балданова</i>	40
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Д.В. Баранова, Ю.И. Молчанова</i>	43

ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ЛЮДЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ <i>В.С. Бацанова</i>	46
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА <i>И.А. Бекасова, Х.А. Топалын</i>	47
СИМУЛЯЦИОННАЯ МОДЕЛЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ НА СОСУДАХ ПЛАЦЕНТЫ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА <i>Е.Г. Белых, И.А. Степанов</i>	50
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВНЧС <i>В.А. Беляева, М.А. Зиборов, А.С. Падиева</i>	52
ВЛИЯНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА НА КУЛЬТУРУ САМОЛЕЧЕНИЯ <i>Е.С. Белянина</i>	53
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ И ГЕРМАНИИ <i>К.В. Березкина, О.Н. Красноуцкая, Д.Ю. Бугримов, Н.В. Страхова</i>	55
ФЕНОМЕН ОТЧУЖДЕНИЯ В ФИЛОСОФИИ <i>М.П. Бетева, А.В. Хомиченко</i>	57
ПРОЕКТ «БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!» <i>К.В. Богданова, К.М. Сартакова</i>	60
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Ф.С. Болокан</i>	62
МИКРОФЛОРА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Д.С. Бомбоева</i>	65
КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ <i>Е.Н. Бондаренко</i>	68
ОЦЕНКА ЦИРКАНАУАЛЬНЫХ РИТМОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. КРАСНОЯРСКЕ <i>О.В. Боровлева, Е.С. Кублик</i>	70
АНАТОМИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ <i>О.В. Боровлева, Д.Д. Черданцева</i>	72
ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>В.С. Бортницкий</i>	75
РЕАКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК ПАРАСИМПАТОТОНИКОВ НА УЧЕБНЫЕ НАГРУЗКИ <i>В.С. Бортницкий</i>	77
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>К.А. Бортновская</i>	79
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ <i>А.К. Ботабекова</i>	82
ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИКО – СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА <i>С.О. Бракк</i>	83
ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРООБРАЩЕНИЯ <i>Т.О. Бугакова, А.А. Ермакова</i>	86
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ <i>Ю.В. Бурлаченко, Е.В. Куделько</i>	89
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ <i>Е.С. Быстранова, К.Е. Попова</i>	90
ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ <i>А.А. Валиева</i>	93

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>А.О. Васильева</i>	95
EUTHANASIA: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТЕРМИНА <i>И.П. Вахрушев, М.С. Солдатенко</i>	98
СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ: ОБРЕТЕНИЯ И РИСКИ <i>Е.О. Вертей, Е.К. Сенчук</i>	99
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>М.Ю. Винскевич</i>	102
ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДРЕВЕСНЫХ ИНТРОДУЦЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ <i>Н.С. Винчевская, А.К. Лавриенко</i>	105
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ <i>Л.Р. Гайфуллина, А.И. Гахраманова, С.В. Бабаева, С.Р. Курбанова</i>	109
СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ <i>Д.И. Галаутдинова</i>	110
ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ <i>Ю.М. Галеева, Т.О. Дугаржапова, В.В. Шевцова</i>	112
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭХОГРАФИИ И ОНКОМАРКЕРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ <i>Д.Д. Гасымлы</i>	115
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СУИЦИДОВ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ <i>М.А. Герасимова</i>	117
ЭКОЛОГО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2008-2014 ГГ. <i>Н.Д. Голощапова, М.С. Иванов</i>	119
РАК КИШЕЧНИКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА С ПОМОЩЬЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ, СОДЕРЖАЩЕГО ПРОИЗВОДНЫЕ АНТРАЦЕНА <i>М.П. Голубцова</i>	121
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ <i>М.Е. Горбань, О.В. Шаповалова</i>	124
ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ <i>Н.М. Горохова, Е.С. Закирова, В.В. Кузнецова, М.Е. Цуприкова</i>	126
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>О.Д. Гриценко</i>	129
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>А.С. Давыдова, М.В. Кукишинова</i>	131
ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ КАК КОМПЛЕКС МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ <i>Н.С. Доброходская</i>	132
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭНМТ И НМТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ИЗВЛЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ <i>Т.И. Димитренко, А.А. Путова</i>	135
РАЗЛИЧИЯ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Л.Д. Дмитриева</i>	138
ОДОНТОГЕННАЯ АСПЕРГИЛЛОМА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ <i>А.И. Дмитрюняк, А.П. Ливанова</i>	140
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ <i>О.П. Долматова, Н.О. Федорова</i>	141

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С КОМАРБИДНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОПОРОЗА <i>С.Г. Доржгин, А.А. Харикиан</i>	143
АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КОМАРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>С.Г. Доржгин, А.А. Харикиан, Ю.О. Кирьянова</i>	145
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ <i>Т.О. Дугаржапова, И.Б. Фарафонов</i>	147
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ <i>Т.О. Дугаржапова, И.Б. Фарафонов</i>	150
ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ ОЦЕНКА ПРОВЕДЕННОЙ РАБОТЫ <i>Т.А. Дугина, О.И. Сыч, А.А. Чехова, В.В. Иванов</i>	153
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ И РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫХ ИГР В ВОССТАНОВЛЕНИИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК <i>Д.А. Дуж, Т.С. Захарчук, С.А. Малых</i>	156
ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПОСРЕДСТВОМ АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА <i>Д.А. Думлер</i>	159
РЫНОК ПЛАТНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>И.Н. Дьякова</i>	161
ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ЛЮБВИ НА ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Е.Р. Елисеева</i>	163
НОВЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ СТАТО-ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОБНО-ПОДКОРКОВОЙ АТАКСИЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Ю.О. Еремينا, Е.А. Ермилов, А.А. Попов, В.В. Шлис</i>	165
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФАРМАЦЕВТОВ-ПЕРВОСТОЛЬНИКОВ <i>Ю.С. Ермакова</i>	167
ИЗМЕНЕНИЕ ВЫБОРА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ ЗАНИЖЕННОГО УРОВНЯ САМООЦЕНКИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ <i>Е.А. Ефимова</i>	170
ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМООЦЕНКИ <i>Е.А. Ефимова</i>	171
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Д.С. Жаворонок, А.А. Яковлева</i>	173
ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕРХНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ <i>М.О. Жгут</i>	174
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ САМООЦЕНКИ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ <i>Д.Д. Живаев, Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова</i>	175
УРОВЕНЬ ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Е.А. Жорняк</i>	178
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС <i>М.М. Заборцева</i>	181
СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНОГО С ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ <i>У.М. Залукаева, Н.В. Корицунова</i>	184
РАЗНООБРАЗИЕ МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>Р.Д. Зенаишвили, М.С. Сербаяева, С.В. Шервашидзе</i>	186

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА ОСНОВЕ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ МИКРОБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ <i>Зенкина А.Е., Шевякова О.А., Комарова В.С., Гесс Д.А., Хамдамов Н.Б.</i>	188
ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ <i>Злобина Д.С.</i>	189
ПАТОГЕННОСТЬ, ВЫРАЖЕННАЯ В КИНЕМАТОГРАФЕ <i>Зыков С.В., Таматаев В.Р.</i>	191
ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ УЧАЩИХСЯ ДЕВЯТЫХ КЛАССОВ <i>Иванова Л.П., Волкова О.В.</i>	193
ЭЛЕКТРОННОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОБУЧЕНИЯ <i>Ильина А.С.</i>	195
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ <i>Исхакова А.Ш., Сафиуллина Г.И.</i>	196
ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НАЦИЙ <i>Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.</i>	199
ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СРЕДНЕДУШЕВОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В ПЕРИОД С 2009 – 2012 ГГ. <i>Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.</i>	201
КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У БОЛЬНЫХ СХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА <i>Казанцев А.Д., Фадеева Э.П., Давыдова А.Р., Кукишинова М.А.</i>	203
ЦИТОМОРФОЛОГИЯ ПАРОДОНТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.</i>	206
АНАЛИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ <i>Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.</i>	207
ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ГБОУ ВПО СИБГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ КОЛЛЕДЖЕ <i>Карелина О. А.</i>	209
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 3-ГО КУРСА <i>Карниевич А.В.</i>	211
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ <i>Качаева А. А.</i>	213
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ЭКСТРАКТОВ ТРАВЫ КРАПИВЫ СУХИХ <i>Кириякова В.О.</i>	215
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Кириянова Ю. О., Каледа А. В., Доняева А.В.</i>	217
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ <i>Климюк Ю.А.</i>	219
ВЫХОД ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТВАРЕ КОРНЕВИЩ БАДАНА ТОЛСТОЛИСТНОГО, ПРИГОТОВЛЕННОГО В АПТЕКЕ И ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ <i>Ковайкина Д.Д.</i>	221
РАЗВИТИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ, КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ <i>Ковалева К.В.</i>	223
ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖНЕ-ИНГАСШКОГО РАЙОНА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ <i>Ковбаса С.Ю.</i>	225
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОЦЕССЕ ВОСПАЛЕНИЯ <i>Козлякова В.Н., Иванец Е.П.</i>	227
АВТОРСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ РАВНОВЕСИЯ И ХОДЬБЫ ОСНОВАННЫЙ НА СМЕЩЕНИИ ЦЕНТРА ТЯЖЕСТИ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛО-АТАКТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Колобкова О.В., Паршина К.А.</i>	229

IMPACT OF ALTERNATIVE MEDICINE TO MODERN MEDICINE IN DIFFERENT COUNTRIES <i>L.V. Kolohmatova</i>	233
МОДУЛЬ «УЧЕБНЫЕ РЕСУРСЫ КРАСТМУ» <i>Комиссарова В. А., Исиченко Д. А.</i>	234
«ВЛИЯНИЕ «СПАЙСА» НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА» <i>Копленко Д.В., Лой С.В., Зайцева А.Е.</i>	236
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ СТИМУЛИРУЮЩИХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>К. А. Кочеткова, М. А. Генза</i>	237
ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТА <i>Кочетова Л. В., Пахомова Р. А., Воронова Е. А., Гумбатов Д. А.</i>	239
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ПАЦИЕНТУ <i>Кошелев Н.В.</i>	242
ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДТП С УЧАСТИЕМ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА <i>Кравец Павел Андреевич Делева Кристина Андреевна Деревянкин Владимир Игорьевич</i>	246
СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS2200733 ХРОМОСОМЫ 4Q25 С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Красуля И.В., Поплавская Е.Е.</i>	248
«ЗАКАЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ»: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Крахалёва Татьяна Анатольевна, Симакова Анастасия Олеговна</i>	250
КИНЕТИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА <i>Е.С. Кублик, Е.С. Минеева, И.И. Гвоздев</i>	253
ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ И БИОФИЗИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕМБРАН ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЛЮЙСКИМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ РЕАФЕРОНОМ С КВЕРЦИТИНОМ <i>Кудрицкая К.С.</i>	255
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ, БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ И ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТ <i>К.С. Кудрицкая, М.М. Локтионова</i>	256
ПРОГРАММА ТРЕНИНГА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ <i>В. А. Кудрявцева, Ю.В. Живаева</i>	258
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКИХ <i>Кузуб Е.А.</i>	260
ГОТОВНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА <i>Кузьмина А.С.</i>	263
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Кукишинова М.А., Давыдова А.Р., Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.</i>	266
МОТИВАЦИЯ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ У ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Куницман Е.А.</i>	268
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОК КРАСТМУ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСОВ СИЛОВЫХ И АЭРОБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ <i>Купенко Е.Е., Лукошевичуте К.Е., Филимонова Ю.А.</i>	270
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИВА <i>Куцакова Т.А., Учаева А.М., Бобкова С.С., Синицина М.С.</i>	272
ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ СВОЙСТВ МОДИФИЦИРОВАННЫХ НАНОАЛМАЗОВ ДЕТОНАЦИОННОГО СИНТЕЗА И СОРБИРОВАННОГО НА НИХ ДОКСОРУБИЦИНА НА ПРИМЕРЕ АСЦИТНОЙ КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХ <i>Куцакова Т.А., Учаева А.М., Бобкова С.С., Синицина М.С.</i>	275

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ <i>Лазарян В.В.</i>	279
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СПОРТСМЕНОВ КОНТАКТНЫХ ВИДОВ СПОРТА <i>Лакина С.С., Федорова В.П., Музаев Р.А., Черкашин Б.Ф.</i>	283
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕНТИНА ОТБЕЛЕННЫХ ЗУБОВ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ ПРИ КОНТАКТЕ С АДГЕЗИВНЫМИ СИСТЕМАМИ V И VII ПОКОЛЕНИЙ <i>Лакина С.С., Федорова В.П.</i>	286
ПРОБЛЕМАТИКА ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ В РЕАЛИЯХ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ГОРОДУ КРАСНОЯРСКУ <i>Ланг А.А., Доняева А.В., Минаева В.С.</i>	289
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Лапицкий А.Ю., Дерюшева И.В., Неустроева Т.Е., Ондар Ч.М.</i>	291
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БУЗ ВО «КАЛАЧЕЕВСКОЙ РБ» <i>Лаптиева С.М., Красноуцкая О.Н., Страхова Н.В., Котова Ю.А.</i>	294
ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ <i>Ларионов В.А.</i>	298
СПЕЦИФИКА СТРАХОВ В СВЯЗИ С СОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Латынина М.Д.</i>	300
ОПТИЧЕСКОЕ, МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРХНЕЙ ПРИ АКТЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА <i>Лейкин А.Ю. Петрова П.Р.</i>	303
ФРАНЧАЙЗИНГ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ БИЗНЕСЕ <i>Липова Ю.С.</i>	304
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Липова Ю.С., Липова Л.П.</i>	306
АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Лифа Н.В.</i>	307
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Лобастова А.А., Баба А.С., Осинцева Т.М., Эпова А.С.</i>	309
СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ <i>Локтионова М.М.</i>	311
ЭПОНИМЫ В ГИСТОЛОГИИ <i>Лукьянова Е.И., Рожнов С.В.</i>	313
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ <i>Любич О.А.</i>	315
РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ДЕВУШЕК ПРЕОБЛАДАНИЕМ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Моерчук В.И.</i>	317
КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАССЫ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ <i>Моерчук В. И.</i>	320
ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Моерчук В.И.</i>	322
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ <i>Молодцова А.В., Кошелев Н.В.</i>	325

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ	327
<i>Москалева К.А.</i>	
МЕТОДЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЭБ	328
<i>Москалева П.В.</i>	
ВЫБОР МЕТОДА И СРОКОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЕЛОУРЕТРАЛЬНОГО СЕКМЕНТА НА ОСНОВЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО КЛАССИФИКАТОРА	330
<i>Мылтыгашев М.П., Еришов А.В., Приходько А.М.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА	333
<i>Мылтыгашев М.П., Еришов А.В., Приходько А.М.</i>	
ТРЕНИНГ КАК ФОРМА РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА	335
<i>Набиуллин А.О., Гараев И.И., Андрианова П.И.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	337
<i>Насакина Л.В.</i>	
СПЕЦИФИКА КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ	339
<i>Овечкина К.А.</i>	
ВЛИЯНИЯ НЕФТЕПРОДУКТОВ НА БАКТЕРИАЛЬНУЮ МИКРОФЛОРУ ПОЧВЫ И НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСТЕНИЙ	341
<i>Овчинников Н.С.</i>	
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ К ДИЕТАМ	343
<i>Окулова Д.Н.</i>	
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	345
<i>Онянова К.А.</i>	
ПРИЧИНЫ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ	347
<i>Павлюченко А.Ю.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЗИ И МРТ – ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА	348
<i>Панкратьева М.В.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА УПАКОВКИ	349
<i>Панфилова А.В., Алиева И.А.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ САМООЦЕНКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	351
<i>Парубцова Т.С.</i>	
ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ РАЗНЫХ ЖАНРОВ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА	353
<i>Первухина А.В.</i>	
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ РИГИДНОСТИ У ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ	358
<i>Первухина Е.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ HERPES ZOSTER У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	361
<i>Петров И.Ю.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАГОЦЕЛ В ТЕРАПИИ ГРИППА И ОРВИ ПРИ ПОЗДНЕМ НАЗНАЧЕНИИ	363
<i>Петрова А.В., Ананьева М.С.</i>	
ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ КАК СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ВРЕМЕНЕМ	365
<i>Пирожков Э.О.</i>	
СРАВНЕНИЕ ДИСПАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У СОБАКИ И ЧЕЛОВЕКА	367
<i>Платонова А.Н.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА НЕПРЯМОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	371
<i>Полукчи Т.В.</i>	
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA	372
<i>Попов Ю.А.</i>	

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ОНКОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>К.Е. Прокопчук</i>	374
СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С РОЖЕЙ <i>Е.А. Просвирина</i>	376
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>А.И. Путкова</i>	379
ОСОБЕННОСТИ СТИЛЯ ЖИЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>В.В. Родионов</i>	381
ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>А.В. Рупека</i>	383
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕАБИЛИТАЦИИ <i>А.В. Рупека</i>	384
ГЕНТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ <i>Н.А. Рыбалко</i>	387
ИССЛЕДОВАНИЕ КИНЕТИКИ ВОДНОГО РАСТВОРА В КОЖЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ВЫЗВАННОГО СОЛЯМИ НИКЕЛЯ, КОБАЛЬТА, ХРОМА <i>В.В. Рябцева</i>	389
МЕХАНИЗМЫ, ОТВЕЧАЮЩИЕ ЗА ИЗМЕНЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА <i>В.А. Сабурова</i>	391
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>М.Б. Савич, М.М. Иванова, Я.И. Вериги, И.В. Демко</i>	393
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СЕРДЦА <i>А.В. Саликова</i>	395
ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЬФА РИТМА, УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ КРАСГМУ <i>М.И. Северина (Барсукова), К.А. Газенкамф, А.А. Подмазова, А.В. Рупека</i>	398
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНЫ ТРЕТЬЕГО РЕЙХА <i>А.С. Семенова</i>	400
ОЦЕНКА ВИДА ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ <i>О.И. Семенюк</i>	403
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ (МСКТ, МРТ, ПЭТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>М.С. Сербаява, Р.Д. Зенаишвили</i>	406
ДЕЛАЕМ ЛИ МЫ ТО, ЧТО ПРОПАГАНДИРУЕМ? ПРАКТИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. КРАСНОЯРСКА (ПО ДАННЫМ 2015 Г.) <i>А.О. Симакова</i>	408
«ЗАКАЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ»: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>А.О. Симакова, Т.А. Крахалёва</i>	410
УЧЕТ ВЕДУЩЕЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>А.Е. Симоненко, Л.В. Матвеева, И.А. Дайнеко</i>	413
АНАЛИЗ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА <i>А.В. Синяк, М.В. Булох (308, СД)</i>	416

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. КРАСНОЯРСКА (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ) <i>А.С. Сиркина, А.В. Готовка</i>	419
СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЕМ ОБРАЗА ЖИЗНИ <i>В.А. Ситникова</i>	422
VANITAS: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Э.В. Скуратова</i>	426
ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ, КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Н.С. Смолин</i>	427
РАЗРАБОТКА КУРСА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ «ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ» КАК ИНСТРУМЕНТА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ <i>В.О. Соболева, Л.А. Полежаев, Н.С. Шаров</i>	429
СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МОТИВАЦИИ <i>З.Н.Собчук, Ю. В.Живаева</i>	432
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>А.В. Солоха</i>	434
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ И ЕЁ СВЯЗЬ С АДАПТАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Я.И. Спасская, О.В. Волкова</i>	437
ФИЛОСОФИЯ СТРАХА <i>М.А. Ставцева</i>	438
ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННАЯ МРТ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ <i>И.А. Степанов, А.А. Калинин, С.Л. Антипина</i>	441
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПЕРВОКУРСНИКОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ <i>Т.В. Сторожева, Ю.В. Живаева, Н.К. Гайлис</i>	443
НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН 45+ <i>К.В. Судраб, С.Ш. Афендиева, С.З. Амирова</i>	446
ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА С СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ПОДРОСТКОВ <i>А.Ю. Тарадаева</i>	448
ROLE OF MORPHOLOGICAL AND GENETIC FEATURES OF THE STRUCTURE OF ESTROGEN RECEPTORS ALPHA IN DEVELOPMENT OF RESISTANCE TO ENDOCRINE THERAPY WITH TAMOXIFEN IN PATIENTS WITH LUMINAL TYPE OF BREAST CANCER <i>В.О. Тараканова</i>	451
РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ <i>Е.В. Терехова, Н.В. Попенко</i>	452
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРУЕМОМУ ЛЕЧЕНИЮ АТИПИЧНОГО ВАРИАНТА ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНОГО ЛЕЙКОЗА <i>А.С. Терновая</i>	455
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ <i>А.В. Тихоненко, Ю.В. Живаева</i>	457
ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Е.В. Ткачева, Ю.В. Живаева</i>	458
КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ТРЕНИНГА <i>И.Ю. Ткачук, Ю.В. Живаева</i>	461

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМОМОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>В.В. Толмачев</i>	462
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ ЛПУ, НА ПРИМЕРЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ <i>В.В. Толмачев</i>	464
ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ О БОЛЕЗНИ <i>Ю.В. Толочина</i>	468
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>М.А. Транчукова, Н.В. Попенко</i>	469
ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО <i>Д.С. Трофимов, А.Н. Черникова</i>	472
ИСТОРИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ И ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ: СОЦИАЛЬНО - ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ <i>М.М. Турова</i>	474
ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У СТУДЕНТОВ <i>Д.А. Турусина</i>	477
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОДЕРЖАНИЯ ТАНИНОВ В ДИКОРАСТУЩИХ РАСТЕНИЯХ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ТРАВЯНЫХ СБОРОВ <i>А.Д. Уварова, М.И. Крехтунова</i>	479
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И АСТМА: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ <i>А.М. Утенова</i>	481
КОМПЬЮТЕРНЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Э.П. ФАДЕЕВА, А.Д. КАЗАНЦЕВ	482
МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>И.Б. Фарафонов, Т.О. Дугаржапова</i>	484
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА КОНКРЕМЕНТА С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МЕТАФИЛАКТИКИ <i>И.Б. Фарафонов, Т.О. Дугаржапова</i>	486
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ОХРАНЫ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ <i>И.И. Фоменко</i>	488
МАССОВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ <i>М.А. Фроленко, Е.А. Рахманова, К.Н. Уксусникова, А.В. Зенков</i>	490
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА <i>А.В. Фролова</i>	492
АСТРОЦИТ-НЕЙРОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ И ВЗРОСЛОМ ПЕРИОДЕ <i>Л.М. Хайрtdинова</i>	495
ОЦЕНКА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ <i>О.Ш. Хакимова, С.Е. Ахмедова</i>	496
ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ <i>В.В. Харитов, Н.С. Смолин, К.В. Мазурова, Ю.Г., Ю.Г. Ляпин</i>	498
РАЗВИТИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ <i>А.А. Харламова</i>	500
ВИДЫ И ФОРМЫ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ <i>Ж.В. Харчева</i>	502
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ <i>Э.О. Хачатрян</i>	505
КРИЗИС ГЛОБАЛИЗАЦИИ И ПРОБЛЕМА БЕЖЕНЦЕВ <i>М.А. Храмченко</i>	505

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Ф.С. Хребтова, Т.С. Захарчук</i>	508
ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ <i>Л.В. Целуйко</i>	509
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УТИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ И СОСТОЯНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА ОДНОЙ ИЗ БОЛЬНИЦ Г.КРАСНОЯРСКА <i>М.Е. Цуприкова, Н.М. Горихова</i>	512
ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 50 ЛЕТ <i>М.Е. Цуприкова, Н.М. Горихова, Е.С. Закирова, В.В. Кузнецова</i>	514
МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Е.О. Цыпленкова</i>	516
ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К СДАЧЕ НОРМ КОМПЛЕКСА ГТО <i>А.Н. Черникова, Д.С. Трофимов</i>	518
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ <i>А.Н. Черникова, Ю.А. Кремнева, Д.С. Трофимов</i>	520
НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ <i>П.А. Черномурова, Н.В. Попенко</i>	523
ПОИСК РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Д.Н. Черняк</i>	525
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д.В. Черняев</i>	527
ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ (ПРИ ПОВЕШЕНИИ) ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Г. КРАСНОЯРСКА <i>О.В. Шаповалова, А.И. Рейнис</i>	530
ЗАКОН ИЛИ ДУША: ТЕСНАЯ СВЯЗЬ ОНКОЛОГА И ПАЦИЕНТА <i>Р.А. Шаркевич, Е.Г. Тахтобин</i>	532
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В Г.КРАСНОЯРСКЕ <i>А.Ф. Шаркова, Р.В. Митягин</i>	536
КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНЗИТОРНОГО АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА <i>А.В. Шарова</i>	537
СТРУКТУРА СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВТОРОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ «НУЗ» ДКБ НА СТ.КРАСНОЯРСК ОАО РЖД» <i>О.А. Шевякова, В.С. Комарова, Д.А. Гесс, Н.Б. Хамдамов, А.Е. Зенкина</i>	539
ИЗМЕНЧИВОСТЬ КОНФИГУРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ С СУБКОМПЕСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ <i>Е.В. Шилина, Ф.И. Киргизов, Ю.А. Зарецкая</i>	541
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА <i>В.Е. Шумаев</i>	545
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>В.Е. Шумилина, Н.В. Попенко</i>	547
РОЛЬ СТАБИЛОМЕТРИИ В ИЗУЧЕНИИ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСАНКИ И ОККЛЮЗИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ <i>Ю.А. Щелканова</i>	549
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ, ОТХОДЯЩИХ ОТ ДУГИ АОРТЫ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СТЕНКИ АРТЕРИЙ РАЗНЫХ ТИПОВ <i>С.С. Яганова, Л.А. Житомирская</i>	551
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Е.Н. Яцишин, Р.А. Чусов</i>	556

Подписано в печать 18.04.2016 г.
Бумага офс. 80 г/м².
Усл. печ. л. 71,37. Тираж 100 экз. Заказ № 210.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru