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»

79-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 85-летию со дня рождения профессора А. Н. Орлова «Фестиваль молодежной науки-2015»

Сборник материалов

Красноярск
2015

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»

79-Я ИТОГОВАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННАЯ 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА А.Н. ОРЛОВА «ФЕСТИВАЛЬ МОЛОДЕЖНОЙ НАУКИ-2015»

-входитвпланнаиболеезначимыхмероприятийобразовательной ивоспитательнойнаправленностей вобразовательныхорганизациях, находящихсявведенииМинистерстваздравоохранения РоссийскойФедерации,
-являетсяаккредитованным мероприятиемпредварительного отборанапрограмму«УМНИК-2015»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Красноярск
2015

УДК 61(063)

ББК 5

С 30

«Фестиваль молодежной науки-2015»(79-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 85-летию со дня рождения профессора А.Н.Орлова) Красноярск, 20-24 апреля 2014г.: Сборник материалов.

Красноярск: КрасГМУ, Версо, 2015.– 1400 с.

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, проректорпонаучной 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, руководительнаучно-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, заместитель руководителя научно-образовательного центра «Молодежная наука»

© КрасГМУ, 2015

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 79-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А.Н. Орлова, которая в этом году носит название Фестиваля молодежной науки, 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
Александр Николаевич Орлов
(1930–2002 гг.)

Александр Николаевич Орлов родился в 1930 году, в 1955 году окончил Красноярский государственный медицинский институт. С 1952 по 1956 гг. - председатель Совета СНО. В 1955-1957 гг. учился в клинической ординатуре на кафедре госпитальной хирургии, в 1957-1962 гг. работал заведующим хирургическим отделением и главным врачом Иршинской участковой больницы, в 1962-1965 гг. обучался в аспирантуре. В 1965 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клинические материалы по выявлению и ликвидации дыхательной недостаточности у больных тиреотоксикозом на этапах хирургического лечения», в 1972 году докторскую диссертацию на тему «Клинические материа-лы по выявлению и коррекции нарушений внешнего

дыхания больных с хирургической патологией органов брюшной полости и щитовидной железы». В 1973 году Александр Николаевич Орлов был избран заведующим кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета.

Учитывая специфику базы кафедры хирургических болезней педиатрического факультета МУЗ ГКБ № 1, ориентированную на плановую и ургентную хирургическую помощь, А.Н. Орлов разрабатывает проблемы, соответствующие профилю клиники. Опыт научно-исследовательской работы этого направления он описывает в 12 монографиях и учебных пособиях.

Наряду с выполнением научных, лечебных и учебных хирургических программ, А. Н. Орлов с 1985 года курировал курс клинической биоэтики, признанный приоритетным в России. В эти годы он выступает с программными докладами на многочисленных форумах разного уровня (от вузовских до международных) и публикует 23 монографии - учебных пособия по биомедицинской этике.

Впервые в России под редакцией А.Н. Орлова публикуют избранные лекции по биоэтике, отмеченные единой концепцией клинической биоэтики («Биоэтика», 1996 г.). Учебник был апробирован, дополнен и переиздан в 1997 году («Основы биоэтики»).

В течение ряда лет А.Н. Орлов был членом Томского межвузовского ученого совета, проблемных комиссий по гнойной хирургии Минздрава РФ, по хирургии и онкологии СО АМН СССР, Томского НИИ онкологии, крайздрава и КрасГМА. В последние 5 лет Александр Николаевич являлся председателем краевого хирургического общества, эксперт республиканской программы "Здоровье населения России", член национального этического комитета РМА и биомедицинского комитета Минздрава РФ. В 1996 году он был избран академиком Российской академии естественных наук, а в 1999 году награжден "Золотым скальпелем имени академика Б. С. Гракова"

Многочисленные заслуги ученого послужили в 2008 г решению Ученого Совета назвать именем профессора А.Н. Орлова один из именных студенческих конкурсов КрасГМУ: Конкурс лучших студенческих гуманитарных работ.

В 2015 г исполняется 85 лет со дня рождения этого замечательного ученого, поэтому 79-ю Итоговую студенческую научную конференцию «Фестиваль молодежной науки -2015» решено посвятить памяти профессора Александра Николаевича Орлова и назвать его именем.

УДК 616.323-007.61-036.12

МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА И ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Г. А. Абушаева

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

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., доцент Терскова Н. В.

Хронический аденоидит является очевидной проблемой детской заболеваемости в раннем дошкольном возрасте. Однако, не приводя к фатальным клинико-функциональным исходам, распространённость и сопряжённость с другими заболеваниями хронического аденоидита часто недооценивается. Неоднократные попытки оториноларингологов выделить ведущий способ консервативного лечения не привели к стандартизированным схемам и моделям лечения. В то же время тщательный поиск и анализ опубликованных данных о существующих консервативных способах и моделях лечения хронического аденоидита у детей позволяют выделить приемлемую и наиболее распространённую в практике схему лечения с интраназальным применением раствора протаргола, называемую «консервативной аденотомией».

Модель (фр. *modèle*, от лат. *modulus* — «мера, аналог, образец») — это система, исследование которой служит средством для получения информации о другой системе, это упрощённое представление реального устройства и/или протекающих в нём процессов, явлений.

С позиции доказательной медицины достоверные данные об эффектах медицинского вмешательства должны отражать уровень современных знаний о преимуществах и недостатках рассматриваемого вмешательства. В указанном аспекте объективность информации о преимуществах лечения хронического аденоидита в соответствии со схемой протаргола является обязательным условием для принятия правильного решения в отношении её эффективности.

Цель исследования : обосновать клинически эффективную модель фармакологической коррекции хронического аденоидита с интраназальным применением протаргола по схеме на основе особенностей иммуно-воспалительного процесса при хроническом аденоидите у детей.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние иммунной системы при хроническом аденоидите у детей по уровням концентраций интерлейкина-1β, интерлейкина-4, фактора некроза опухолей-α.

2. Изучить реакции перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной системы в мембранах эритроцитов у пациентов с хроническим аденоидитом.

3. Провести оценку клинической эффективности общепринятой терапии хронического аденоидита с интраназальным применением протаргола по схеме.

В ходе рандомизированного проспективного контролируемого простого клинического исследования обследовано 32 ребёнка в возрасте от 3-х до 10-и лет. Из числа обследованных 50,6 % (чел.) составили девочки, 49,4 % (чел.) – мальчики. Катамнестически установлено, что длительность хронического аденоидита у детей составила от 6-и месяцев до 5,5 лет. Максимальное количество пациентов имели хронологию течения заболевания до 3-х лет. У большинства пациентов частота обострений – от 3-х до 6-и раз. Определён статистический портрет пациента, обращающегося на амбулаторный приём. Как правило, это ребёнок с хронологией заболевания до 3-х лет и частотой обострений до 6-и раз в год.

Критерии отбора предусматривали верифицированный диагноз, отсутствие тяжёлой соматической патологии в анамнезе, отсутствие терапии в течение предшествующего месяца, информированное согласие родителей. Из исследования были исключены пациенты, имеющие клинически значимые гемопоэтические, метаболические, сердечно-сосудистые заболевания, патологию органов пищеварения, почек, психические заболевания или другие.

Дополнительно было обследовано 16 здоровых детей.

Больным детям применялась общепринятая терапия ХА — ирригация по Proetz A. физиологическим раствором и протаргол (интраназально) по схеме 1 %→3 %→ 5 %→3 %→1 % по 5 суток каждой концентрации.

Проведение клинического исследования одобрено Локальным этическим комитетом.

Методы обследования.

1. Анкетирование родителей с использованием разработанной балльной шкалы.

2. Эндоскопическое исследование носоглотки по методике М. Р. Богомильского и Т. И. Гаращенко (1995).

3. Развёрнутый анализ периферической крови осуществлялся на автоматическом гематологическом анализаторе «Onix» фирмы «Culter» (Франция).

4. Бактериологическое исследование биологического материала с поверхности носоглоточной миндалины, используя вакуумные пробирки «Cultiplast».

5. Цитоморфологическое исследование биологического материала с поверхности носоглоточной миндалины проводили после взятия с помощью запатентованного устройства

в мазках-отпечатках с окраской по Романовскому-Гимза и подсчётом количества клеточных элементов на 100 клеток.

6. Биохимическое исследование: определение содержания продуктов перекисного окисления липидов в экстрактах эритроцитов – малонового диальдегида, диеновых конъюгатов; определение содержание активности ферментов антиоксидантной системы – глутатионпероксидазы, глутатион-S-трансферазы, каталазы, супероксиддисмутазы.

7. Иммунологическое исследование: определение концентрации интерлейкинов-1, 4, фактора некроза опухолей-α в сыворотке крови.

Статистические вычисления производились в прикладных компьютерных программах MSExcel 2007 и SPSSv.22.0 forWindows. Для статистического анализа использовался широкий спектр методов (Гланц С. Г., 1998).

Исследование продукции ИЛ-1β, ИЛ-4, ФНО-α в сыворотке крови детей контрольной группы показало, что их уровни находились в пределах верхней границы нормы. Исследование уровней ИЛ-1β, ФНО-α в сыворотке крови детей больных хроническим аденоидитом выявило достоверное повышение концентрации этих цитокинов до начала терапии по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей в 3,1 раза, что указывает на активность воспаления и массивное поступление антигена ($p<0,001$). Исходный уровень ИЛ-4 также высокодостоверно превышает аналогичный показатель контрольной группы ($p<0,001$), но менее выражено, в 1,7 раза, что обусловлено имеющейся преактивацией Th2 антигенами invivo (табл.1). Можно предположить, что у больных с хроническим аденоидитом с длительным отсутствием элиминации возбудителя в равной степени активизированы механизмы регуляции как клеточного, так и гуморального иммунного ответа с возникновением в определённой степени конкуренции за переход на Th1 или Th2-тип. Допустимо, что конечный характер иммунного ответа определяет исход инфекционного процесса, влияя на течение и степень тяжести заболевания.

Таблица 1 — Концентрация цитокинов у пациентов с хроническим аденоидитом до терапии и в сравнении с контрольной группой (M±m)

Группы	Концентрация цитокинов, пг/мл		
	ИЛ-1β	ИЛ-4	ФНО-α
Группы исследования (n=32)	205,39±8,20**	102,44±3,76* *	177,81±6,13**
Контрольная группа (n=16)	65,43±1,21	58,68±1,74	58,84±1,43

Примечание. ** - статистическая значимость при $p<0,001$.

Сравнение с группой контроля по всем показателям позволило констатировать выраженность воспалительно-деструктивного процесса при хроническом аденоидите.

Закономерно допущение, что вентиляционная гипоксия при хроническом аденоидите у детей способна влиять на формирование тканевой гипоксии с активацией реакций перекисного окисления липидов.

Факт повышенного содержания вторичного продукта пероксидации – малонового диальдегида (МДА) – в эритроцитах у пациентов с хроническим аденоидитом (3,19±0,12) нмоль/мл клеток по сравнению с контрольными значениями здоровых детей (2,73±0,2) нмоль/мл клеток ($p<0,05$) и снижения первичного продукта ПОЛ – диеновых конъюгатов (ДК) у пациентов с хроническим аденоидитом (0,93±0,07) мкмоль/мл клеток по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы (1,96±0,21) мкмоль/мл клеток представляет определённый интерес в изучении соотношения генерации первичных и вторичных продуктов ПОЛ ($p<0,05$). Доминирующий уровень ДК в контрольной группе, вероятно, связан с меньшей скоростью трансформации первичных продуктов ПОЛ по сравнению с вторичными.

Принимая во внимание ключевые моменты патогенеза хронического аденоидита представляло интерес оценить эффективность терапии с интраназальным применением протаргола по схеме.

В группе сравнения отмечается достоверное снижение концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1β в 1,68 раза ($t=9,995$, $p<0,001$; $Z=-4,937$, $p<0,001$) и ФНО-α в 1,69 раза ($t=11,900$, $p<0,001$), увеличение ИЛ-4 в 1,25 раза ($t=-4,776$, $p<0,001$). Однако, уровни ИЛ-1β, ИЛ-4, ФНО-α не достигают показателей контрольной группы ($p<0,001$). При сравнении динамики концентраций цитокинов в основной группе и группе сравнения достоверность различий менее 0,05. Таким образом, можно думать о снижении выраженности системного воспалительного ответа и о начальном этапе развития специфического иммунного ответа.

В группе сравнения констатировано снижение МДА в 1,24 раза с (3,39±0,21) нмоль/мл клеток до (2,72±0,09) нмоль/мл клеток ($t=3,656$, $p<0,01$). Соотношение МДА к ДК составило в группе сравнения – 2,72 ($p<0,05$). В группе сравнения содержание МДА не отличалось от аналогичного показателя контрольной группы ($t=-0,094$, $p=0,925$). Концентрация ДК в группе сравнения была меньше в 4,36 раза аналогичного показателя контроля ($t=-10,823$, $p<0,01$). В группе сравнения низкий показатель активности Г-S-Т у пациентов с хроническим аденоидитом до лечения не был скорректирован и составил (1,11±0,04) ммоль/мин×мл клеток ($t=1,660$, $p>0,05$). Активность ГПО достоверно уменьшилась в 3,25 раза ($t=5,988$

$p<0,01$). В 1,03 раза снизилась активность каталазы до (14,44±0,16) мкмоль·10^3/мин×мл ($t=2,414$, $p<0,05$). Но выявлено достоверное увеличение активности СОД в группе сравнения с (1,78±0,01) усл. ед./мл клеток до (1,87±0,01) усл. ед./мл клеток ($t=-2,858$, $p<0,05$). Вероятно, что при общепринятой терапии с учётом исходного уровня МДА количество захватчиков активных форм кислорода (АФК) оказывается недостаточным, и АФК начинают нарушать структуру белков, в том числе, как структуру ГПО (гликопротеин), так и эндогенных патогенов. Кроме того, согласно Б. С. Маринову с соавт. (1987), активность СОД повышают доноры электронов, и эффект влияния на её активность зависит от концентрации действующего агента и степени выраженности его донорных свойств. Таким образом, мы наблюдаем манифестацию окислительного стресса, и эффективность метода общепринятой терапии представляется сомнительной.

Суммарные результаты эффективности различных методов терапии показали клиническое улучшение в 47 % в группе сравнения; отсутствие эффекта – соответственно 53 %. При анализе результатов исследования через 3 месяца стойкая ремиссия диагностирована у 65 % больных детей. Средняя длительность одного заболевания составила (7,8±0,5) суток ($p<0,05$). В ходе исследования нами не было отмечено каких-либо токсических, аллергических, побочных реакций.

Выводы:

1. У пациентов с хроническим аденоидитом установлено достоверное повышение (по сравнению с контрольными значениями) концентраций провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1β, фактора некроза опухолей-α в сыворотке крови, а также противовоспалительного цитокина – интерлейкина-4, что свидетельствует о выраженности иммуно-воспалительного процесса.

2. Для хронического аденоидита характерна активация процесса перекисного окисления липидов, что проявляется достоверным повышением концентрации малонового диальдегида в экстрактах эритроцитов пациентов, а также достоверным снижением активности ферментов глутатион-S-трансферазы, каталазы и достоверным повышением активности глутатионпероксидазы по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы, что свидетельствует о дисбалансе про- и антиоксидантных систем организма при данной патологии.

3. Установлено, что на фоне интраназальногопременения протаргола по схеме происходит нормализация концентрации малонового диальдегида, увеличение активности ферментов глутатион-S-трансферазы, каталазы, что свидетельствует об обратимости и компенсации процессов перекисного окисления липидов со стороны системы антиоксидантной защиты.

3. В лечении и профилактике хронического аденоидита и его отдельных симптомов, воздействующих на все звенья патогенеза, целесообразно использование схемы с протарголом, обладающей противовоспалительным, цитопротекторным эффектами: а) в стадии клинической ремиссии патологического процесса - с целью удлинения сроков ремиссии и уменьшения частоты обострений; б) в предоперационной подготовке с целью снижения активности иммуно-воспалительного процесса; в) превентивно как профилактическое средство в эпидемиологически опасные периоды, формируя толерантность.

УДК 581:661.56

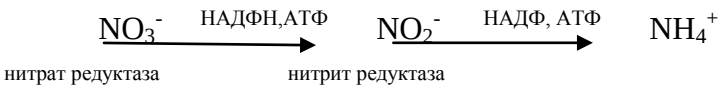
НИТРАТЫ РАСТЕНИЙ – ИХ ПОЛЬЗА И ВРЕД

К.В.Авдонкина, И.Х.Рахманова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии
Научный руководитель: к.б.н, доцент Т.К.Захарова

Нитраты – соединения, содержащие азот. Основными формами на Земле является связанный азот литосферы и газообразный (молекулярный) атмосферы, составляющий 75,6% воздуха по массе. Запасы его огромны – $4*10^{15}$ т. Растениями азот не усваивается, однако он необходим для образования белков клеток. Часть азота может переходить в доступную для растений форму благодаря микроорганизмам, особенно живущим в симбиозе с бобовыми растениями.

Запасы связанного азота в литосфере значительны $18*10^{15}$ т., но также недоступны. Но есть азотистые соединения, образующиеся в результате нитрификации бактериями. Этот азот в виде нитрат – ионов доступен растениям лишь в количестве 2-3% от общего азота почвы. Поэтому ежегодно в почве идет накопление нитратов в форме NO_3^- и NH_4^+ ионов в результате процесса превращения органического азота почвы (гумуса) – аммонификации (образования NH_4^+) и нитрификации (образования NO_3^-) с помощью микроорганизмов. Затем азот из почвы в виде ионов, растворенных в воде, поступает через корневую систему в растения, а именно в листья, потому что в листьях идет процесс фотосинтеза, который поставляет продукты: $НАДФН_2$, АТФ. Кроме того в листе имеются ферменты, участвующие в восстановлении нитрата до аммиака (2).

Схема восстановления нитрат – иона:



В дальнейшем из нитрата и органических кислот образуются аминокислоты и далее – белок. Таким образом, данный процесс идет при затрате энергии и ферментов и не позволяет накапливаться нитратам. Излишек их очень ядовит. Употребление овощей с повышенным содержанием нитратов приводит часто к отравлению организма.

По данным Министерства здравоохранения РФ предельно допустимая доза нитратов для взрослого человека в сутки составляет 500 мг, токсичная 600 мг и более, для грудного ребенка 10 мг может быть смертельной (4).

В связи с этим возникает проблема: полезны ли растения, содержащие нитраты, для человека?

В литературных источниках можно найти сведения о содержании нитратов в норме в самых распространенных овощных культурах. Подобные данные открывают возможность проконтролировать содержание нитратов в употребляемых ежедневно овощах и фруктах, например, в арбузе максимальная доза нитратов составляет 572 мг/кг, в огурцах 528 мг/кг, в капусте 2860 мг/кг и т.д., и, убедившись в допустимости норм, можно давать рекомендации об употреблении данных овощей и фруктов. Это важно знать хозяйствам, занимающимся выращиванием овощей и их реализацией. Показатели содержания нитратов очень часто меняются в связи с изменением многих факторов: почвенного режима, внесенных удобрений, светового и теплового режимов и других факторов (3).

Анализ литературы позволил определить цель исследования: определение количественного содержания нитратов в овощах и фруктах.

В задачи исследования входило: количественное определение содержания нитратов в отдельных частях комнатных растений (в черешках и мякоти листьев) в целях ознакомления с местом накопления нитратов, овощах и фруктах, наиболее употребляемых в пищу.

Объекты изучения: алоэ (Aloe), бегония Бауэра (Begoniabowerae), бегония Бунге (BegoniaBunge), бегония клеопатра (Begoniacleopatra), бегония королевская (светлая) (Regiusbegonia), бегония Мейсона (BegoniaMasoniana), гибискус (Hibiscusrosa-sinensis), каланхоэ де гремоне (Kalanchoedegremone), пеларгония зональная (Pelargoniumzonale), сингониум (Syngonium), цикламен персидский (Cyclamenpersicum). Овощи: капуста кочанная (Brassica capitata) , лук репчатый (Alliumcepa L.), огурец (Cucumis sativus), томат (Solánum lycopérsicum), тыква обыкновенная (CucurbitapepoL.), укроп (Anéthum). Фрукты: лимон (Citrum), мандарин (Citrus reticulata).

Методика исследования: определение содержания нитратов по шестибальной цветной концентрационной шкале с помощью дифениламина (1).

Таблица 1 – концентрационная шкала окраски.

алл	Количество нитратов	Окраска среза или сока	алл	Количество нитратов	Окраска среза или сока
	0	нет окраски		2333, 2 мг/кг	Синяя, сохраняется несколько минут
	583,3 мг/кг	Бледно – голубая, быстро исчезает			
	1166, 6 мг/кг	Голубая проводящих сосудов		2916, 5 мг/кг	Темно–синяя, сохраняется некоторое время
	1749, 9 мг/кг	Голубая, исчезает через 2 – 3 мин		3500 мг/кг	Темно – синяя, устойчивая

Этапы исследования:

1. Части комнатных растений (черешок и мякоть листа) или ткань овощей и фруктов размещаем на предметном стекле, под которым имеется лист белой бумаги.

2. Стеклянной палочкой разминаем кусочки ткани до появления сока.

3. Пипеткой наносим 1-2 капли дифениламина на кусочки размягченных тканей и отмечаем полученную окраску.

4. Сравниваем результаты окраски тканей с концентрационной шкалой и по цвету определяем баллы, затем рассчитываем в единицах и заносим в таблицу.

Таблица 2 – концентрация нитратов в исследуемых комнатных растениях

Название объекта	Балл	Количество нитратов, мг/кг	Название объекта	Балл	Количество нитратов, мг/кг
Алоэ обыкновенный			Бегония Бауэра	0,50	291,650
-молодая часть	00	00	-черешок		
-старая			-мякоть листа		

часть					
Бегония Бунге -черешок -мякоть листа	20 ,5	1166,6 291,65	Бегония клеопатра -черешок -мякоть листа	10	583,30
Бегония королевская (светла) -черешок -мякоть листа	1 ,5 0	874,950	Бегония Мейсона -черешок -мякоть листа	0 ,5 0	291,650
Гибискус -черешок -мякоть листа	0 ,5 0	291,650	Коланхоэ де гремоне -черешок - мякоть листа	0 ,5 0	291,650
Пеларгония зональная -черешок -мякоть листа	53	2916,5 1749,9	Сингониум -черешок - мякоть листа	65	3500 2916,5
Цикламен персидский -черешок -мякоть листа	30	1749,90			

Таблица 3 – концентрация нитратов в овощах и фруктах

Название объекта	Балл	Количество нитратов, мг/кг	Название объекта	Балл	Количество нитратов, мг/кг

Капуста -мякоть -крупная жилка -кочерыжка -крупная жилка у основания	0 0 ,5 5 1	0 291,65 2916,5 583,3	Лимон -мякоть -покровная ткань -черешок -лист	0 0 0 0	0 0 0 0
Лук репчатый -лист -мякоть -у корешков	0 0 0	0 0 0	Мандарин -мякоть -покровная ткань	0 0 ,5	0 291,65
Огурец -мякоть -кончик	0 4	0 2333,2	Томат незрелый - мякоть -покровная ткань	0 0 ,5	0 291,65
Тыква -мякоть -покровная ткань	0 0 ,5	0 291,65	Укроп -листья -черешок	0 ,5 5	291,65 2961,5

По результатам опыта видно, что у комнатных растений, сильное окрашивание происходит в черешках листа (5 – 6 б.), где больше мертвых проводящих сосудов, в которых фотосинтез, как правило, отсутствует, в них нет ферментов и энергетического материала. В ткани зеленого листа наблюдается слабое окрашивание или его отсутствие. При использовании овощей в качестве объектов изучения установлено, что наибольшее количество нитратов обнаруживается: в черешках укропа-5б., кончике огурца-4б., кочерыжке капусты-6б.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Показано, что наибольшее содержание нитратов находится в овощах: капуста, укроп, огурец.

2. Установлено, что в кожуре огурца содержится наибольшее количество нитратов по сравнению с мякотью, следовательно, нельзя употреблять овощи с высоким содержанием нитратов.

3. Таким образом, установлено, что вред или польза нитратов зависит от их количественного содержания.

4. Для избежания отравления необходимо овощи и фрукты предварительно замачивать на 30 минут в воде, куда постепенно выходит избыток нитратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Иванов В.Б., Плотникова И.В. Практикум по физиологии растений, 2001. – С.108-113.

2) Полевой В.В. Физиология растений, Высшая школа, 1989. - С.228

3) Методика обнаружения нитратов в растениях от пользователя - http://www.vevivi.ru/best/Metodika-obnaruzheniya-nitratov-v-rasteniyakh-ref117873.html

4) Растения, накапливающие нитраты - http://zubra.ucoz.ru/index/0-13

УДК: 614.2

ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ САМООЦЕНКИ АКТУАЛЬНОСТИ ОБЪЕКТА УТРАТЫ (НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АНАЛОГИИ)

И.А. Аджиев, К.Д. Пилипенко., А.А. Сыровая, Е.В. Зверева
Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.Г. Элланский

Актуальность. Проблема управления эмоциональной сферой (УЭС) всегда волновала человечество. Желание избежать отрицательных эмоций и получить как можно больше положительных послужило мощным стимулом для поиска соответствующих веществ в окружающей природе, что, в свою очередь, стало толчком для появления фармакологии. Однако, при всей своей могущественности фарминдустрия представляет собой на сегодня самый важный, но не единственный путь УЭС, кроме того она наградила общество таким побочным эффектом, как злоупотребление лекарственных средств (наиболее впечатляющий пример – наркомания). С другой стороны, предложив быстрое и эффективное решение проблемы УЭС, каковой является в частности боль, она фактически заблокировала

проведение альтернативных фундаментальных работ по изучению работы мозга, который продолжает оставаться для нас загадкой. Несмотря на высокотехнологичный инструментарий современной медицинской науки, сохраняется также актуальность проблемы личных переживаний индивидуума по поводу потери близкого человека или (при более благоприятном исходе) борьбы с устранением фантомных болей (ФБ) в современной геополитической обстановке. И не существует пока пути решения этой проблемы, кроме применения все тех же, предлагаемых фарминдустрией, обезболивающих средств, которые купируют боль, но не устраняют причину ее возникновения. Собственно ФБ или каузалгия [6] – это интенсивная жгучая боль в зоне иннервации частично поврежденного периферического нерва, содержащего большое число симпатических вегетативных волокон. Впервые ФБ описана Н.И. Пироговым (1855) у раненых во время Крымской войны (1853-1856). ФБ является одним из проявлений разнообразных фантомных ощущений (тактильных, температурных, давящих, зуда, восприятия положения ампутированной конечности, ее длины, объема, произвольных и непроизвольных «движений», необычного положения конечности, ее укорочения, искажения размеров и т.д.). Все эти ощущения бывают наиболее яркими непосредственно после операции. Со временем интенсивность ощущений ослабевает.

Научная гипотеза нашего исследования строится на том предположении, что не существует принципиальной разницы между потерей близкого человека (нарушениями в эмоциональной, психической сфере) и потерей конечности. Иными словами организм социальный у каждого индивида пространственно превышает размеры физического тела, однако характеризуется теми же органами управления, нейрональными ансамблями и афферентными (эфферентными) информационными потоками, которые наполняют наш организм биологический. Накопление эмпирической информационной базы современной неврологии сегодня обуславливает приближение к очередному качественному теоретической скачку как закономерное продолжение лучших традиций Сеченова И.М., Павлова И.П., Бехтерева В.М. Анохина П.К. [1] и д.р.

Очевидно, что это будет связано с разгадкой новых механизмов функционирования головного мозга (ГМ), как органа управления биосоциальным образованием, который мы традиционно называем «человеком». Одним из таких механизмов является разрушение (построение) пространственной модели реального объекта (ПМРО), которое открыл в 1971 году Джон О'Киф [7]. Суть открытия состояла в обнаружении группы нейронов, которые

сформировали так называемую систему позиционирования (СП), расположенную в гиппокампе (рис.1).

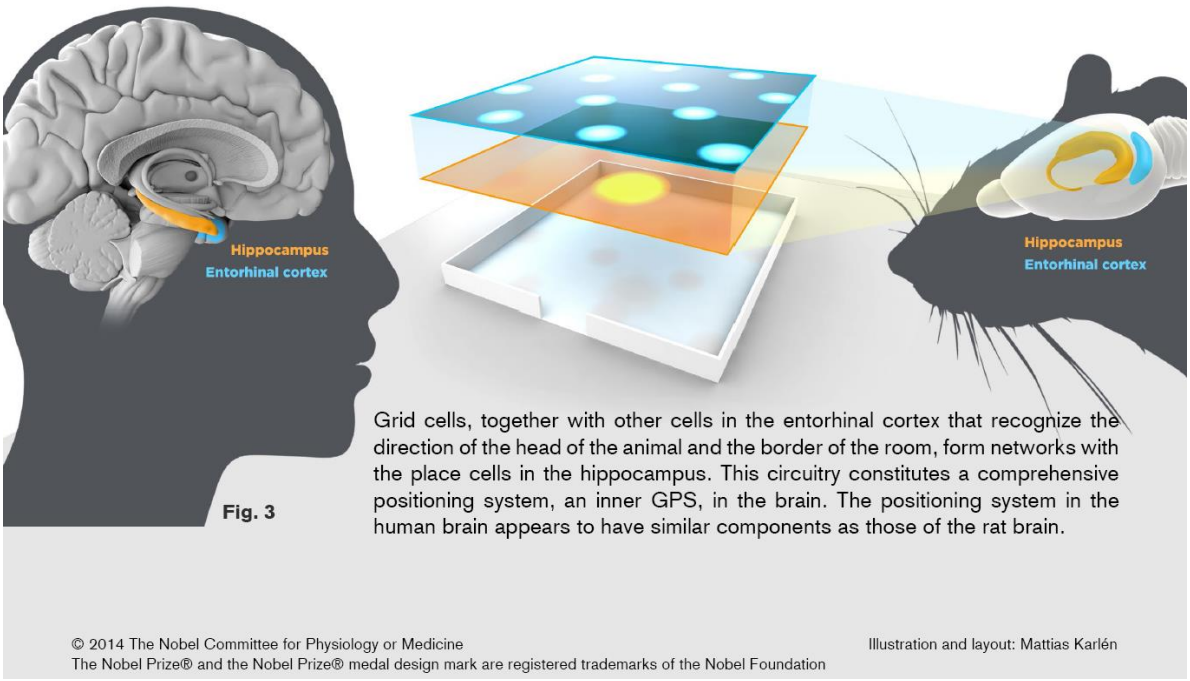


Рисунок 1. Принципиальная схема позиционирования биологических объектов в пространстве.

При нахождении крысы в определенном месте в комнате всегда активировался один нейрон этой СП. Другие нервные клетки были активированы, когда крыса была в других местах. О'Киф пришел к выводу, что эти клетки сформировали карту комнаты, т.е. реальную уменьшенную модель этой комнаты, расположенную в ГМ. Иначе говоря, можно предположить, что в мозге существует определенная модель конечности, какого-либо органа, близкого человека, а так же любого пространственного предмета, с которым человек сталкивался. И чем чаще происходят эти столкновения, тем четче структурирована модель. Этих моделей много, они пронизывают одна другую в замкнутом пространстве ГМ, иногда распадаются, иногда формируются. Это происходит на протяжении всей жизни человека за счет того, что между реальным объектом (конечностью и т.д.) и моделью, построенной в мозге человека, регулярно происходит обмен информацией. Благодаря этому обмену человек ощущает форму, размеры и положение объекта, той или иной конечности (органа). После расставания с объектом или ампутации конечности человек некоторое время продолжает их ощущать. Это происходит за счет того, что модель начинает генерировать поток информации, пытаясь компенсировать утраченный поток фантомным. По аналогии с ФБ человек зачастую ощущает душевную боль, связанную с потерей близкого человека, родины или предмета. Причина возникновения этой боли, возможно, схожа с причиной

возникновения ФБ, так как кроется в прекращении обмена информацией. Поскольку разрушение ПМРО сопровождается ухудшением эмоционального фона, основное внимание мы направили на исследование феномена «утраты». В соответствии с основной гипотезой мы предполагали – чем менее конкретным будет предмет, тем менее структурирована будет его модель в ГМ, и тем менее болезненно в эмоциональном плане будет восприниматься ее утрата. Понятно, что социологический инструментарий позволяет верифицировать исключительно вербальные информационные потоки «на входе» и «выходе». Тем не менее, и они должны определенным образом отображать объект нашего исследования.

Цель работы: разработать социологический инструментарий, позволяющий дифференцировать процессы дисинтеграции моделей, отражающих близкого человека и такого неконкретного предмета как деньги в ГМ.

Материалы: в 2014 г. была сформирована случайная выборка взрослых жителей Южного федерального округа 264 респондентов (120 мужчин и 144 женщины).

Методы: исторический, статистический, социологический, группировка по степени пространственной дифференцированности (аморфности) утраченного смоделированного объекта. В ходе исследования всем испытуемым были предложены 15 пиктограмм [2,3,4,5], отражающих различные чувства и переживания, которые сопровождал вопрос: «Какие эмоции Вы испытываете чаще всего?» (можно было выбрать и отметить несколько рисунков) (рис. 2). При статистической обработке пиктограммы были разделены на негативные, нейтральные и позитивные.

1. Восторг	2. Радость	3. Покой	4. Грусть	5. Горе
6. Удовольствие	7. Удивление	8. Неуверенность	9. Вина	10. Страх
11. Разочарование	12. Обида	13. Досада	14. Злость (ярость)	15. Ужас

Рисунок 2. Пиктографическая тест-система для определения эмоционального фона испытуемых добровольцев.

Результаты: по основному вопросу анкеты выборка была разделена на 2 группы: 1 – я (32% респондентов) подтверждали, что в последнее время в их жизни произошла утрата денег; 2-я (68%) – в последнее время произошла потеря близкого человека. По полу и возрасту значимых различий в группах выявлено не было, однако по субиндикаторам самооценки интегральных эмоциональных потоков выявились весьма выраженные диспропорции (рис. 3):

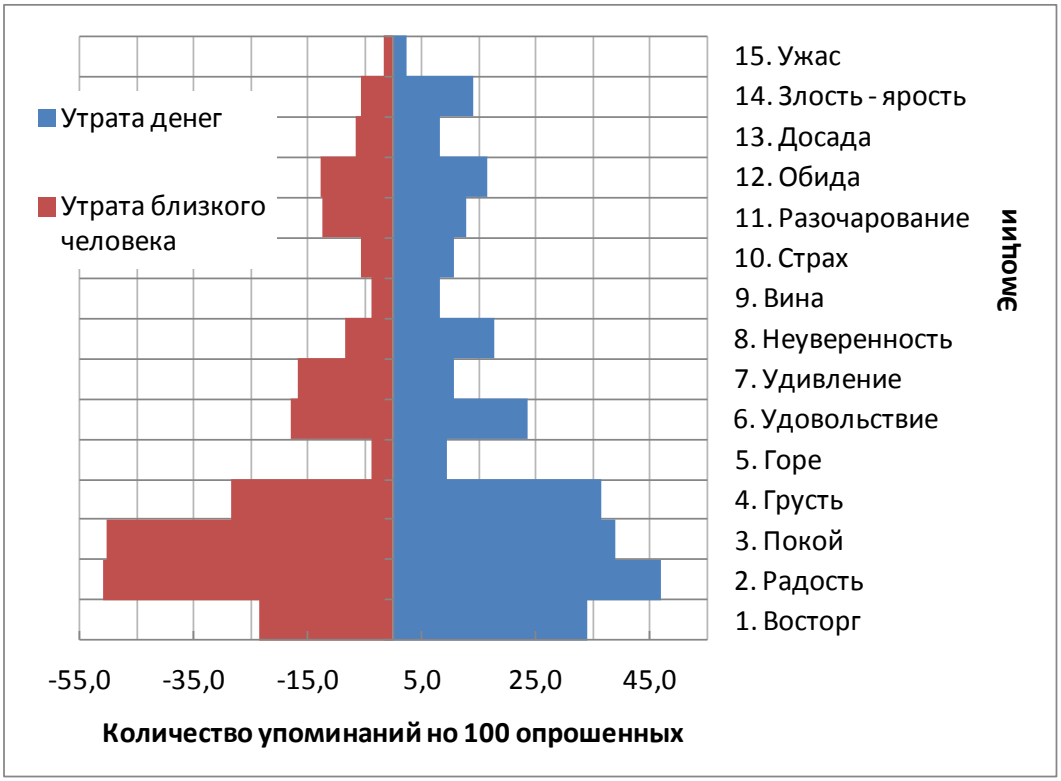


Рисунок 3. Структура эмоционального фона испытуемых добровольцев 1-й и 2-й групп в симметричной системе координат.

по потоку положительных эмоций превышение, равное 12%, было на стороне представителей группы №1 (104,7 и 92,2 упоминания об эмоции (УЭ) на 100 опрошенных в 1-й и 2-й группах соответственно); по потоку отрицательных эмоций – 35% в пользу 1-й группы (136,5 и 89,4 УЭ); по потоку нейтральных эмоций – 36% в пользу группы №2 (49,4 и 67,0 УЭ). Суммарный эмоциональный поток был превышен на 16% в 1-й группе по сравнению со 2-й (290,6 и 248,6 УЭ).

Выводы:

1. Разрушение хорошо структурированной модели приводит к снижению интенсивности эмоционального потока на 16% по сравнению с разрушением аморфной

модели за счет снижения амплитуды эмоциональных колебаний на фоне незначительной интенсификации нейтральных эмоций.

2. Позитивные и негативные эмоции в группе №2 заметно снижались (на 12 и 35% положительные и отрицательные соответственно) по сравнению с группой №1.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Значение научных трудов И.М. Сеченова, И.П. Павлова, П.К. Анохина, В.М. Бехтерева для формирования естественнонаучных основ отечественной психиатрии. – Режим доступа: URL: http://webkonspect.com/?id=6146&labelid=49942&room=profile (дата обращения 13.03.2015).
2. Светоносова Л.Г. Формирование педагогической культуры у будущих и начинающих учителей с использованием рефлексивно-пиктографических задач. В книге: Современные проблемы педагогики. Вакшина Т.А., Виницкая Н.В., Губарева Л.И., Дерепаско С.В., Светоносова Л.Г., Тенетилова В.С., Шабалина Е.П., Шелест М.Ю., Шулимова Е.Б. Орел, 2014. С. 5-23.
3. Седова М.И. Изображение и текст. Вестник Череповецкого государственного университета. 2013. Т. 2. № 1 (46). С. 72-74.
4. Харитон В.А., Жуков В.В. Применение фрагментарно-пиктографического метода представления информации для совершенствования информационного обеспечения экипажей летательных аппаратов и группы руководства полетами в интересах повышения безопасности полётов. В сборнике: III Международная научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная 52-й годовщине полета Ю.А. Гагарина в космос сборник научных статей. Филиал Военного учебно-научного центра Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия им. профессора Н.Е. Жуковского и Ю.А. Гагарина», ООО «Издательский Дом - Юг». Краснодар, 2013. С. 24-26.
5. Электронный ресурс: URL: http://bookap.info/genpsy/lukovtseva_psihologiya_i_pedagogika_kurs_lektsiy/gl23.shtm (дата обращения 13.03.2015).
6. Электронный ресурс: URL: http://doktorland.ru/kauzalgiya.html (дата обращения 13.03.2015).
7. Электронный ресурс: URL: http://www.nobeliat.ru/laureat.php?id=879. (дата обращения: 15.03.2015).

УДК 616.248-022.8-08-039.78:615.37

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО И СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

А.Г. Айвазян, М.М. Локтионова, К.С.Кудрицкая, А.С.Базарова
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, д.м.н., доц. Е.А. Собко.

Несмотря на глобальные достижения в фарминдустрии за последние десятилетия, а также постоянно совершенствующиеся методы диагностики и лечения аллергических заболеваний, бронхиальная астма (БА) до сих пор остается одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире, требующих огромных социально-экономических затрат [6]. На сегодняшний день аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) является единственным патогенетически оправданным методом лечения данного заболевания [1,3]. Показано, что под влиянием успешной АСИТ уменьшаются симптомы БА, улучшаются показатели функции внешнего дыхания, снижается бронхиальная гиперреактивность, сохраняется длительная ремиссия заболевания [5]. Однако, помимо клинической эффективности любой медицинской технологии, необходима фармакоэкономическая экспертиза ее целесообразности [8].

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и провести фармакоэкономический анализ АСИТ у пациентов с аллергической бронхиальной астмой.

Задачи исследования.

1.Изучить клиническую эффективность АСИТ у больных атопической БА в зависимости от степени тяжести и особенностей течения заболевания.

2. Оценить характер изменения базисной противоастматической терапии на фоне проведения АСИТ.

3. Рассчитать коэффициент затратной эффективности лечения пациентов в зависимости от назначения специфической иммунотерапии.

Материалы и методы. Обследовано 108 больных аллергической БА легкого и среднетяжелого течения в возрасте от 18 до 35 лет. В зависимости от степени тяжести заболевания и метода лечения нами было предложено 4 модели исследования (табл.1).

Таблица 1 - Анамнестические данные пациентов исследуемых групп

Показатель	Легкая АБА		Средняя АБА	
	Пациенты, получающие АСИТ (n=35)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=22)	Пациенты, получающие АСИТ (n=17)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=34)
Мужчины	26	11	7	12
Женщины	9	11	10	12
Средний возраст	26[23;30]	22[20;24]	29[25;35]	27,5[24;32]
Дебют заболевания	10[5;13]	16[9;21]*	15[12;18]	21[15;22]*
Длительность заболевания	1[1;4]**	6[1;13]	12[2;16]**	6,5[3;15]
Длительность АСИТ	6[3;9]		4[3;5]	

Примечание. Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни, n - число наблюдений, *-достоверность между исследуемыми группами, при $p<0,05$, ** - достоверность различий внутри исследуемых групп при $p<0,05$.

Параметры функции внешнего дыхания оценивали методом спирометрии с бронходилатационным тестом. АСИТ проводилась в соответствии с международными стандартами смесью лечебных аллергенов, вводимых подкожно [4].

При методологии клинико-экономического анализа использовались отраслевые стандарты «Клинико-экономические исследования», действующие в РФ. Метод фармакоэкономического анализа заключался в анализе «стоимость – эффективность» (Cost-Effectiveness Analysis) [7].

В качестве параметра, описывающего эффективность АСИТ, использовали значения теста АСТ, отражающего уровень контроля над заболеванием, а также показатель функции внешнего дыхания $ОФВ_1$.

Для каждого из альтернативных методов лечения производился расчет коэффициента затратной эффективности (Keff), как результат отношения стоимости к эффективности. Формула расчета следующая:

$$Keff = Cos\,t / Eff$$

где Cost – суммарные затраты, Eff – эффективность [2].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ IBMSPSSStatistics 19.

Полученные результаты. Результаты теста АСТ на фоне проведения АСИТ показали, что клиническая эффективность данного метода зависит от времени появления первых симптомов заболевания. По мере нарастания длительности астмы наблюдается снижение частоты встречаемости отличных и хороших результатов от проводимого лечения ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что проведение АСИТ в первые три года от начала клинических проявлений дает более высокие показатели, в сравнении с группой больных, получивших АСИТ с длительностью клинических проявлений более 10 лет ($p<0,05$).

Мы проанализировали уровень контроля над заболеванием до и после проведения АСИТ в зависимости от степени тяжести заболевания. На момент включения в исследование контроль над заболеванием был частичным практически у всех больных. Через 12 месяцев наблюдения в группе больных АБА легкой степени тяжести на фоне АСИТ полный контроль зарегистрирован у 71,4% человек. В группе больных АБА средней степени тяжести на фоне АСИТ контролируемое течение отмечено у 41% пациентов. Позитивным является тот факт, что в данных группах количество больных с низким уровнем контроля снизилось до 2,9% и 11,8% соответственно.

При изучении характера базисной противоастматической терапии на фоне проведения АСИТ нами были получены следующие результаты: на фоне проведения АСИТ значительно изменилась противоастматическая терапия у больных БА. Так, у людей с легким течением заболевания отмена противоастматической терапии отмечалась у 10 (28,5±2,1%) человек, снижение дозы препаратов у 4 (11,4±1,3%) больных, смена терапии с комбинированной ИГКС+ДДБА на монотерапию ИКГС – у 1(2,9±0,8%), и лишь у 1(2,9±0,8%) пациента противоастматическая терапия была назначена в связи отсутствия достижения должного контроля над заболеванием.

В группе больных среднетяжелой БА были зарегистрированы менее позитивные результаты, отмены противоастматической терапии не отмечалось, однако снижение дозы или переход с комбинированной ИГКС+ДДБА на монотерапию препарата выявлено у 8(47±3,1%) людей, терапия не изменилась у 4(23,5±2,4%) пациентов, переход с антилейкотриеных препаратов на комбинированную ИГКС+ДДБА и назначение препарата в связи с отсутствием достижения должного контроля над заболеванием у 5(29,5±0,6%) больных.

Полученные результаты, свидетельствует об эффективности АСИТ, позволяющей достигнуть контролируемого течения заболевания, и изменить характер лекарственной противовоспалительной терапии у больных БА как легкого, так и среднетяжелого течения.

В рамках данного исследования была проведена оценка прямых медицинских затрат, включающих стоимость лекарственной терапии и госпитализаций у пациентов АБА легкой и средней степени тяжести в течение 12 месяцев. Показано, что стоимость лечения БА значительно зависит от степени тяжести заболевания (табл.2).

Таблица 2. Оценка стоимости и эффективности лечения у пациентов АБА в зависимости от назначения АСИТ.

Показатель	Легкая АБА		Средняя АБА	
	Пациенты, получающие АСИТ (n=35)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=22)	Пациенты, получающие АСИТ (n=17)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=34)
Стоимость	7500[7500;8300]*	4537[4537;4537]*	15950[11727;23259]*	28184[20879;32684]*
Показатель АСТ-теста	25[25;25]*	21[20;23]*	24[19,5;24]*	15[20;23]*
Показатель ОФВ1, %	111[110;112]	95[88;103,7]	80,3[73;120]	92,1[74,1;170,6]
Коэффициент АСТ	300[300;352]*	226,8[197,3;227,8]*	839,5[488,6;969,1]*	1426,3[1031,2;1898]*
Коэффициент ОФВ1	74,3[68,8;77,3]	49,3[44,9;63]	198,6[132,9;318,6]	291,4[194;374,5]

Примечание. Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни, n - число наблюдений., *- достоверность между исследуемыми группами, при $p<0,05$, ** - достоверность различий внутри исследуемых групп при $p<0,05$.

При оценке коэффициента затраты-эффективность в зависимости от показателя $ОФВ_1$ статистически значимых различий между группами не выявлено. Однако, анализируя данный коэффициент согласно результатам АСТ-теста, мы установили, что в группе больных АБА средней тяжести проведение АСИТ в сочетании с базисными препаратами экономически более рентабельно по сравнению с использованием только базисной терапии (839,5[488,6;969,1] и 1426,3[1031,2;1898] соответственно, $p<0,05$), что свидетельствует об эффективности АСИТ не только в плане клинического аспекта, но и материального.

Несмотря на большее значение коэффициента затратной эффективности, при применении АСИТ для лечения АБА легкого течения, следует учитывать тот факт, что специфическая иммунотерапия препятствует прогрессированию заболевания, что в дальнейшем будет компенсировать стоимость данного метода лечения.

Выводы.

1.АСИТ – высокоэффективный метод лечения у больных атопической бронхиальной астмой. Проведение АСИТ в первые 3 года от начала заболевания повышает ее клиническую эффективность.

2. Проведение АСИТ у больных атопической БА положительно влияет на характер противовоспалительной терапии, позволяя снизить дозу базисного препарата.

3. АСИТ характеризуется высокой клинической эффективностью в терапии атопической бронхиальной астмы и приемлемой эффективностью дополнительных затрат (особенно при назначении в первой линии терапии).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. GINA - Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2011 г. Российское респираторное общество. М., 2012.

2. Авксентьева М. А., Герасимов Б. В., Сура М. В. Клинико- экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управления качеством медицинской помощи)/под ред. П. А. Воробьева. М.: Ньюдиамед, 2004. 404 с.

3. Воробьева О.В., Гущин И.С. Контролируемые исследования эффективности и безопасности аллергенспецифической иммунотерапии: исторический аспект // Рос.аллергол. журн. - 2011. - №4. – С.3-14.

4. Горбовской Ф.В., Воржева И.И., Буйнова С.Н. Возможности аллергенспецифической иммунотерапии в оптимизации лечения тяжелой атопической бронхиальной астмы у детей // Сиб. мед. журн. – 2012. – Т. 114, № 7. - С. 29-33.

5. Гущин И.С., Курбачева О.М. Аллергия и аллерген-специфическая иммунотерапия // Аллергия. М.: «Фармарус Принт Медиа». - 2010. - 228 с.

6. Квятковская С.В;, Шестакова Е.В. // Медицинская иммунология.- 2009.- Т. 11, № 23.- G.279-286;

7. Об утверждении отраслевого стандарта «Клинико- экономические исследования. Общие положения»: приказ от 27.05.2011 № 163 Министерства здравоохранения Российской Федерации.

8. Оценка медицинских технологий/ под общ. ред. Ю. Б. Белоусова. М.: ОКИ, 2013. 40 с. Хабриев Р. У., Ягудина Р. И., Правдюк Н. Г. Оценка технологий здравоохранения. М.: ООО «Медицинское ин-формационное агентство», 2013. 416 с.

УДК 616.1/.4-006+616-079.89.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Л.В. Айзенштадт , О.С. Добрянина
ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравразвития России, г. Самара
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель : к.м.н., доцент И.В. Губарева

В России ежегодно более чем у 6 млн. людей развиваются злокачественные опухоли, среди них по данным IARS 60% диагностируется на 3-4 стадиях. Для своевременной диагностики злокачественных образований наиболее важное значение имеет достаточный уровень знаний клинико-анамнестичсеких особенностей и настороженность врачей терапевтического профиля. Данная проблема актуальна, так как высокий уровень поздней диагностики онкологических заболеваний обусловлен их особенностью клинического течения под видом других заболеваний, «масок».

Целью исследования является выявление соматических «масок» онкологических заболеваний у пациентов терапевтического профиля для оптимизации ранней диагностики и формирования онкологической настороженности врача-терапевта.

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторных и стационарных больных терапевтического профиля (n=50, из них 20 мужчин и 30 женщин, средний возраст 74+- 10 лет), находящихся на диспансерном учете у онколога НУЗ ДКБ на ст. Самара ОАО «РЖД» .

По нашим данным у более 70% заболевших диагноз был верифицирован спустя 180 дней от первых проявлений. Ведущими синдромами при госпитализации в терапевтическое отделение были: астенический (35%), анемический (30%), болевой (20%), синдром дыхательной недостаточности (15%). Перечень диагнозов – «масок», с которыми наблюдались пациенты на предыдущих этапах, включал: гипертоническую болезнь (30%),

анемию (25%), язву желудка (12%), острый бронхит (10%), пневмонию (7%), ХОБЛ (5%), диабетический гепатоз (5%), остеохондроз (3%), кисты различной локализации (3%).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что 30% пациентов наблюдались по поводу гипертонической болезни и длительно получали гипотензивную терапию, что могло послужить триггерным фактором в развитии онкологических заболеваний.

Выделение основных симптомокомплексов для формирования групп повышенного онкологического риска, диспансерное наблюдение за ними, своевременная диагностика злокачественных образований, которые проявляют себя клинически , помогают избежать неблагоприятного исхода заболевания и формируют онкологическую настороженность у врачей терапевтического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеенко, А.И. Новая диагностика рака. : Теория, диагностика, лечение, реабилитация : рекомендовано РАЕН в качестве учебно-методического пособия для врачей различных специальностей. – М. : Медицина XXI, 2004. – 408 с.
2. Ганцев Ш. Х. Онкология; Медицинское информационное агентство - Москва, 2006. - 528 с.
3. Онкология; Вышэйшая школа - Москва, 2007. - 704 с.

УДК 616.34:616.1-036.11-071

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Р. Акчульпанов, Е.И. Бубнов, А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. А.П. Фролов

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) – одна из наиболее сложных проблем в современной абдоминальной и сосудистой хирургии. ОНМК представляет собой группу сходных по течению и прогнозу патологических состояний, обусловленных нарушениями кровотока в артериальном, венозном или микроциркуляторном русле брыжеечных сосудов. Данная патология относится к разряду тяжелейших заболеваний в хирургической практике и сопровождается летальностью 67-92%. Неудовлетворительные

результаты лечения обусловлены, в первую очередь, поздней диагностикой и неадекватной хирургической тактикой [1-10].

ОНМК чаще встречается у больных пожилого и старческого возраста, средний возраст которых около 70 лет, однако это не исключает возможность развития заболевания и у молодых людей. Среди больных заметно преобладают женщины. В последние годы острые нарушения мезентерального кровообращения стали встречаться чаще, что связано с увеличением продолжительности жизни людей, и с распространением врождённых и приобретённых тромбофилических состояний [3].

Большинство авторов выделяют две формы ОНМК – окклюзионную и неокклюзионную [1-3, 8]. Причиной первой – является эмболия верхней брыжеечной артерии (до 50% всех ОНМК) или ее тромбоз (около 25%). Неокклюзионная форма ОНМК составляет около 20%, возникает у тяжелобольных, находящихся в отделении реанимации на фоне системной гипотензии, гиповолемии, выраженной сердечной недостаточности или вазоконстрикции [1, 3]. Остальные 5% приходятся на венозный мезентериальный тромбоз, тактика лечения которого значительно отличается от таковой при острой артериальной недостаточности кишечника [1]. Смазанная клиническая картина ОНМК и отсутствие патогномоничных симптомов в первые часы заболевания приводит к тому, что ОНМК протекает под маской других заболеваний и верный дооперационный диагноз устанавливается лишь в 18-45% наблюдений [1].

Цель исследования: оценить результаты клинической диагностики ОНМК.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ с 2009 по 2013 годы. Больные были в возрасте 74,90±0,74 года, мужчин было – 83. Женщин – 135.

Результаты и обсуждение

Больные ОНМК поступали в клинику в различные сроки от начала заболевания. В первые 6 ч. поступило – 47 больных, через 6-12 ч. – 28, через 12-24 ч. – 49, через 24-48 ч. – 28, позднее 48 ч. – 50. У 16 больных продолжительность заболевания достоверно установить не удалось.

Диагностика ОНМК представляла определенные сложности. Предварительный диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, и клинического осмотра. Наиболее важными анамнестическими данными для постановки предварительного диагноза были: наличие сердечно-сосудистой недостаточности на фоне атеросклероза, аритмии, пороков сердечных клапанов. При осмотре больных выявляли основные симптомы ОНМК: абдоминальные боли, наличие кровавого жидкого стула, пневматоза кишечника.

Правильный предварительный диагноз был установлен у 69 больных. Из них в первые 6 часов заболевания поступило 15 больных, через 6-12 ч. – 7, 12-24 ч. – 16, 24-48 ч. – 12, позднее 48 ч. – 10 ч. У 9 больных продолжительность заболевания достоверно не установлено. У группы больных поступивших в первые 12 часов заболевания абдоминальная боль была ведущим симптомом заболевания. Она носила выраженный разлитой характер и не усиливалась при пальпации. У больных, поступивших спустя 12 часов о начала заболевания, выраженность болевого синдрома была меньше, при этом нередко отмечалось наличие кровавого стула. У больных, поступивших к концу первых суток заболевания, в клинической картине преобладали симптомы перитонита.

В остальных 149 наблюдениях устанавливался ошибочный предварительный диагноз: острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 31 больных.

Среди 43 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острая кишечная непроходимость», в первые 6 часов заболевания поступило – 4 больных, через 6-12 ч. – 5, через 12-24 ч. – 8, через 24-48 ч. – 6, позднее 48 ч. – 16. У 4 больных продолжительность заболевания достоверно не установлена. Для данной группы больных было характерно позднее поступление, наличие пневматоза кишечника в сочетании с умеренно выраженной абдоминальной болью.

Среди 31 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острый панкреатит», в первые 6 часов заболевания поступило – 10 больных, через 6-12 ч. – 6, через 12-24 ч. – 4, через 24-48 ч. – 5, позднее 48 ч. – 5. У 1 больного продолжительность заболевания достоверно не установлена. Основная масса больных (21) поступала в относительно ранние сроки (в первые 12 ч. заболевания) с выраженной абдоминальной болью в верхней половине живота.

Среди 25 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Желудочно-кишечное кровотечение», в первые 6 часов заболевания поступило – 6 больных, через 6-12 ч. – 4, через 12-24 ч. – 7, через 24-48 ч. – 0, позднее 48 ч. – 7. У 1 больного продолжительность заболевания достоверно не установлена. Большинство больных поступило в 1 сутки заболеваниями с жалобами на наличие стула с кровью на фоне умеренно-выраженной абдоминальной боли. С неустановленным временем заболевания поступил – 1 больной.

Среди 10 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Острый аппендицит», в первые 6 часов заболевания поступило – 3 больных, через 6-12 ч. – 0, через 12-24 ч. – 2, через 24-48 ч. – 0, позднее 48 ч. – 5. Определенной закономерности поступления

больных в этой группе не отмечено, для них характерно наличие умеренно выраженной абдоминальной боли в правой подвздошной области.

Среди 9 больных, которым был предварительно установлен диагноз «Перитонит», в первые 6 часов заболевания поступило – 1 больных, через 6-12 ч. – 2, через 12-24 ч. – 2, через 24-48 ч. – 1, позднее 48 ч. – 3. Большинство больных поступило позднее 12 часов от начала заболевания, клиническая картина характеризовалась относительно выраженной абдоминальной болью в сочетании с симптомами раздражения брюшины.

Среди 32 больных, которым были предварительно была установлена другая патология органов брюшной полости (острый холецистит, вентральная грыжа и др.), в первые 6 часов заболевания поступило – 9 больных, через 6-12 ч. – 5, через 12-24 ч. – 9, через 24-48 ч. – 4, позднее 48 ч. – 4. У 9 больных продолжительность заболевания достоверно не установлена. В группе не было отмечено временных закономерностей поступления, у больных отмечалась выраженная и умеренно выраженная абдоминальная боль различной локализации, разлитая боль была не характерна. В этой группе наибольшей проблемой было установление времени начала заболевания.

Из 218 больных ОНМК 202 – имели сопутствующие сердечно - сосудистые заболевания и патологию обмена веществ, которые могли способствовать развитию ОНМК. Среди сопутствующей патологии ИБС, мерцательная аритмия и фибрилляция предсердий были у 42 больного, артериальная гипертензия – у 139, ИБС, постинфарктный кардиосклероз – 39, пороки сердца – у 6, сахарный диабет – у 17, атеросклероз аорты и ее ветвей – у 11, другая сопутствующая патология – у 42. У 14 больных сопутствующая патология не была выявлена.

Для подтверждения и уточнения диагноза проводились лабораторные и инструментальные исследования. При лабораторной диагностике не зависимо от предварительного диагноза, через 12 часов от начала заболевания было характерно наличие лейкоцитоза, метаболического ацидоза.

Выводы. Характерная клиническая картина ОНМК отмечается у 31,7%, в остальных случаях на первый план выступают симптомы, характерные для другой хирургической патологии, что вызывает существенные трудности в постановке правильного диагноза и приводит к удлинению диагностического процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Д. Прямиков и др. // Хирургия – 2009. – №10. – С. 56-60.

2. Покровский, А.В. Острая мезентериальная непроходимость / А.В. Покровский, В.И. Юдин // Клиническая ангиология: руководство под ред. А.В. Покровского. В двух томах. Том 2. – М.: Медицина 2004. – С. 626-645.

3. Савельев, В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Инфаркт кишечника. / В.С. Савельев, И.В.Спиридонов, Б.В. Болдин // Руководство по неотложной хирургии под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – С. 281-302.

4. Acute mesenteric ischaemia, a highly lethal disease with a devastating outcome / M.C. Safioleas, K.G., Moulakakis, V.G. Papavassiliou et al. // Vasa. – 2006. Vol. – 35, N. 2. – P. 106-111.

5. Acute mesenteric ischemia: a clinical review / W.A. Oldenburg, L.L., Lau, T.J. Rodenberg et al. // Arch. Intern. Med.– 2004. – Vol. 164, N.10. – P. 1054-1062.

6. Acute mesenteric ischemia: changes in 1985—1995 / J.J., Duron, P. Peyrard, S. Boukhtouche et al. // Surgical Research Associations. Chirurgie. – 1998. – Vol. 123, N. 4. – P. 335-342.

7. Burns. B.J. Intestinal ischemia / B.J. Burns, L.J. Brandt // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 32, N. 4. – P. 1127-1143.

8. Lock, G. Acute mesenteric ischemia: classification, evaluation and therapy / G. Lock // Acta Gastroenterol. Belg. – 2002. – Vol. 65, N. 4. – P. 220-225.

9. Vicente, D.C. Acute mesenteric ischemia / D.C. Vicente, A. Kazmers // Curr. Opin. Cardiol. – 1999. – Vol. 14, N. 5. – P. 453-458.

10. Yasuhara, H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology / H. Yasuhara // Surg. Today. – 2005 – Vol. – 35, N. 3. – P. 185-195.

УДК 616.22-006.6-078

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ ПРИ РАЗВИТИИ СТЕНОЗА ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

О.А. Анисимова

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

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Кафедра микробиологии им. Б.М. Зельмановича

Научные руководители: к.м.н., доцент Д.В. Гаврилюк, к.б.н., доцент О.В. Перьянова,

клинический ординатор Е.Н. Еремина

За период 2002-2012гг. отмечается тенденция к снижению стандартизованной заболеваемости раком гортани у мужчин в России с 8,1 до 7,1 на 100 тыс. населения. Среднегодовой темп прироста заболеваемости раком гортани составил (-1,3%). Пики заболеваемости приходятся на возрастные интервалы 45-49 лет и 50-54 года. В то же время в Красноярском крае за период 2007-2012гг. аналогичный показатель увеличился с 7,5 до 8,7 на 100 тыс. мужского населения. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России (2012) доля рака гортани составляет 2,6% и занимает первое место опухолей головы и шеи [2].

В хирургическом отделении опухолей головы и шеи каждый четвертый пациент имеет рак гортани. Большинство этих больных обращаются за медицинской помощью с местнораспространенными опухолевыми процессами, которые сопровождаются развитием стеноза гортани. При компенсированном стенозе гортани нередко требуется наложение превентивной плановой или срочной трахеостомии с целью устранения предшествующей длительной гипоксии и контроля сопутствующей патологии. В тоже время в отделении ежегодно выполняется не менее 50 экстренных трахеостомий по поводу суб- и декомпенсированного стеноза гортани для предупреждения асфиксии. Такие оперативные вмешательства неизбежно сопровождаются взаимной контаминацией кожи, мягких тканей и трахеи различными условнопатогенными и патогенными микроорганизмами.

За последние годы отмечается увеличение числа послеоперационных инфекционных осложнений у онкологических больных, что связанно с увеличением числа высоко- и полирезистентных госпитальных штаммов бактерий. В послеоперационном периоде возрастает не только риск развития острого трахеобронхита и пневмонии, но и инфильтрации тканей вокруг трахеостомы, что часто сопровождается гнойным воспалением. Вопросам профилактики этих осложнений следует уделять особое внимание, так как поддержание раны в процессе операции в стерильном состоянии практически невозможно. Подход к решению данных проблем должен быть комплексным и осуществляется на этапе предоперационной подготовки, во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Одной из основных задач терапии на всех этапах является профилактика и лечение раневой инфекции: в экстренных случаях - это стартовая терапия антибиотиками широкого спектра действия (антибиотикопрофилактика), в остальных случаях - целенаправленная антибактериальная терапия на основе микробиологического мониторинга [1].

Целью данного исследования является оценка микробиологического мониторинга дыхательных путей и антибиотикорезистентности идентифицированных бактерий у больных раком гортани после трахеостомии.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1) Определить микробный пейзаж передних отделов носовой полости у больных раком гортани в первые 48 часов после госпитализации.

2) Определить микробный пейзаж слизистой оболочки трахеи у больных раком гортани в первые 48 часов после госпитализации.

3) Определить микробный пейзаж слизистой оболочки трахеи у больных раком гортани в сроки более 48 часов после госпитализации.

4) Оценить распространенность штаммов MRSA\MRSE грамм(+)флоры у больных раком гортани.

5) Определить чувствительность микрофлоры к основным антибактериальным препаратам.

6) Оценить адекватность антибиотикопрофилактики и лечения на основе микробиологического мониторинга у больных раком гортани после трахеостомии.

При выполнении работы применяли микробиологический метод с определением антибиотикорезистентности бактерий. По результатам пилотного проекта были обследованы 15 больных раком гортани. Из них в 9 случаях была произведена экстренная трахеостомия по Бъерку по поводу субкомпенсированного и декомпенсированного стеноза на фоне запущенного местнораспространенного процесса в гортани. В 6 случаях выполнена плановая трахеостомия после резекции гортани или биопсии злокачественной опухоли. Повторно забор материала проводился со слизистой трахеи на 1-3 сутки и\или 4-7 сутки после операции.

Мазки из передних отделов полости носа были взяты в палате у пациентов раком гортани в первые сутки после госпитализации, из слизистой оболочки трахеи и после извлечения трахеостомической трубки во время перевязок в сроки более 48 часов после поступления в отделение опухолей головы и шеи КГБУЗ КККОД им. А.И. Крыжановского. Забор материала производился стандартным тампоном промышленного производства с использованием транспортной среды. Посев исследуемого материала проводился по методу Gould для оценки этиологической роли выделенных микроорганизмов на комплекс питательных сред. Идентификацию исследуемых культур проводили на основании морфо-тинкториальных, культуральных и биохимических свойств.

Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам осуществлялось диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием дисков BioRad,США. Чувствительность стафилококков к оксациллину определяли методом скрининга в соответствии с Международными рекомендациями CLSI. Для внутрилабораторного контроля определения антибиотикочувствительности и

метициллинорезистентности использовали референс-штаммы из АТСС (*S.aureus*АТСС 25923, *E.coli* АТСС 25922). Исследуемыми антибиотиками являлись: цефалоспорины III и IV поколения (ципрофлоксацин, цефоперазон, цефтазидим, цефипим), пенициллины (ампициллин, тикарциллин\клавуланат), карбопенемы (имипенем, меропенем), аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, амикацин), сульфаниламиды (ко-тримоксазол).

В первой группе пациентов после посева из носа преобладала грамм(+)флора (78,5%). Среди грамположительных кокков преобладали коагулазонегативные стафиллококки, представленные S.epidermidis (33,3%) и S.saprophyticus (13,3%). Патогенные штаммы S.aureus давали рост в 26,6% случаев. Количество штаммов S.aureus чувствительных к полному спектру антибиотиков составило 78,6% (MSSA - 14,2%, MRSA - 7,1%). Остальная микрофлора была чувствительна к антибиотикам в 100% случаев.

Во второй группе пациентов грамм(+)флора составила только 40,0%. Среди грамположительных кокков преобладали S.aureus (11,1%) и коагулазонегативные стафиллококки (11,1%), представленные S.epidermidis. Из патогенных микроорганизмов следует выделить достаточно высокую долю грамм(-)флоры (30,0%). Грамотрицательные аэробные микроорганизмы представлены Enterobacterspp. (22,2%), Klebsiellapneumonia (11,1%). Грамотрицательная флора в 100% случаев была резистентна к ампициллину. Остальная микрофлора чувствительна к антибиотикам в 100% случаев.

В первые 48 часов микрофлора на слизистой оболочке трахеи также представлена в основном грамм(+)флорой (57,2%), преобладает S.epidermidis (20%). Штаммы S.epidermidis в 25% случаев резистентны к ципрофлоксацину, цефоперазону и цефтазидиму. В тоже время выявляется грамм(-)флора (28,6%) по сравнению с посевами из передних отделов носа. Идентификация патогенных штаммов Enterobacter spp., Acinetobacter spp., Klebsiella pneumonia создает предпосылки для развития патологических процессов в послеоперационном периоде. Klebsiella pneumonia в 100% случает обладает устойчивостью к ампициллину. Остальная микрофлора чувствительна к антибиотикам в 100% случаев.

На 4-7 сутки в посевах сохраняется аналогичное общее соотношение грамм(+) и грамм(-) микроорганизмов, выявленное при первых посевах. Среди грамм(+)микрофлоры по-прежнему преобладает S.epidermidis (25,0%), однако выявлены MRSE (20,0%) и MSSE (20,0%) штаммы. S.aureus (5,0%) представлен MSSA в 100% случаев. Антибиотикопрофилактика и лечение местных осложнений всем больным проводилась с использованием цефтриаксона или ципрофлоксацина.

Выводы:

1) Передние отделы носовой полости у больных раком гортани в первые 48 часов пребывания в стационаре колонизированы преимущественно грамм(+)микрофлорой с

преобладанием S.epidermidis и S.aureus. В этой группе пациентов колонизация грамм(+)микроорганизмами уменьшается на 38,5% и возрастает на 22,9% за счет грамм(-)микрофлоры после выполнения экстренной трахеостомии по сравнению с плановыми трахеостомами.

2) Слизистая оболочка верхних отделов трахеи у больных раком гортани в первые 48 часов пребывания в стационаре также колонизированы преимущественно грамм(+)микрофлорой с преобладанием S.epidermidis. Однако, независимо от сроков выполнения трахеостомии 25,0% этих пациентов имеют грамм(-)микрофлору, представленную Enterobacter spp., Acinetobacter spp., Klebsiella pneumonia.

3) На 4-7 сутки пребывания в стационаре у больных раком гортани сохраняются аналогичные пропорции колонизации грамм(+) и грамм(-)микроорганизмами слизистой оболочки верхних отделов трахеи в зоне трахеотомии.

4) Доля штаммов MRSE S.epidermidis в сроки более 48 часов пребывания в стационаре на 12,9% больше, чем доля штаммов MRSA S.aureus до 48 часов госпитализации.

5) S.epidermidis в 25% случаев резистентны к ципрофлоксацину, цефоперазону и цефтазидиму в первые 48 часов госпитализации. Klebsiella pneumonia в 100% случаев обладает устойчивостью к ампициллину во всех группах больных.

6) На основании анализа спектра выделенных микроорганизмов и результатов антибиотикограмм, можно рекомендовать провести коррекцию антибиотикопрофилактики и лечения местных осложнений антимикробными препаратами из группы цефалоспоринов с учетом выявленных резистентных штаммов грамм(+) и грамм(-)бактерий. При выявлении MRSA, MRSE штаммов грамм(+)микрофлоры возможно назначение противомикробных средств для местного применения (бактробан, банеоцин), что является предметом дальнейших исследований по этой проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Давыдов М.И., Дмитриева Н.В. Инфекции в онкологии. – Практическая медицина, 2009. – 472 с.

2) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. - 2014.илл. - 250 с.

УДК159.94:[377:615.1] – 057.876

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА КРАСГМУ

А.А. Антонова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж
Научный руководитель: преп. Лопатина Т.Н.

Основной мотивацией получения образования медицинского профиля является изучение медицинской науки и оказание помощи людям. Студенты достаточно хорошо представляют характер профессиональной деятельности и профессиональные обязанности, но не осознают глубину психической нагрузки и психологическое напряжение, в котором находятся медицинские работники. Вредные условия труда в здравоохранении подразумевают наличие стрессовых факторов. Врачи и медсестры постоянно общаются с тяжелобольными пациентами, видят их страдания, являются свидетелями смертельных случаев. Это вызывает хроническое эмоциональное напряжение, депрессии, тяжелые неврозы. Состояние здоровья сестринского медперсонала неизбежно отражается на качестве оказания профессиональной помощи населению.

Необходимо отметить, что многие студенты находятся еще в подростковом возрасте. Завышенные притязания и не всегда адекватные представления о своих возможностях приводят к многочисленным конфликтам и часто вызывают стрессовые реакции организма. У студентов отмечается высокий риск развития как информационного, так и эмоционального стресса [1, 3]. Важное направление психического развития в подростковом возрасте связано с формированием стратегий или способов преодоления проблем и трудностей. Подготовленность психологической стойкости зависит от уверенности в собственных силах по преодолению трудностей и умения находить выход в неблагоприятных условиях [2]. Постоянное давление способны выдержать самые сильные духом.

Стрессоустойчивость «можно более конкретно определить как свойство личности, обеспечивающее гармоническое отношение между всеми компонентами психической деятельности в эмоциогенной ситуации и, тем самым, содействующее успешному выполнению деятельности» - Б.Х. Варданян [4].

Тест на стрессоустойчивость - показатель толерантности и устойчивости студентов на внешние раздражители.

Цель работы – оценить стрессоустойчивость студентов фармацевтического колледжа.

Задачи:

1. Определить уровень стрессоустойчивости студентов;
2. Выявить основные проявления стресса у студентов;
3. Выявить основные причины, способствующие развитию стрессовых ситуаций;
4. Оценить вклад личных проблем в общую картину стресса;
5. Определить практикуемые приемы снятия стресса.

Объект исследования – студенты I-IV курсов фармацевтического колледжа.

Предмет исследования – стрессоустойчивость студентов.

Методы и средства: анкетирование, статистические методы.

Критерий включения в исследование - согласие на анонимное анкетирование, критерием исключения являлся отказ от исследования.

Для проведения исследования был предложен тест на оценку стрессоустойчивости, разработанный учеными - психологами Медицинского центра Университета Бостона[5]. Студентам предлагалось ответить на вопросы, исходя из того, насколько часто эти утверждения верны. Критерии оценки: менее 10 баллов - высокий уровень стрессоустойчивости; 11-30 баллов – средний уровень стрессоустойчивости; 31-50 баллов – низкий уровень стрессоустойчивости; более 50 баллов – крайне низкий уровень стрессоустойчивости.

С целью выявления основных причин стресса студентам предлагалось оценить по 10 бальнойшкале вклад личных проблем в общую картину стресса: строгие преподаватели, большая учебная нагрузка, жизнь вдали от родителей (для иногородних студентов), неумение правильно распорядиться финансами, неумение правильно организовать свой режим дня, нерегулярное питание, проблемы совместного проживания с другими студентами, нежелание учиться или разочарование в профессии, стеснительность, страх перед будущим, застенчивость, проблемы в личной жизни, излишне серьезное отношение к учебе, конфликт в группе, большая внеучебная нагрузка (развлечения).

С целью выявления основных проявлений стресса, студентам предлагалось оценить по 10 бальной шкале собственные ощущения: беспомощность, невозможность справиться с проблемами, невозможность избавиться от посторонних мыслей, повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания, раздражительность, обидчивость, плохой сон, учащенное сердцебиение, боли в сердце, затрудненное дыхание, дрожание рук (тремор), плохое настроение, страх, тревога, потеря уверенности, снижение самооценки, ощущение постоянной нехватки времени, проблемы в общении, проблемы с желудочно-кишечным трактом (боли в животе, понос), головные боли, низкая работоспособность.

Так же студенты указывали практикуемые ими приемы снятия стресса: алкоголь, сигареты, наркотики, телевизор, компьютер, еда, перерыв в работе или учебе, сон, общение с друзьями или любимым человеком, поддержка или совет родителей, секс, прогулки на свежем воздухе, хобби, физкультура (спорт), чтение книг (журналов).

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с определением средних величин и среднего квадратического отклонения с использованием программы MicrosoftOfficeExcel.

В результате проведенных исследований установлено, что уровень стрессоустойчивости студентов составляет в среднем 28.32 балла (таблица 1).

Таблица 1 - Оценка стрессоустойчивости студентов

Параметры	Курс				
	I n=45	II n=44	III n=88	IV n=31	по колледжу n=208
Средний балл	27.14±1.53	28.59±1.39	28.16±0.95	29.42±1.59	28.32±1.3

Самые низкие показатели отмечаются у студентов 1 курса: 27.14±1.53 балла, но это не вызывает опасений, потому что более 60% студентов имеют высокий или средний уровень стрессоустойчивости. Относительно низкие показатели связаны с проблемами адаптационного периода и сменой социальной позиции. Отмечается незначительный рост стрессоустойчивости по мере взросления студентов, но увеличивается доля студентов с низкой толерантностью (таблица 2, рисунок 1). К последнему году обучения число студентов с низким уровнем стрессоустойчивости достигает 51%. Именно эти студенты испытывают страх перед будущим, неуверенность в завтрашнем дне и профессиональную неопределенность, тогда как психологическая стойкость зависит от уверенности в собственных силах по преодолению трудностей и умения находить выход в неблагоприятных ситуациях.

Таблица 2 - Уровень стрессоустойчивости студентов

Уровень стрессоустойчивости	Курс									
	I n=45		II n=44		III n=88		IV n=31		Всего n=208	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высокий	1	2.2	0	0	1	1.2	0		2	1
Средний	28	62.2	24	54.5	49	55.7	15	48.4	116	55.7

Низкий	11	24.4	13	29.5	26	29.5	12	38.7	62	29.8
Крайне низкий	5	11.1	7	15.9	12	13.6	4	12.9	28	13.4
ИТОГО	45	100	44	100	88	100	31	100	208	100

При оценке основных проявлений стресса выявлено, что у студентов доминируют физиологические и эмоциональные проявления стресса. У многих студентов отмечается нарушение сна, учащиеся 1, 3 и 4 курсов ощущают постоянную нехватку времени, а второкурсников чаще беспокоят головные боли. Немаловажно отметить и тот факт, что все студенты испытывают чувство невозможности избавиться от посторонних мыслей. Крайне незначительно выражены признаки антисоциального поведения.

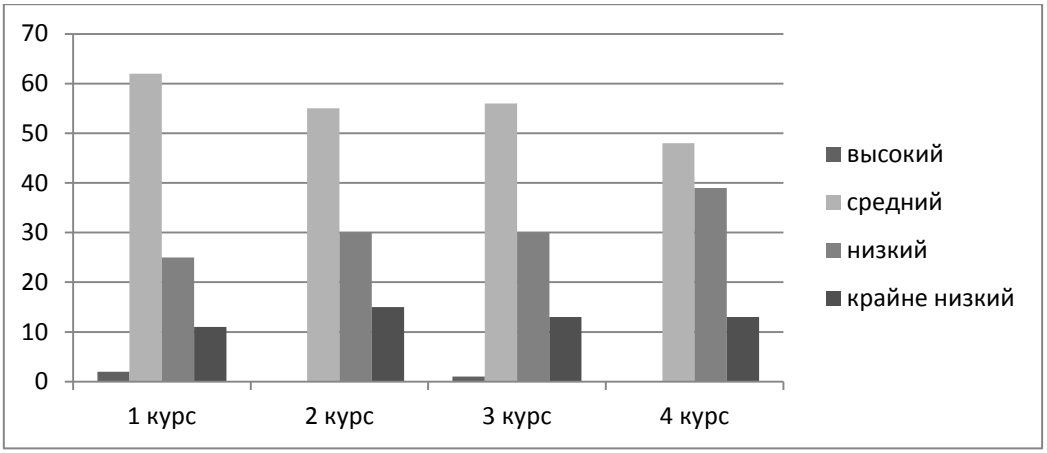


Рисунок 1 - Уровень стрессоустойчивости студентов

Основными причинами стресса студенты считают большую внеаудиторную нагрузку, неспособность планировать время и распоряжаться финансами. Иногородние студенты основной причиной стресса считают жизнь вдали от родителей и проблемы совместного проживания с другими студентами. Жизнь вдали от родителей и большая учебная нагрузка – доминирующие причины стресса у студентов 1, 2 и 3 курсов, у студентов 4 курса - проблемы в личной жизни и нерегулярное питание. Студентов колледжа мало беспокоят межличностные отношения и конфликты в группе. Вклад личных проблем в общую картину стресса увеличивается по мере взросления студентов и приобретает значимость на 4-ом курсе. Ранжирование причин стрессов позволяет выделить 3 группы проблем:

- организационные;
- волевые;
- коммуникативные.

Для снятия стресса студенты практикуют общение с друзьями или любимым человеком, сон и прогулки на свежем воздухе. 4 место в рейтинге адаптационно-

деятельностных механизмов занимает прием пищи (рисунок 2). Обращаются за поддержкой или советом к родителям только студенты 1 курса. Неактуальным является прием алкоголя и употребление сильнодействующих веществ. Студенты достаточно сдержанно относятся к таким приемам снятия стресса, как занятия физкультурой и спортом, чтение книг и просмотр телепередач, предпочитая работу на компьютере. Очень незначительное количество студентов в трудных ситуациях обращаются к вере.

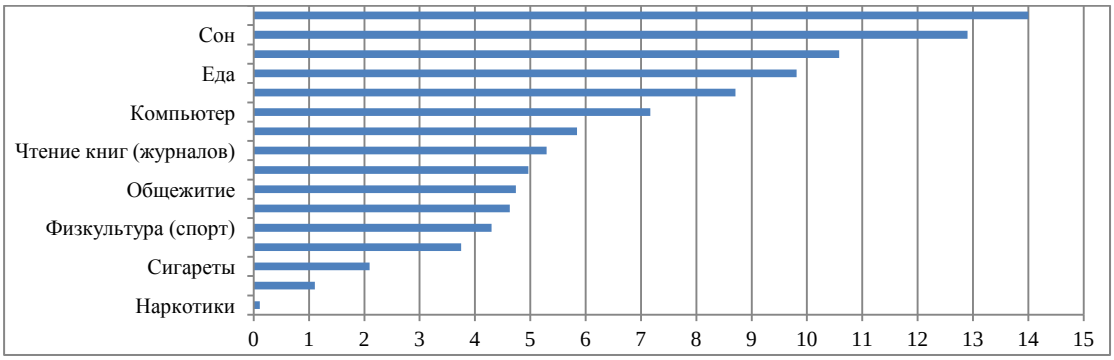


Рисунок 2 - Основные приемы снятия стресса студентами

Выводы:

1. Уровень стрессоустойчивости студентов фармацевтического колледжа КрасГМУ средний. По мере взросления студенты становятся более устойчивы к стрессу, но доля студентов с низкой толерантностью увеличивается.

2. У студентов доминируют физиологические и эмоциональные проявления стресса.

3. Ранжирование причин стрессов позволяет выделить 3 группы проблем: организационные, волевые, коммуникативные.

4. Вклад личных проблем в общую картину стресса увеличивается по мере взросления студентов и приобретает значимость на 4-ом курсе.

5. Восполнение физиологических и коммуникативных потребностей – основные приемы снятия стресса.

В заключение необходимо отметить, что достаточно высокий уровень стрессоустойчивости студентов, получающих медицинское образование, обусловлен профессиональными требованиями, предъявляемыми к специальности. По мере изучения медицинской науки и специальных дисциплин возрастает стрессоустойчивость. Студенты достаточно успешно справляются с возникающими проблемами и демонстрируют толерантность к внешним раздражителям сохраняя высокую эффективность и жизнедеятельность. Тем не менее, такие исследования необходимы с целью контроля ситуации и формирования правильной установки для работы с больными людьми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодров В.А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов / В.А. Бодров - М.: ПЕРСЭ, 2000 – 352с.
2. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса // Психологический журнал. - 2006. - № 2. - с.113-123.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров - М.: ПЕРСЭ, 2006 – 528с.

УДК 614.253.52

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОЙ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ

А.А. Антонова

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научные руководители: преп. Лопатина Т.Н., преп. Фукалова Н.В.

Обеспечение инфекционной безопасности в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) – одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения.

Основополагающим принципом здравоохранения является безопасность пациентов, но каждому этапу в процессе оказания помощи свойственна какая-то определенная небезопасность [4,7]. Неблагоприятные реакции могут наступать в результате каких-либо проблем, связанных с практикой, продуктами, процедурами или системами.

В системе мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ) ведущая роль принадлежит сестринскому персоналу, обеспечивающему антиинфекционную защиту в лечебно-профилактических организациях[7,9]. От четкой и грамотной работы среднего медицинского персонала во многом зависит эпидемическое благополучие медицинского учреждения. Работа в лечебно-профилактических учреждениях 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.

Эффективность мер профилактики определяется устойчивостью мотивации выполнения стандартных мер и практическими навыками сестринского персонала, а также правильному подбору дезинфицирующих средств[4,6].

Мониторинг профессиональной грамотности средних медицинских работников является важнейшим и неотъемлемым звеном в предупреждении внутрибольничного инфицирования. Качество мониторинга определяется сознательным отношением медицинских работников к собственной безопасности и безопасности пациентов, их пониманием значения предупреждения травматизма, адекватным отношением к обращению с отходами.

Целью исследования явилось определение уровня информированности медицинских сестер и организаторов сестринского дела по вопросам инфекционной безопасности, выявление наиболее проблемных вопросов профилактики ВБИ и барьеров, препятствующие изменению ситуации.

Задачи:

1. Оценить уровень знаний эпидемического процесса ЛПО медицинских сестер и организаторов сестринского дела;
2. Оценить степень личного участия медицинских сестер в мероприятиях по обеспечению инфекционной безопасности;
3. Выявить наиболее проблемные вопросы профилактики внутрибольничных инфекций;
4. Разработать рекомендации по совершенствованию профилактических мероприятий.

Объект исследования – слушатели отделения повышения квалификации фармацевтического колледжа КрасГМУ: медицинские сестры, работающие в ЛПО Красноярского края и республике Тыва.

Критерий включения в исследование: согласие на анонимное анкетирование.

Гипотеза: при оказании медицинской помощи населению медицинский работник не может во всех случаях гарантировать инфекционную безопасность, но осознает необходимость относиться к любому пациенту как к потенциально инфицированному применяет необходимые средства индивидуальной защиты.

Исследование проводилось по данным анкетирования, проведенного в отделении повышения квалификации фармацевтического колледжа КрасГМУ.

Группы исследования.

Группа 1. Медицинские сестры, работающие в отделениях хирургического профиля. Распределение по возрастному критерию: 20-29 лет - 48%; 30-39 лет – 21%; 40 и более лет –

31%. Распределение по стажу работы: до 5 лет – 52% (из них стаж до 1 года – 68%); 5-10 лет – 12%; более 10 лет – 36%.

Группа 2. Медицинские сестры, работающие в отделениях терапевтического профиля. Распределение по возрастному критерию: 20-29 лет - 26%; 30-39 лет – 36 %; 40 и более лет – 38%. Распределение по стажу работы: до 5 лет – 58% (из них стаж до 1 года – 27%); 5-10 лет – 21%; более 10 лет – 21%.

Группа 3. Организаторы сестринского дела (старшие и главные медсестры). Распределение по возрастному критерию: 20-29 лет – 4%; 30-39 лет – 32%; 40 и более лет – 64%. Распределение по стажу работы: 5-10 лет – 4%; более 10 лет – 96%.

Для проведения исследования была использована анкета для оценки уровня информированности по вопросам инфекционной безопасности. В анкету включены вопросы, направленные на оценку уровня знаний по защите от профессионального заражения гемоконтактными инфекциями, вопросы по дезинфекции изделий медицинского назначения, сбору и утилизации отходов ЛПО (25 вопросов). Каждый правильный ответ оценивался в 2 балла. Критерии оценки: 41-50 баллов – высокий уровень, 31-40 баллов – средний уровень, 21-30 баллов – низкий уровень информированности.

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с определением средних арифметических и среднего квадратичного отклонения с использованием программы MicrosoftOfficeExcel. Для качественных признаков описательная статистика представлена процентными долями и их стандартными ошибками.

Уровень информированности по вопросам профилактики госпитального заражения представлен в таблицах 1,2.

Таблица 1- Уровень информированности медицинских сестер различного профиля по вопросам инфекционной безопасности

Уровень информированности	Группа 1 (n=182)		Группа 2 (n=206)		Группа 3 (n=50)	
	Средние значения (баллы)	%	Средние значения (баллы)	%	Средние значения (баллы)	%
Высокий уровень	43,5±0,7	2±1.4	43,57±1,2	37±4.8	44,25±1,8	32±4.6
Средний уровень	35,02±2,1	84±3.6	34,40±1,8	47±4.9	34,6±1,41	68±4.6
Низкий уровень	26,85±1,4	14±3.4	26,45±1,2	16±3.6	-	-
ИТОГО	35,18±1,4	100	34,81±1,4	100	39,4±1,6	100

Лучшие результаты 39.4±1.6 баллов показали организаторы сестринского дела (группа 3). В этой группе высокий уровень информированности продемонстрировали 32% респондентов, средний уровень – 68%, специалистов с низким уровнем осведомленности не выявлено.

В отделениях хирургического профиля (группа 1) у большинства респондентов (84%) выявлен средний уровень информированности. 14% опрошенных достаточно слабо информированы по вопросам инфекционной безопасности и имеют низкий уровень информированности – это медицинские сестры в возрасте 20-22 года со стажем работы до 3-х лет. Необходимо отметить, что медицинские сестры со стажем работы до 1 года имеют более высокие показатели, что обусловлено остаточными знаниями после обучения в среднем профессиональном учебном заведении. Лишь 2% респондентов имеют представление о многофакторности эпидемического процесса в ЛПУ и показали высокий уровень информированности. Специфика работы в отделениях хирургического профиля обуславливает то, что медицинские сестры считают приоритетными мероприятия по дезинфекции и стерилизации. Лучше осведомлены о многофакторности эпидемического процесса медицинские сестры, работающие в отделениях терапевтического профиля (группа 2).

Таблица 2 - Уровень информированности специалистов среднего звена по вопросам инфекционной безопасности

Уровень информированности	Медицинские сестры (n=388)		Организаторы сестринского дела (n=50)	
	Средние значения (баллы)	%	Средние значения (баллы)	%
Высокий уровень	43.5±1.9	19.4±3.1	44,25±1,8	32±2.6
Средний уровень	34.7±1.9	65.6±1.6	34,6±1,4	68±1.6
Низкий уровень	26.5±1.3	15±1.3	-	-
ИТОГО	34,9±1,7	100	39,4±1,6	100

Установлено неполное применение медицинскими сестрами имеющихся знаний по профилактике ВБИ на практике: все медицинские сестры осуществляют сбор отходов класса Б и использованного многоразового инструментария в емкости, заполненные дезраствором, что в принципе недопустимо. Учитывая, что инструктаж по дезинфекции проводится

регулярно, подобная установка дается специалистами высшего звена и организаторами сестринского дела, которые делают аналогичные ошибки. В действующих методических указаниях по вопросам дезинфекции и в инструкциях по применению дезинфектантов четко даны указания по применению препаратов в соответствующей концентрации и выдержки экспозиции. С учетом того, что многие дезинфектанты обладают летучестью, неправильная трактовка нормативных документов оказывает неблагополучие с 2-х позиций:

1. Увеличивается концентрация дезинфектантов в воздухе рабочей зоны, что потенциально является неблагоприятным фактором для персонала и пациентов;
2. Снижается концентрация рабочих растворов дезинфектантов – это не может гарантировать качество дезинфекции.

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 осознают, что в ЛПО используются опасные практики обращения с медицинским инструментарием и согласны с тем, что безопасность медперсонала является приоритетом, но недооценивают риск травматизации.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Медицинские сестры и организаторы сестринского дела демонстрируют средний уровень информированности по вопросам инфекционной безопасности. Более высокие показатели отмечаются у старших и главных медсестер. Медицинские сестры хирургических отделений считают приоритетными мероприятия по дезинфекции и стерилизации. Медицинские сестры, работающие в отделениях терапевтического профиля, лучше осведомлены о многофакторности эпидемического процесса
2. В ЛПО отмечается высокий риск травматизации острым медицинским инструментарием, но медицинские сестры этот риск недооценивают.
3. Нарушение режима дезинфекции и правил сбора, хранения, утилизации отходов создают риск инфицирования для определенных (социально неблагополучных) слоев населения.
4. Действующие нормативные документы содержат конкретную информацию по вопросам дезинфекции, но существующие алгоритмы работы не соответствуют требованиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимкин В.Г. Система профилактики внутрибольничных инфекций в России. Служба госпитальных эпидемиологов: итоги и перспективы развития // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2005. - № 1. - С. 4-8.

2. Акимкин В.Г., Обращение с отходами в ЛПУ: Пособие для медицинских сестер. МЦФЭР, 2004 г., 176 стр.

3. Внутрибольничные инфекции : метод. пособие для студентов 5 курса медико-профилактического, лечебного и педиатрического факультетов / сост. Т.М. Бутаев, М. С. Царикаева. - Владикавказ : СОГМА, 2012. - 19 с.

4. Дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация : учеб. пособие для студентов медико-профилактического, лечебного и педиатрического факультетов / сост. Ф. У. Козырева, О. К. Абаева, Н. М. Кумыкова. - Владикавказ : СОГМА, 2012. - 162 с.

5. Дональдсон Л. Всемирный Альянс за безопасность пациентов//Здравоохранение. № 9-2006. С 19-21/

6. Экерман П., Бракман М., Основы инфекционного контроля: практическое руководство; Амер. междунар. союз здравоохранения : пер. с англ.; 2-е изд. - М. : Альпи-на, 2003., 455с.

УДК 616.8-06:616.33-053.2

МЕТАСИМПАТИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Э.А. Артюкова, Н.В. Сверчкова, Л.К. Поданёва
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., доц. С.Л. Парилов

Срыгивание - пассивное забрасывание небольших количеств пищи из желудка в пищевод, в глотку и ротовую полость в сочетании с отхождением воздуха, наблюдается преимущественно у грудных детей непосредственно или вскоре после кормления.

Актуальность. Частое срыгивание у детей может вызвать ночной спазм гортани, а он, в свою очередь может являться одной из причин бронхоконстрикторного рефлекса и внезапной смерти. Существует две теории возникновении срыгивания. Одни исследователи рассматривают его как физиологический процесс, возникающий вследствие незрелости

нижнего пищеводного сфинктера или переедания, но не объясняют причину отсутствие безусловного рефлекса переполнения желудка, другие авторы считают, что срыгивание имеет патологическую природу является следствием врожденного или приобретенного нарушения иннервации пищевода и желудка. Мы предположили, что срыгивание не является физиологическим процессом. Чтобы это подтвердить, нами была поставлена

Цель: выявить современное состояние проблемы срыгивания и гастроэзофагального рефлюкса у грудных детей по данным доступной литературы. Для достижения цели поставлены следующие

Задачи:

1. Изучить литературу по данной теме.

2. Изучить влияние метасимпатической нервной системы на функционирование органов пищеварения.

3. Изучить возможное влияние родовой травмы на развитие у новорожденного патологического гастро-эзофагального рефлюкса.

Входе изучения литературы по данной теме мы обозначили для себя, что в отличие от взрослых, у которых гастроэзофагальный рефлюкс, не является жизнеугрожающим состоянием, у новорожденных и грудных детей он относится к тяжелому заболеванию и проявляется рвотой съеденной пищей [5].

Считается, что чувство наполнения желудка и закрытия сфинктеров управляется безусловными рефлексами. Они не срабатывают, если повреждена иннервация органов. При этом метасимпатическая нервная система, которая является посредником между симпатической и парасимпатической нервной системой и органами-мишенями, не получая координированных импульсов, работает беспорядочно.

Под метасимпатической нервной системой понимается комплекс микроганглионарных образований, расположенных в стенках внутренних органов, обладающих моторной активностью. Она не имеет своего центрального аппарата и её афферентные и эфферентные связи с центральными структурами опосредованы нейронами симпатической и парасимпатической нервных систем, образующих синаптические контакты на телах и отростках метасимпатических интер- и эффекторных нейронов. Совокупность нейронов представляет собой низшие рефлекторные центры, состоящие из объединенных в функциональные модули четырех основных групп клеток: формирующие ритмическую активность (генератор ритма), эффекторные (возбуждающие и тормозящие), сенсорные. Модули объединяются тормозящими и возбуждающими связями [2,3].

Нервная система пищевода состоит из трех частей — парасимпатического, симпатического и интрамуральиого нервных сплетений. Парасимпатическая иннервация пищевода берет свое начало в двигательных ядрах блуждающих нервов. Нервные волокна этих ядер сливаются с языкоглоточным , возвратным гортанным и глоточным нервами и достигают стенки пищевода, образуют пищеводное сплетение, стимулируя главным образом двигательную активность. От пищеводного сплетения идут левый передний и правый задний стволы блуждающих нервов, участвующие в дальнейшем в иннервации желудка. Симпатическая иннервация пищевода имеет меньшее значение. Верхняя часть шейного отдела пищевода получает симпатические волокна от глоточного сплетения, нижняя часть шейного отдела и верхняя часть внутригрудного отдела — от звездчатого ганглия, нижнегрудной отделу от грудного аортального сплетения, симпатической цепочки и чревных (внутренностных) нервов, внутрибрюшной отдел от ветвей чревного ганглия. Внутренняя иннервация стенки пищевода осуществляется за счет интрамуральных нервных сплетений. Наиболее важным является нервное сплетение мышечной оболочки пищевода, так называемое ауэрбаховское сплетение, которое расположено между двумя мышечными слоями стенки пищевода. Как и в других отделах желудочно-кишечного тракта в подслизистом слое стенки пищевода располагается мейссеровское сплетение, однако здесь оно имеет значительно меньше ганглиев, чем в других отделах.

При родовой травме нервной системы выделяют 12 групп повреждений. Одним из обязательных является механическое повреждение системы блуждающего нерва. При обзоре литературы выявлено, что наиболее частой причиной развития повреждения системы блуждающего нерва является перелом латерально-базиллярного синхондроза.

Мы считаем, что повреждение блуждающего нерва приведёт к нарушению парасимпатического звена иннервации желудочно-кишечного тракта. В результате возникает нескоординированная работа как нижнего, так и верхнего сфинктеров и, учитывая иннервацию желудка, у ребенка исчезает чувство его наполнения.

Проанализировав литературу, мы пришли к выводу, что срыгивание является синонимом гастроэзофагального рефлюкса и во многих случаях является проявлением родовой травмы системы блуждающего нерва.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Л. А. Бокерия. Синдром внезапной смерти новорожденных: этиология, патогенез, современные диагностические подходы и методы профилактики / Л. А. Бокерия, О. Л. Бокерия, О. И. Кулага // Анналы аритмологии. – 2009. Том 6. - №2. – С. 12-23.

2. А. Д. Ноздрачёв. Физиология вегетативной нервной системы / Л., 1983. – 296 с.

3. С. Л. Парилов. Посттравматические вагусные пневмонии / С. Л. Парилов, Б. А. Саркисян, В. И. Чикун // Красноярск, 2006. – 112 с.

4. С. Л. Парилов. Судебно-медицинская оценка родовой травмы центральной и парасимпатической нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни / Москва, 2009.

5. Gomes, H. Infant apnea and gastroesophageal reflux / H. Gomes, P. Lallemand // Pediatr. Radiol. - 1992. - V. 22, №1. - P. 8-11.

УДК 616. 514 - 02

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРАПИВНИЦЫ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА

Е.В. Аткнина, Т.О. Бугакова, А.А. Ермакова, К.С Кудрицкая

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, д.м.н., доц. Е.А. Собко, к.м.н. асс. С.В. Чубарова

Актуальность проблемы. Крапивница представляет собой важную медико-социальную проблему, актуальность которой обусловлена высокой распространенностью среди населения и по данным ряда авторов достигает от 8 до 25% [4]. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что пятая часть всего населения нашей планеты хотя бы один раз в жизни переносит эпизод крапивницы. Крапивница является гетерогенным заболеванием, основным клиническим проявлением которого является волдырь [2]. Традиционно выделяют острую и хроническую формы крапивницы. Диагноз острой крапивницы (ОК) предполагает продолжительность заболевания менее 6 недель, когда хроническая крапивница (ХК) сохраняется более 6 недель [3]. ХК принято разделять на два основных типа: хроническая спонтанная (идиопатическая) крапивница и индуцированная крапивница. В большинстве случаев ХК не связана с каким-либо аллергеном. У 30-50% больных идиопатической крапивницей предполагается аутоиммунная основа заболевания, обусловленная циркулирующими аутоантителами – анти-FcεRIα[5]. Главной особенностью крапивницы является активация тучных клеток, что приводит к высвобождению гистамина. Однако недостаточная эффективность терапии антигистаминными препаратами позволяют

предположить, что в патогенезе различных форм заболевания принимают участие и другие медиаторы аллергического воспаления, а также цитокины [1;4].

Цель исследования: провести ретроспективный анализ историй болезни для выявления основных причин острой и хронической крапивнице по данным аллергологического отделения ККБ.

Задачи исследования: провести ретроспективный анализ историй болезни больных крапивницей; выявить наиболее значимые причинные факторы при острой и хронической крапивнице; провести статистическую обработку полученных данных.

Материалы и методы. Было проанализировано 307 историй болезни больных различными формами крапивницей, находящихся на лечении в отделение аллергологии КГБУЗ ККБ с 2008 по 2014 год. Диагноз устанавливался на основании результатов общеклинических методов обследования, соответствующих стандартам диагностики заболевания (2013), а также специфического аллергологического исследования, которое включало в себя: анализ данных аллергологического анамнеза, проведение кожных проб с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами. Кроме того, при подозрении на наличие физической формы крапивницы проводились холодовая аппликационная проба, определение уртикарного дермографизма, пробы с дозированной физической нагрузкой.

Возраст всех больных составил 33 [24; 49,75] года, давность заболевания 90,5 [7; 1460] дней, возраст дебюта заболевания 29 [21; 42] лет. Из них было 197 (64,2 ± 2,7%) женщин и 110 (35,8 ± 2,7%) мужчин. Все пациенты были разделены на 2 группы В 1-ю группу включены больные ОК, во 2-ю группу вошли пациенты с ХК (табл. 1).

Таблица 1 – Основные клинико-анамнестические данные больных острой и хронической крапивницей

Показатель		Единицы измерения	Острая крапивница (n=138)	Хроническая крапивница (n=169)	Значимость различий
Давность заболевания (дни)		Me [Q1;Q3]	6 [2;14]	1095 [242;3650]	p<0,0001
Возраст (годы)		Me [Q1;Q3]	29 [23;42,5]	36 [25,75;53]	p=0,007
Возраст дебюта заболевания (годы)		Me [Q1;Q3]	29 [23;41]	30 [18;42]	p=0,647
Пол	Мужской	абс/%	48/34,8	62/36,7	p=0,411
	женский	абс/%	90/65,2	107/63,3	p=0,411

Примечание: значимость различий качественных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2. Значимость различий при исследовании количественных показателей оценивали с использование непараметрического критерия Манна-Уитни.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы «Statistica» версии 7,0. Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, а для количественных признаков использовались медиана (Me) и квартили (Q_1;Q_2). При отсутствии нормального распределения переменных проводили сравнение групп с использованием непараметрического критерия Пирсона χ^2 с поправкой на непрерывность. Различия во всех случаях оценивали, как статистически значимые при $p<0,05$.

Результаты. ОК обычно связана с действием каких-либо факторов и аллергенов, а причиной хронической часто является другое заболевание и в этом случае крапивница выступает как симптом. Одним из факторов, вызывающих развитие крапивницы, являются лекарственные препараты (табл. 2). По данным ряда авторов, лекарственная аллергия в большинстве случаев индуцирована бета-лактамными антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами [3]. По данным анализа историй болезни, лекарственная аллергия отмечалась у 43 (31,2±3,94%) больных 1-й группы и у 61 (36,1±3,69%) пациента 2-й группы (p=0,216).

Таблица 2 – Лекарственная непереносимость у больных острой и хронической крапивницей

Показатель	Единицы измерения	Острая крапивница (n=138)	Хроническая крапивница (n=169)	Значимость различий
Лекарственная аллергия	абс/%	43/ 31,2	61/36,1	p=0,216
Пенициллины	абс/%	12/ 8,7	18/10,7	p=0,703
Другие противомикробные препараты	абс/%	12/8,7	18/10,7	p=0,703
НПВС	абс/%	9/ 6,52	21/12,4	p=0,123
Ингибиторы АПФ	абс/%	2/ 1,45	0/0	p=0,391
Витамины	абс/%	6/ 4,35	6/3,55	p=0,950

Примечание: значимость различий качественных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2.

Среди больных ХК лекарственная непереносимость в анамнезе отмечалась у 44 (72,1±5,74%) человек. Более того, у 9 (6,52%) больных обострение заболевания развилось в результате приема препарата, на который ранее была зарегистрирована аллергическая реакция. ОК в 23 (53,5±7,61%) случаях дебютировала в ответ на введение лекарственных средств. Таким образом, лекарственная аллергия является значимым фактором, приводящим к развитию кожных проявлений и более часто регистрируется при остром течении заболевания (p=0,007).

Давно известна высокая распространенность заболеваний щитовидной железы у больных особенно ХК [5]. По нашим данным существенно чаще узловой зоб регистрировался у больных 2-й группы. Так очаговая патология щитовидной железы среди больных ОК была выявлена у 34 (24,6±3,67%) человек, а у больных ХК у 70 (41,4±3,79%) пациентов (p=0,003).

Существует мнение, что вирусная инфекция может выступать триггером в развитии обострения ХК [4]. Однако в данном исследовании инфекционная теория не нашла существенного подтверждения. Роль паразитарных инвазий в возникновении крапивницы окончательно не установлена. По данным британского общества по аллергологии и клинической иммунологии 2014 четкой связи между паразитозом и крапивницей не было установлено [4]. По данным нашего анализа показано, что различные формы паразитоза (описторхоз, токсокароз, лямблиоз) чаще регистрировались у больных 2-й группы (табл. 3).

Таблица 3 – Паразитарная инвазия, выявленная до госпитализации в стационар

Показатель	Единицы измерения	Острая крапивница (n=138)	Хроническая крапивница (n=169)	Значимость различий
Описторхоз	абс/%	6/ 4,3	26/15,4	p=0,003
Токсокароз	абс/%	0/0	7/4,1	p=0,042
Лямблиоз	абс/%	6/ 4,3	26/15,4	p=0,003
Аскаридоз	абс/%	2/1,5	1/0,59	p=0,855
Дифиллоботриоз	абс/%	2/1,5	0/0	p=0,391

Примечание: значимость различий качественных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2.

В условиях стационара продолжался поиск паразитарной инвазии. Так данный диагноз был установлен у 8,7% больных 1-й группы и у 15,4% больных 2-й группы (p=0,179). В группе больных ХК чаще регистрировался лямблиоз (p=0,024). Методом дуоденального зондирования диагноз паразитарного заболевания был установлен в 5% случаев при ОК и в 11,8% случаев при хронической крапивнице (p=0,06).

При обследовании у всех пациентов были выявлены различные заболевания пищеварительной системы (табл. 4).

Большое внимание уделяется H.pylori, как одному из многочисленных триггеров крапивницы [3]. Согласно полученным данным этот возбудитель преимущественно был идентифицирован у больных хронической формой заболевания (p=0,006).

Больным с ХК было проведено обследование в большом объеме, но, несмотря на широкий спектр возможных причин заболевания, остается ряд пациентов, у которых провоцирующий фактор не выявлен. Так, идиопатическая крапивница у больных этой группы была зарегистрирована в 11% случаев. Среди больных с острым течение заболевания причинно-значимый фактор не выявлен у 30 (21,7±1,99%) больных.

Таблица 4 – Патология желудочно-кишечного тракта у больных острой и хронической крапивницей

Показатель	Единицы измерения	Острая крапивница (n=138)	Хроническая крапивница (n=169)	Значимость различий
Гепатомегалия	абс/%	16/11,6	19/11,2	p=0,933
ЖКБ	абс/%	11/7,9	6/3,6	p=0,151
Диффузные изменения в печени	абс/%	40/28,9	42/24,9	p=0,493
Протоковые изменения	абс/%	43/31,2	56/33,1	p=0,805
Диффузные изменения в ПЖ	абс/%	65/47,1	90/53,3	p=0,338
Гастрит	абс/%	57/41,3	121/71,6	p<0,001
Эрозии в желудке и/или ДПК	абс/%	10/7,2	17/10,1	p=0,507
Язва желудка и/или ДПК	абс/%	7/5,1	12/7,1	p=0,620
H.pylori	абс/%	3/2,2	18/10,7	p=0,006

Примечание: значимость различий качественных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2.

Таким образом, крапивница является гетерогенным заболеванием, зачастую требующая большого объема диагностических мероприятий, для выявления причинно – значимого фактора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова Н.И. Роль цитокинов в патогенезе хронической крапивницы/ Н.И. Баранова, С.В. Коженкова, Л.А. Ащина// «Цитокины и воспаление», — 2014. — № 1.
2. Караулов А. В. Хроническая крапивница: от понимания механизмов возникновения к новому консенсусу лечения/А. В. Караулов, А. Д. Юцковский, Т. С. Грачева // Аллергология и иммунология. — 2013. т.Том 14, № 3. — С.169-173.
3. Колхир П. В. Причины хронической крапивницы. / П. В. Колхир// Лечащий врач. — 2012. — №10.
4. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema./ Powell RJ, Leech SC, Till S, etc // Clin Exp Allergy. — 2015.
5. Management of chronic spontaneous urticaria: practical parameters./ Marzano AV1, Pigatto PD, Cristaudo A, etc // G Ital Dermatol Venereol. — 2015.

УДК616.-008.64-022.2-073.75-06:616.12

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗОТОПНОЙ РЕНОГРАФИИ И ВЫЯВЛЕНИЕ СТАДИИ ХБП В СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Ш.А. Ахмедова

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

Кафедра Внутренних болезней №1

К.м..н., доцент кафедры внутренних болезней №1 Т.Д. Верещагина

Несмотря на снижение сердечно-сосудистой летальности в последние десятилетия, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной заболеваемости, смерти и инвалидизации как в развитых, так и в развивающихся странах. ССЗ являются самой частой причиной смерти при ХБП, а последняя является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии и смерти. Заболевания сердца и почек имеют общие «традиционные» факторы риска (гипертонию, сахарный диабет, ожирение,

дисдипидемию и др.), а при их сочетании действуют и «нетрадиционные» почечные факторы (гипергидратация, анемия, нарушения фосфорно-кальциевого обмена, системное воспаление и гиперкоагуляция), которые также могут оказывать влияние на риск развития и патогенез ССЗ. По данным многочисленных исследований даже незначительное снижение функции почек ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смерти. Было показано, что распространенность ССЗ в популяции больных со сниженной функциональной способностью почек на 64% выше, чем у лиц с сохранной функцией. Выявлена независимая обратная связь между снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1.73 м2 и увеличением риска смерти, сердечно-сосудистых событий и госпитализации. В свою очередь, вероятность развития почечной дисфункции у больных с сердечно-сосудистой патологией значительно выше, чем в популяции. Было показано, что сочетание любых двух факторов сердечно-сосудистого риска приводит к вероятности снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин в 3.7 раза большей, чем при сохранной функции почек, а более трети больных, перенесших инфаркт миокарда, соответствуют критериям ХБП 3-5 стадии. При сердечной недостаточности уровень летальности обратно пропорционален СКФ, которая является таким же значимым прогностическим фактором, как и величина фракции выброса левого желудочка или функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA.

Даже незначительное снижение функциональной способности почек ассоциируется с повышенным сердечно-сосудистым риском независимо от других факторов риска. Почечная дисфункция ассоциируется также с более частым развитием осложнений и повышением риска сердечно-сосудистой смерти при остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, фибринолитической терапии, чрескожном вмешательстве на коронарных артериях и аортокоронарном шунтировании. Важнейшим положением, определяющим тактику ведения больных с ХБП, должно стать признание ХБП независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску осложнений, а пациентов с ХБП следует относить к группе высокого риска.

Таким образом, цели данной работы заключаются в следующем:

1. представить студенческой аудитории информативность подсчета СКФ и возможности диагностики ХБП;
2. на примере больных с ССП показать зависимость результатов ренографии и стадии ХБП.

Поставленные цели предопределили необходимость решения следующего комплекса взаимосвязанных задач:

1. обосновать целесообразность применения в практической деятельности

калькулятора СКФ;

2. способствовать более широкому применению изотопных методов диагностики в диагностике ХБП.

Для данной работе проводилось обследовано 70 историй болезней пациентов ГКБ №20 им. Берзона 2 кардиологического отделения (39 женщин, 31 мужчин), из которых ИБС болело 54,28% , ГБ 38,54% и нарушением ритма сердца 7,15% пациентов.

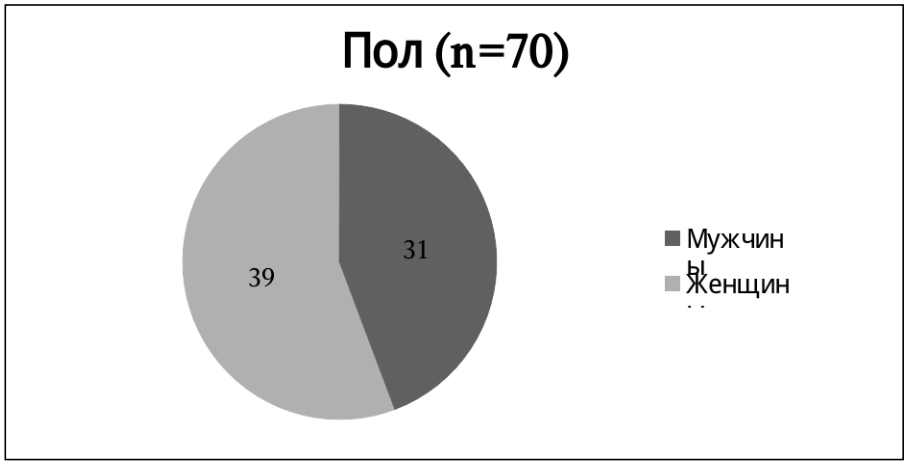


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу

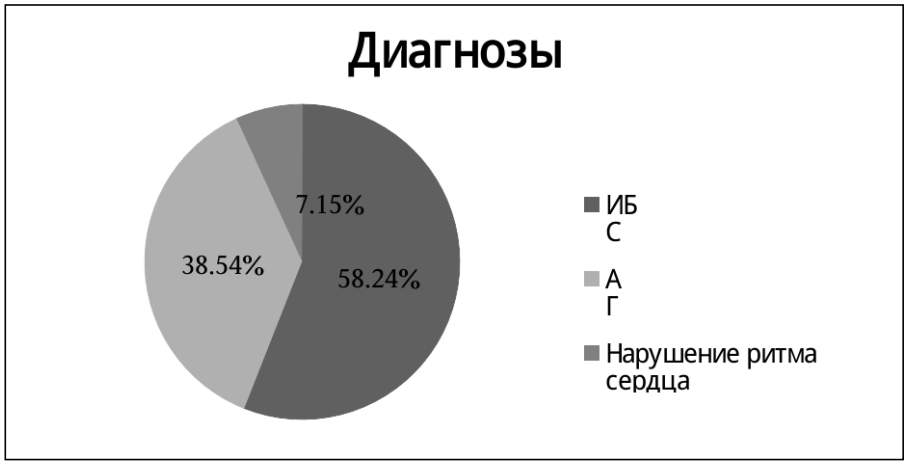


Рисунок 2 – Распределение пациентов по диагнозам

Для расчета СКФ использовалось электронное приложение «Калькулятор СКФ», с помощью которого удалось распределить стадии ХБП в зависимости от СКФ.

Хроническая болезнь почек (англ. chronic kidney disease, сокр. ХБП) — повреждение почек либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более. Заболевание классифицируется на 5 стадий, которые различаются по тактике ведения больного и риску развития терминальной почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений. Основными клиническими синдромами являются:

— азотемия;

— повышенное артериальное давление;

— электролитные нарушения (снижение кальция и натрия, увеличение магния и калия);

— ацидоз;

— анемия (вследствие нарушения выработки почками эритропоэтина).

Таблица 1 – Стадии ХБП

Стадия	Описание	СКФ мл/мин
1	Признаки нефропатии, нормальная СКФ	≥90
2	Признаки нефропатии, легкое снижение СКФ	60-89
3	Умеренное снижение СКФ	30-59
4	Тяжелое снижение СКФ	15-29
5	Терминальная ХПН	<15

Также для обнаружения ХБП были проанализированы реограммы.

Радиоизотопная реография – рентгенологическое исследование функции почек с помощью радиоактивных веществ, которое производится после внутривенного введения радиоактивного вещества, накапливающегося в почках и затем удаляемого из них.

Изотопная реография позволяет оценить функциональные возможности почки, скорость оттока мочи значительно чаще, чем урография, а также на ранней и поздней стадии хронической почечной недостаточности. Метод может быть использован для оценки динамики почечного процесса, контроля над состоянием функции почек, после трансплантации почек. Реография показана практически всем больным, у которых предполагается заболевание почек. Метод прост, специальной подготовки не требует и может быть применен у тяжелобольных. Ввиду малого количества вводимого препарата, а также допустимой дозы облучения исследование противопоказаний не имеет.

Рисунок 3 – Лаборатория радиоизотопной диагностики

При подсчете СКФ, с помощью приложения «Калькулятор СКФ» было выявлено:

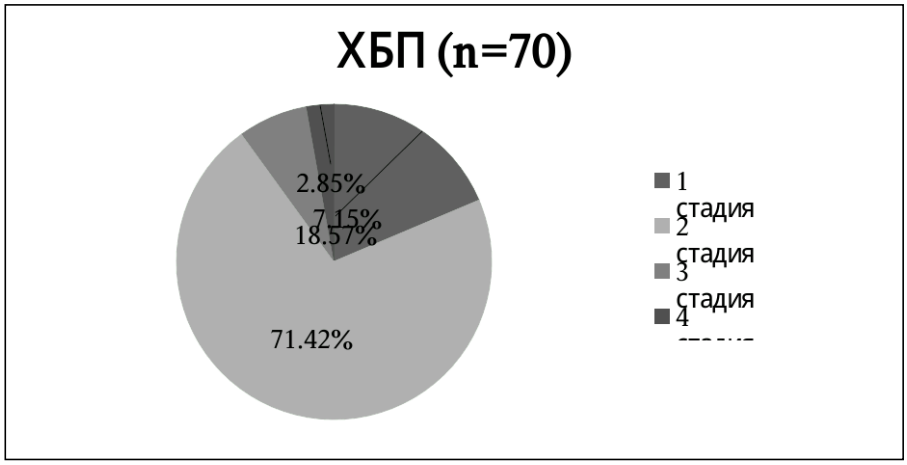


Рисунок 4 – Стадии ХБП пациентов

При анализе реноргамм было выявлено:

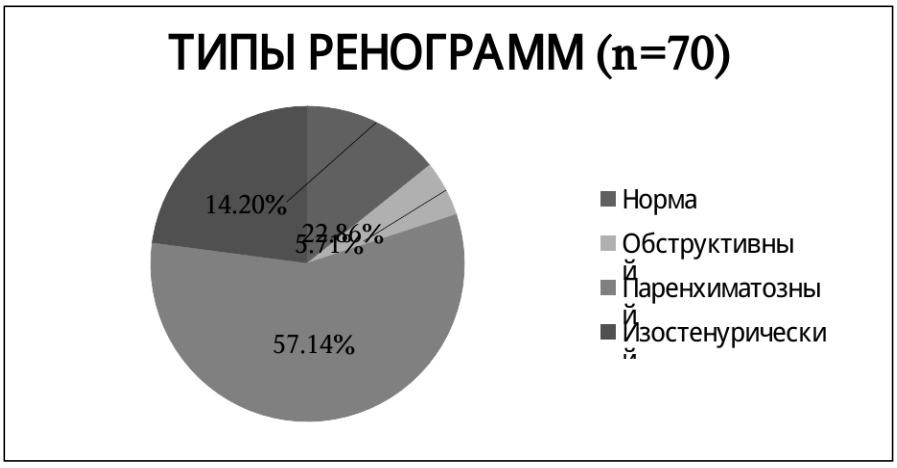


Рисунок 5 – Типы реноргамм

В результате анализа наиболее часто встречающихся ренограмм в зависимости от стадии ХБП у данной группы пациентов было выявлено, что для нормального типа ренограммы характерна 1 стадия ХБП, при паренхиматозном типе ренограммы чаще встречается 2 стадия, изостенурического 3 стадия и при обструктивном 2 стадия ХБП.

Итак, поп полученным результатам можно сделать следующие выводы:

1. В результате исследования выявлено, что наиболее часто при ССЗ встречается 2 стадия ХБП (71,42% пациентов) и паренхиматозный тип ренограммы (57,14% пациентов), которое достоверно отразилось при анализе стадии ХБП и типа ренограммы;

2. Данная работа показывает важность метода изотопной ренографии в клинической практике, предполагает алгоритм действий врача терапевта. При обнаружении каких-либо нарушений в ренограмме подсчет СКФ должен быть обязательным, для того чтобы выявить ранние стадии ХБП и своевременно назначить нефропротективную терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шилова, Е.М. Нефрология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 792 с.
2. Тареевой, И.Е. Нефрология. – М.: Медицина, 2000. – 688 с.
3. www.afclinic.ru/.../Radioizotopnaya-renografiya/;
4. http://www.nephrologyjournal.ru/;

УДК 616.379-008-64/.311-053.2

ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ

Ж.Ж. Аширбекова

Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель: к.м.н., доц. С.Т. Тулеутаева

Несмотря на успехи современной медицины, на сегодняшний день проблема эндокринных заболеваний является актуальной для большинства стран мира, и Казахстан не исключение. По данным ВОЗ, в мире зарегистрировано 415 млн. человек страдающих заболеваниями эндокринной системы. По данным Национального Генетического Регистра РК, ежегодно в Республике Казахстан регистрируются в лечебно-профилактических организациях от 18000 до 30000 человек с заболеваниями эндокринной системы [2].

С возрастом ребенка удельный вес эндокринных заболеваний увеличивается: до 6 лет эта патология занимает восьмое место среди всех заболеваний, в 7-14 лет – третье, у подростков – четвертое. Распространенность эндокринных заболеваний в раннем возрасте (до 6 лет) относительно невысока – 48 на 1 тыс. детей [4].

20 декабря 2006 года на 61-й Генеральной Ассамблее ООН была принята резолюция ООН о необходимости всех стран мира объединиться в борьбе с катастрофически нарастающей эпидемией сахарного диабета. [3]

Сахарный диабет - широко распространенное заболевание. В настоящее время в мире насчитывается от 160 до 245 млн. больных сахарным диабетом, что составляет 2-4% от всего населения планеты [1].

По данным ВОЗ среди эндокринных нарушений заболевания щитовидной железы занимают второе место после сахарного диабета. Более 165 млн. человек в мире имеют эндемический зоб или страдают другими тиреоидными патологиями; 1,5 млрд. человек сталкиваются с риском развития йоддефицитных заболеваний. При этом, согласно статистике, прирост числа заболеваний щитовидной железы в мире составляет 5% в год.

Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью совершенствования стоматологической помощи детям, с учетом особенностей проявления соматической патологии. Быстрый рост и развитие детского организма во многом влияют на специфику поражения и диктуют необходимость своевременной лечебно-профилактической помощи в наиболее полном объеме.

Нельзя оказать качественную медицинскую помощь при лечении основного заболевания, пока в полости рта остаются очаги хронической инфекции, которыми являются кариозные зубы и нездоровый пародонт. Санация полости рта, проведенная одновременно с медикаментозным лечением у этих больных, способствует быстрейшему их выздоровлению.

Цель исследования заключается в определении распространенности и интенсивности заболеваний полости рта у детей с эндокринными заболеваниями.

Задачи:

1. Изучить распространенность и интенсивность кариеса и заболеваний пародонта у детей с эндокринной патологией;

2. Определить распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ у детей с эндокринной патологией;

3. Изучить распространенность зубочелюстных аномалий у детей с эндокринной патологией.

Материалы и методы: проведено стоматологическое обследование 60 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии Областной детской

клинической больницы Карагандинской области. Возраст пациентов составил от 7 до 17 лет, из них 37 мальчиков (61,7%) и 23 девочки (38,3%). Стоматологическое обследование проводилось методом опроса и осмотра с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. Полученные данные вносились в карты стоматологического обследования, которые содержали сведения о возрасте, месте проживания, перенесенных и сопутствующих заболеваниях.

Дети и подростки были разделены на 3 группы: 20 детей с сахарным диабетом 1 типа, 20 детей с заболеваниями щитовидной железы (гипотиреозом) и 20 детей с патологией половых желез (гипогонадизмом).

Обследование проводилось с письменного согласия детей и их законных представителей. Всем больным определяли OHI-S, PMA, CPITN, КПУ(з), КПУ(з)+кп(з). Полученные данные вносились в карты стоматологического обследования.

Статистическая обработка проводилась с применением программы IBMSPSSStatistics 22 с определением M - среднее значение, SD - стандартное отклонение.

Полученные результаты:

Индекс гигиены полости рта OHI-S у детей с сахарным диабетом 1 типа составил M=1,94 SD=0,39 (p=0,0195), из них у 80 % детей уровень гигиены полости рта был неудовлетворительный, у 15 % удовлетворительный и у 5 % хороший.

У детей больных гипотиреозом в среднем OHI-S составлял M = 1,74 SD = 0,28 (p=0,014). У 85 % детей с гипотиреозом уровень гигиены полости рта был неудовлетворительный, у 10 % удовлетворительный и у 5% хороший уровень гигиены полости рта.

Индекс гигиены полости рта OHI-S у детей с патологией половых желез составлял M = 1,78 SD = 0,34 (p=0,017), из них 75 % детей уровень гигиены неудовлетворительный, у 15 % удовлетворительный и у 10% хороший.

У детей всех трех групп уровень гигиены полости рта по индексу OHI-S в среднем характеризовался как неудовлетворительный. Среди обследованных 60 детей у 81% детей гигиенический индекс оказался неудовлетворительным, у 15% - удовлетворительным и только у 4% - хороший (диаграмма 1).

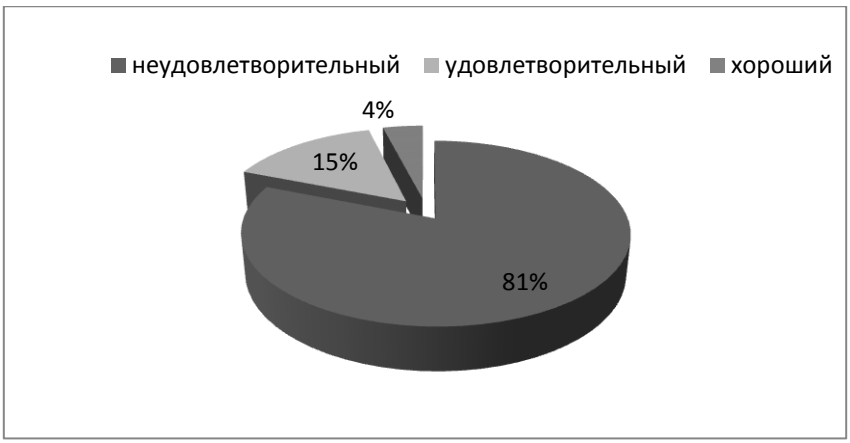


Рисунок 1 – Уровень гигиены полости рта

В ходе обследования был выявлен высокий уровень распространенности основных стоматологических заболеваний у детей, находящихся на стационарном лечении, причем наиболее часто встречался кариес зубов.

Распространенность кариеса у детей в отделении эндокринологии составила 81,7%.

Распространенность кариеса у детей с сахарным диабетом 1 типа составляла 70% и характеризовалась как средняя. Интенсивность кариеса у детей с сахарным диабетом 1 типа в постоянном прикусе по индексу КПУ(з) составила M = 8,7 SD =2,2 (p=0,11), в сменном прикусе по индексу КПУ(з)+кп(з) M=5,4 SD=1,39 (p=0,139).

У детей больных гипотиреозом распространенность кариеса составила 85%. Интенсивность кариеса у детей в постоянном прикусе составила M=9,52 SD=2,63 (p=0,263) по индексу КПУ(з) и характеризовалась как высокая, в сменном прикусе по КПУ(з)+кп(з) M = 6,21 SD = 1,58 (p=0,158), характеризовалась как высокая.

У детей с патологией половых желез (гипогонадизм) распространенность кариеса составила 40%. У детей с постоянным прикусом интенсивность кариеса составила M = 4,34 SD =1,45 (p=0,07) по индексу КПУ(з), характеризовалась как средняя. Интенсивность кариеса у детей с гипогонадизмом в сменном прикус по индексу КПУ(з)+кп(з) низкая и составила M = 2,41 SD =0,89 (p=0,004).

Распространенность заболеваний пародонта у детей с сахарным диабетом 1 типа составила 100% и характеризовалась как высокая. Интенсивность заболеваний пародонта у детей с сахарным диабетом 1 тип по индекс CPITN составила M = 2,28 SD =0,47 (p=0,023).

Распространенность заболеваний пародонта у детей с гипотиреозом характеризовалась как средняя и составила 45%. Интенсивность заболеваний пародонта у детей с гипотиреозом по индексу CPITN составила M = 2,04 SD = 0,39 (p=0,195).

Распространенность заболеваний пародонта у детей с гипогонадизмом составила 15% и характеризовалась как низкая. Интенсивность заболеваний пародонта у детей с гипогонадизмом по CPITN составила M = 1,89 SD = 0,91.

В ходе исследования установлен высокий уровень распространенности заболеваний пародонта среди детей, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии, который составил 53,3 %.

При обследовании состояния слизистой полости рта у 65% детей, болеющих сахарным диабетом, отмечалась сухость слизистых оболочек полости рта, слюна пенистая, вязкая, зеркало «прилипало» к слизистой щеки. Язык был обложен налетом у 75% детей и по всей его спинке возвышались гиперемированные грибовидные сосочки в виде красноватых точек, у 50% детей отмечалась складчатость и увеличение размеров языка. Изменения со стороны слизистой оболочки рта и красной каймы губ у детей гипотиреозом встречались у 20% детей.

У детей с гипогонадизмом изменения со стороны слизистой полости рта и красной каймы губ не наблюдались.

Распространенность зубочелюстных аномалий при гипотиреозе составила 60%. Скученностью зубов при гипотиреозе наблюдалась у 15% детей, было выявлено характерное нарушение формы коронок зубов: зубы мелкие, атипичной формы, клыки и моляры имели форму резцов, коронки зубов укорочены, у 50% детей наблюдались диастемы, у 10% детей отмечалась гиподонтия. Неправильный прикус отмечался у 20% детей.

У детей с патологией половых желез (гипогонадизма) наблюдались аномалии прикус 25%, у 10% детей дистальный и у 15% детей медиальный прикусы. Были выявлены случаи изменения формы и уменьшения размеров верхних боковых резцов (35%): коническая, со стертыми очертаниями. У детей с сахарным диабетом 1 типа зубочелюстные аномалии не были выявлены.

Выводы:

1. У детей с гипотиреозом отмечена высокая распространенность кариеса, которая составила 85%. Интенсивность кариеса у детей с гипотериозом в постоянном прикусе составила M = 9,52 SD = 2,63 по индексу КПУ(з), в сменном прикусе M = 6,21 SD = 1,58 по индексу КПУ(з)+кп(з).

2. У детей с сахарным диабетом патология пародонта встречалась в 100% случаях. Интенсивность заболеваний пародонта у детей с сахарным диабетом 1 типа по индекс CPITN составила M = 2,28 SD =0,47 (p=0,023).

3. Изменения со стороны слизистой полости рта и красной каймы губ были выявлены у больных с сахарным диабетом 1 типа в 65% случаев, у детей гипотиреозом в 20% случаев.

4. Распространенность зубочелюстных аномалий при гипотиреозе составляла 60 %, у детей с патологией половых желез (гипогонадизма) наблюдались аномалии прикус в 25%.

5. Принципы совместной работы эндокринологов и стоматологов по профилактике и лечению эндокринных заболеваний:

a) Разработать единые рекомендации по уходу за полостью рта, направленные на предотвращение и лечение заболеваний полости рта при эндокринопатиях.

b) Должны быть установлены критерии и частота направления врачом эндокринологом пациента с эндокринной патологией на профилактический осмотр полости рта к стоматологу, также установить критерии направления стоматологом пациента с заболеваниями полости рта к эндокринологу.

c) Выделить ряд продуктов, зубных паст, имеющих клинико–гигиенические преимущества и рекомендованных для ухода за полостью рта при эндокринных заболеваниях.

d) В дошкольных и школьных учреждениях следуют проводить практические занятия по уходу за полостью рта при эндокринных заболеваниях.

e) Научные исследования о состоянии и по уходу за полостью рта при эндокринных заболеваниях должны публиковаться в популярных медицинских изданиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева О.А. Влияние сахарного диабета на состояние пародонта и полости рта / О.А.Алексеева // Медицинская газета. – 2002. - № 74.;

2. Барер Г.М., Григорян К.Р. Пародонтит у больных сахарным диабетом первого типа (Обзор литературы) / // Пародонтология. – 2006. - № 2 (39);

3. Archer J. Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis // Neurosci Biobehav Rev 2006; 30: 319-45.

4. Bhasin S., Cunningham G.R., Hayes F.J. et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline // J Clin Endocrinol Metab 2006; 91: 1995-2010.

УДК 316.28:005.963.1:616-006-052

КОММУНИКАТИВНЫЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Н.Н. Ашлапов

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

Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО

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

Актуальность исследования обусловлена тем, что в результате появления онкологических заболеваний происходит снижение уровня стрессоустойчивости у человека, в результате чего он не в состоянии удовлетворять свои основные жизненные потребности посредством моделей и способов поведения, выработанных в предыдущие периоды жизни.

Проблема исследования - снижение уровня стрессоустойчивости у людей больных раком.

Тема исследования – уровень стрессоустойчивости у пациентов онкологического профиля.

Цель исследования – исследовать уровень стрессоустойчивости у онкологических больных и посредствам тренинга повысить его.

Гипотеза: исследование построено на предположении, что люди страдающие онкологией характеризуются низким уровнем стрессоустойчивости.

Объект исследования – стрессоустойчивость человека как психологический феномен.

Предмет исследования – уровень стрессоустойчивости у больных онкологией.

Задачи исследования:

— Изучить литературу по теме исследования.
— Подобрать диагностический инструментарий, реализовать исследование.
— Провести тренинг.
— Повторно реализовать исследование.
— Осуществить качественную и количественную обработку результатов исследования.

— Сформулировать выводы.

Методы исследования

1. Анализ литературных источников
2. Методы сбора эмпирических данных:
   1) Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге
   2) Анализ стиля жизни (Бостонский тест на стрессоустойчивость)
3. Методы качественной и количественной обработки результатов.

Результаты исследования. На первом этапе исследования была проведена методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге с целью создания группу испытуемых с низким уровнем стрессоустойчивости. Но так как, выборка было из 10 человек, были взяты все участники исследования. На втором этапе был проведён Бостонский тест на стрессоустойчивость. Результаты тестов по этим людям были интерпретированы.

Данные полученные при проведении Бостонского теста на стрессоустойчивость в таблице 1.

Таблица 1 Эмпирические данные исследования пациентов по Бостонскому тесту на стрессоустойчивость

№	Ф.И.О.	Пол	Возраст	Балл	Уровень устойчивости к стрессовым ситуациям
1	Валерий Б.	м	65	19	средний
2	Алексей П.	м	54	20	средний
3	Владимир А.	м	72	21	средний
4	Виктор К.	м	60	22	средний
5	Рафик А.	м	62	17	средний
6	Виктор Х.	м	64	10	высокий
7	Владимир М.	м	69	19	средний
8	Сергей П.	м	58	23	средний
9	Сергей М.	м	59	6	высокий
10	Владимир П.	м	57	44	низкий

После проведения тренинга, пациентами был повторно пройден Бостонский тест на стрессоустойчивость для сравнения с первичными данными.

Данные полученные при повторном проведении Бостонского теста на стрессоустойчивость в таблице 2.

Таблица 2 – Эмпирические данные повторного исследования пациентов по Бостонскому тесту на стрессоустойчивость

№	Ф.И.О.	Пол	Возраст	Балл	Уровень устойчивости к стрессовым ситуациям
1	Валерий Б.	м	65	11	средний
2	Алексей П.	м	54	14	средний
3	Владимир А.	м	72	9	высокий
4	Виктор К.	м	60	15	средний
5	Рафик А.	м	62	11	средний
6	Виктор Х.	м	64	10	высокий
7	Владимир М.	м	69	15	средний
8	Сергей П.	м	58	22	средний
9	Сергей М.	м	59	0	высокий
10	Владимир П.	м	57	38	низкий

Выводы. Таким образом, в ходе исследования по Бостонскому тесту на стрессоустойчивость были получены результаты, позволяющие проанализировать уровень стрессоустойчивости пациентов, а также посмотреть изменения после тренинга.

В ходе первичного исследования выяснилось, что 2 человека из 10 имеют высокий уровень устойчивости к стрессовым ситуациям, 7 человек имеют средний, что означает их умеренную уязвимость для стресса и 1 человек имеет низкий уровень стрессоустойчивости, что показывает его сильную восприимчивость к стрессу.

После проведения тренинга и повторного исследования, результаты улучшились у всех пациентов, но уровень стрессоустойчивости остался прежним, за исключением одного человека. Уровень устойчивости к стрессовым ситуациям последнего, перешел со среднего значения к высокому, что показывает его положительные результаты в борьбе со стрессом.

На основе проведенного исследования стрессоустойчивости людей страдающих онкологией можно сделать выводы, что по средствам тренинга, возможно улучшить уровень устойчивости к стрессу у пациентов.

В процессе работы выявлено, что люди больные раком, характеризуются высоким или средним уровнем стрессоустойчивости. Это означает, что личность хорошо справляется с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. Также существует и низкий уровень у одного пациента. Такой человек тратит много энергии и ресурсов на борьбу со стрессом. Стрессоустойчивость снижается с увеличением стрессовых ситуаций, что может отрицательно повлиять на болезнь или привести к психосоматическому заболеванию, поскольку человек близок к фазе нервного истощения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976.

2. Березин Ф. Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.

3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. М., 1984.

4. Губачёв Ю. М. Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и другие. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 1976.

5. Кон И. С. Социология личности. М., 1967.

6. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.

7. Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. М., 1981.

8. Поздняков В.А. 28 февраля 2006 года. Психология любви. Сайт психолога об искусстве любви.

УДК 613.94:636.7/.9

РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОЛЬЗА ОТ ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ

Л.Н. Бадалян, П.С. Пидюков.

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра латинского и иностранных языков

Научный руководитель: к.п.н., зав. каф. латинского и иностранных языков

О.А.Гаврилюк

В наши дни люди все чаще заводят домашних животных. Кто-то заводит их, следуя моде, кто-то находит в них преданных друзей, вызывающих позитивные эмоции, так необходимые всем нам при современном напряженном ритме жизни. Учитывая широкую распространенность домашних животных, все большую актуальность приобретает проблема исследования их влияния на здоровье человека. Не случайно в последние десятилетия вопрос заведения домашних животных стал предметом серьезного изучения ученых разных стран.

В задачи исследования входили изучение и анализ англоязычной литературы по проблеме влияния домашних животных на здоровье человека и выявление наиболее оптимальных путей снижения риска заражения инфекциями от домашних животных.

Анализ научной литературы позволил выявить, что, с одной стороны, домашние животные могут очень благотворно влиять как на эмоциональное, так и на состояние человека [1]. С другой стороны, они могут принести серьезный вред здоровью их хозяев, особенно тех, у кого ослаблен иммунитет [2]. Домашние животные могут стать переносчиками таких опасных заболеваний, как таксоплазмоз, описторхоз, лихорадка и другие. Как известно, заболевания такого рода подвергаются лечению, но могут привести и к летальному исходу.

В научной литературе отмечается, что, хотя вопрос о путях передачи зоонозов широко исследован, остается нерешенной проблема информирования населения (хозяев домашних животных) в отношении мер безопасности [3]. Учитывая то, что в современном здравоохранении задачи профилактики выходят на первый план, особую значимость приобретает подготовка будущих врачей к просветительской работе с населением в области возможных рисков для здоровья человека, которые несет в себе заведение домашних животных.

Полученные при анализе научной литературы результаты послужили основой для составления опросника для студентов КрасГМУ по данной проблеме. Опросник позволил выявить степень информированности студентов-медиков в отношении путей предотвращения заражения инфекциями от домашних животных. Кроме того, полученные данные способствовали выявлению возможных путей оптимизации работы по повышению информированности населения в отношении путей минимизации рисков для здоровья при общении с домашними животными. Практическим результатом работы стала подготовка проектов проспектов профилактического характера для различных категорий населения (школьников, студентов, людей с ослабленным иммунитетом), которые могут быть использованы в качестве наглядных средств информации в школах, вузах и поликлиниках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hemsworth S. Pet ownership in immunocompromised children – a review of the literature and survey of existing guidelines / S. Hemsworth, B. Pizer // Eur J Oncol Nurs. 2006 Apr;10(2):117-27. Epub 2006 Apr 3.

2. Pet husbandry and infection control practices related to zoonotic disease risks in Ontario, Canada / J.W. Stull, A.S. Peregrine, J.M. Sargeant, J.S. Weese // BMC Public Health, 2013 May 29;13:520.

3. Wong S.K.Healthy pets, healthy people / S.K.Wong , L.H.Feinstein, P. Heidmann // J Am Vet Med Assoc.1999 Aug 1;215(3):335-8.

УДК 616-002.7-036.1:615.03

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ПЕРВОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ (ВЕГЕНЕРА) ПО МАТЕРИАЛАМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КГБУЗ «КМКБ № 20 ИМ. И. С. БЕРЗОНА» И НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КГБУЗ «ККБ» Г. КРАСНОЯРСКА

Базаркина И. С.

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

Кафедра внутренних болезней №1

Научные руководители: к.м.н., доц. Т. Ю.Большакова, к.м.н., доц. В. А.Чупахина

АНЦА-ассоциированные системные васкулиты (АНЦА-СВ) - одна из наиболее важных проблем научной и практической ревматологии. Эти заболевания характеризуются упорным прогрессирующим течением, сложными патогенетическими механизмами, гетерогенностью клинико-иммунологических форм [6,8]. Вместе с тем, несмотря на внедрение современных лабораторных диагностических методов, современного инструментального обследования, диагностика АНЦА-СВ представляет определенные трудности для врачей различных специальностей, что в первую очередь связано с полиорганностью поражения и разнообразием клинических вариантов течения [1,2,3].

К АНЦА-СВ относится гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) (ГПА)– заболевание с иммунным механизмом развития, морфологически характеризующееся системным некротизирующимсяпанваскулитом артерий и вен мелкого и среднего калибров в сочетании

с полиморфноклеточнымгранулематозом, а клинически, в основном, синдромами поражений верхних дыхательных путей, легких и почек с терминальным развитием их функциональной недостаточности[7,9].Частыми проявлениями так же являются поражения органов слуха, зрения, кожи, суставов, нервной системы [4,5]. Распространенность ГПА составляет от 2 до 8 случаев на 1 млн населения [10].

Цель данной работы - провести анализ клинических проявлений и лечения больных с ГПА. Задачами исследования являлись: изучение клинических проявлений заболевания на ранней стадии и в период развернутой клинической картины; времени от начала заболевания до установления диагноза; лечения этих больных.

В ходе нашего исследования были проанализированы истории болезней 6 больных с ГПА (5 мужчин и 1 женщина) – всех больных, находившихся на лечении в ревматологическом центре КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» и нефрологическом отделении КГБУЗ «ККБ» г. Красноярска за 2012-2014 годы. 4 больных вызывались для осмотра и уточнения анамнеза заболевания. Возраст 5 больных составлял от 22 до 33 лет, один больной был в возрасте 51 года. У всех 6 больных выявлялись антинуклеарные цитоплазматические антитела (АНЦА). У 5 больных диагноз ГПА был верифицирован при морфологическом исследовании биопсийного материала слизистой носа или придаточных пазух: выявлено гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве.

В результате исследования было выявлено, что заболевание дебютировало у большинства больных (4 человека) в возрасте от 22 до 31 года (средний возраст 26,5 $\pm$ 0,5лет). У остальных больных дебют состоялся в возрасте 8 и в 45 лет. Длительность заболевания 5 больных была от 1 года до 6 лет, длительность заболевания еще 1 больного составляла 12 лет.

Первым проявлением заболевания, как правило, было локальное поражение верхних дыхательных путей (4 человека), общая слабость и головные боли (3 человека), лихорадка (3 человека). Поражение верхних дыхательных путей проявлялось наиболее часто язвенно-некротическим ринитом, рецидивирующими синуситами, в том числе гнойными (в 4 случаях). У 2 больных заболевание дебютировало с гнойного отита, мезотимпанита, этмоидита. При этом в течение 2-3 месяцев развивалась тугоухость, 1 больной было проведено оперативное лечение - шунтирование правого уха. Все эти больные до постановки диагноза ГПА длительно лечились у оториноларинголога.

На момент исследования поражение верхних дыхательных путей отмечалось во всех 6 случаях. Помимо вышеописанных проявлений, у 3 больных выявлялась деформация носовых

раковин, у 2 - перфорация твердого неба, у 1 – деструкция носовой перегородки, у 1 – повреждение голосовых связок и рубцовое сужение гортани.

Трансформация локальной формы заболевания с изолированным поражением ЛОР-органов в генерализованную форму происходила через 6-8 месяцев от начала заболевания. При этом у всех 6 больныхимело место поражение легких: выраженная одышка, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, боли в грудной клетке. При рентгенологическом исследовании (включая МСКТ) выявлялось интерстициальное поражение легочной паренхимы, узелки или фокусы инфильтрации, полости различных размеров (до 10 см в диаметре), полости с уровнем жидкости, плеврит. У 2 больных рецидивировал пневмоторакс. При исследовании функции внешнего дыхания выявлялись нарушения по рестриктивному типу от умеренных до выраженных. Во всех 6 случаях диагноз ГПА был установлен лишь при появлении поражения легких, при этом у 1 больного первоначально диагностировался туберкулез, у 2 -абсцедирующая пневмония.

Поражение почек имели 3 человека. В 2 случаях поражение почек и легких совпало по времени возникновения, у 1 больного почечная патология присоединилась позднее. Гломерулонефрит проявлялся умеренной артериальной гипертензией, умеренной протеинурией, микрогематурией. У 1 больного нефрит носил быстропрогрессирующее течение с развитием нефротического синдрома, хронической почечной недостаточности, которая явилась причиной его смерти.

У всех пациентов на протяжении развития заболевания отмечались эпизоды лихорадки, у 3 имели место артриты. В 2 случаях выявлялось поражение кожи в виде livedo reticularis и пурпуры. У 1 больного отмечалось поражение органа зрения – псевдотумор орбиты вследствие формирования гранулемы. У 1 больной проведена ампутация левой голени по поводу гангрены.

Осложнение глюкокортикоидной терапии в виде патологических переломов тел позвонков выявлялось у 3 человек.

Время от начала заболевания до постановки диагноза ГПА составило 6-8 месяцев, это совпадало с развитием генерализации заболевания.

Лечение ГПА представляет непростую задачу. Оно подразделяется на 3 этапа: индукцию ремиссии, поддержание ремиссии и лечение рецидивов. Индукционная терапия во всех случаях проводилась большими дозами глюкокортикоидов (ГК) (0,5-1 г/с/кг) в сочетании с пульс-терапией 6-метилпреднизолоном и/илициклофосфаном, которые проводились сначала каждые 3-4 недели, затем каждые 4-8 недель в течение нескольких месяцев. Поддерживающая терапия включала длительное назначение цитостатиков (азатиоприна, циклофосфана, метотрексата, микофенолатамофетила) в сочетании с ГК peros.

Рецидивы заболевания имели место у всех 6 больных, они требовали вновь увеличения дозы ГК, проведения пульс-терапии. Лишь 1 больной 22 лет с длительность заболевания 12 лет имел благоприятное течение заболевания с длительными периодами ремиссии. В остальных случаях заболевание имело рецидивирующее или непрерывно рецидивирующее течение. Количество пульсов циклофосфаном или циклофосфаном в сочетании с 6-метилпреднизолоном составило от 7 до 20.

В апреле 2011 г. был создан Российский регистр больных АНЦА-СВ, получающих лечение ритуксимабом (химерные моноклональные антитела к CD20+ антигену В–лимфоцитов). Не вызывает сомнения, что материалы регистра позволяют получить уникальные данные об эффективности и безопасности применения ритуксимаба в реальной клинической практике. Представленные предварительные результаты регистра свидетельствуют о высокой эффективности этого препарата при ГПА, в том числе у больных с длительным рецидивирующим течением заболевания и рефрактерных к лечению циклофосфаном[7]. В Красноярске ритуксимаб стал применяться в лечении ГПА с 2013 года. У больного С.,29 лет, с длительностью заболевания 4 года. Заболевание имело непрерывно рецидивирующее течение, несмотря на проводимую агрессивную терапию. К началу 2013 года заболевание проявлялось поражением верхних дыхательных путей (пансинусит с перфорацией медиальной стенки обеих гайморовых пазух, нижней стенки правой орбиты с инфильтрацией ретробульбарной клетчатки, левосторонний мастоидит), легких (полостные образования без уровня жидкости с толстыми стенками и четкими неровными краями, рецидивирующим пневмотораксом), орбиты (гранулема правой орбиты), почек (нефрит, гематурический вариант). Клинико-лабораторные показатели крови отражали острый воспалительный процесс, а показатели общего анализа мочи - нарушение функций почек. Больной неоднократно за это время госпитализировался в ревматологическое отделение, ему было проведено 20 пульсов циклофосфаном и 9 пульсов 6-метилпреднизолоном на фоне приема преднизолона перорально в максимальной дозе 40 мг в сутки. Однако, стойкой ремиссии с улучшением общего состояния больного, клинико-лабораторных показателей и данных инструментальных исследований добиться не удавалось. У больного развился стероидный сахарный диабет, остеопороз. С февраля 2013 года начата терапия ритуксимабом (мабтерой) в дозе 2000 мг на курс. После первого курса было отмечено значительное улучшение клинико-лабораторных показателей (снижение СОЭ, СРБ), улучшение рентгенологической картины легких и носовых пазух (количество инфильтратов в легких и полостных образований уменьшилось, выраженность воспалительных и деструктивных процессов в носовых пазухах снизилась), улучшилось общее состояние. После второго курса ритуксимаба, проведенного через 6 месяцев, достигнута ремиссия заболевания, которая

сохраняется в течение 2 лет, доза преднизолона снижена до поддерживающей 10 мг в сутки. В 2014 году еще 2 больным начата терапия ритуксимабом, проведено по одному курсу, наметилось улучшение клинических и лабораторных проявлений заболевания.

Таким образом, согласно нашему исследованию, диагностика ГПА осуществлялась поздно - через 6-8 месяцев от начала заболевания, на стадии трансформации локальной формы болезни в генерализованную. Самым частым проявлениям болезни в дебюте было поражение лор-органов, которое носило упорный, рецидивирующий характер. В 5 из 6 случаев заболевание имело рецидивирующее прогрессирующее течение с нарастанием структурных и функциональных нарушений органов, закончившихся в одном случае летальным исходом. Лишь в одном случае ГПА протекал благоприятно, с длительными периодами ремиссии. Первый опыт применения ритуксимаба при рецидивирующем течении ГПА, рефрактерном к лечению циклофосфаном, продемонстрировал эффективность этого препарата в индукции ремиссии и поддержании ремиссии этого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бекетова Т.В., Александрова Е.Н., Новоселова Т.М., Сажина Е.Г., Николаева Е.В., Смирнов А.В., Сороцкая В.Н.,Земерова Е.В., Нам И.Ф., Никитина Н.М., Архангельская Г.С., Багаутдинова З.Р., Дашков И.Н., Черных С.Ю., Жирнова О.В., Лушпаева Ю.А., Маснева Л.В., Афанасьева И.П., Арсеньев А.Е., Кондратенко И.В., Башкова И.Б., Глухова С.И., Насонов Е.Л. Российский опыт применения моноклональных антител к В-лимфоцитам (Ритуксимаб) при системных васкулитах, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами. Научно-практическая ревматология. 2014; №2.
2. Мазуров В. И. Клиническая ревматология : рук.для практ. врачей / ред. В. И. Мазуров. - СПб. : Фолиант, 2001. - с 87.
3. Насонов Е. Л. Клинические рекомендации. Ревматология / гл. ред. Е. Л. Насонов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - с 94-105.
4. Островерхова, Е. А. /Гранулематоз Вегенера : клиническая симптоматология и варианты течения : автореф. дис. ...канд. мед.наук // Е. А. Островерхова. - Ставрополь : б/и, 2005. - 25 с.
5. Семенкова Е.Н. Системныенекротизирующиеваскулиты. Москва: Русский врач; 2001, с 96
6. Стерлинг Дж. Вест. Секреты ревматологии./ М.: Бином; //2001;525-527 с.
7. Вернон-Робертс, Д. А. Бревертон, А. М. Денман . Клиническая ревматология : пер. с англ. / сост. Б. Вернон-Робертс, Д. А. Бревертон, А. М. Денман ; отв. ред. Х.Л.Ф. Каррей. - М. :Медицина, 2006. - с 238 .

8.Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference

9. Matsubara O, Yoshimura N, Doi Y Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum 2013; 65: 1-11 Matsubara O, Yoshimura N, Doi Y, Tamura A, Mark EJ. Nasal biopsy in the early diagnosis of Wegener's (pathergic) granulomatosis.Virchows Arch 1996;428(1):13-19.

10. Watts RA, Lane SE, Bentham G, Scott DGI Epidemiology of systemic vasculitis - a 10 year study. ArthritisRheum 2000; 422-427.

УДК 616.248.616-056.52-053.6

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.С. Базарова, М.М. Локтионова, К.С. Кудрицкая, А.Г. Айвазян

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

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, д.м.н., доц. Е.А. Собко

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний[1]. По данным Н.М. Ненашевой, в настоящее время наблюдается увеличении распространенности БА во всех регионах мира[2].

Цель работы - изучение клинико – функциональных особенностей во взаимосвязи с уровнем про- и противовоспалительных цитокинов, лептина, адипонектина при синтропии БА и алиментарного ожирения у лиц молодого возраста для оптимизации противоастматической терапии.

Были поставлены следующие задачи исследования: изучить клинические особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с ожирением; оценить функциональное состояние респираторной системы; исследовать изменения продукции про- и противовоспалительных цитокинов в периферической крови; изучить уровень лептина и адипонектина в периферической крови; исследовать показатели липидного обмена; установить характер взаимосвязей между клинико-функциональными параметрами, уровнем цитокинов у больных бронхиальной астмой в сочетании с ожирением для оптимизации базисной терапии.

Согласно поставленной цели, обследовано 133 человека: 93 больных БА были разделены на 2 группы с учетом индекса массы тела (ИМТ) и 40 практически здоровых добровольцев, которые составили группу контроля. В 1-ю группу включены больные БА с ИМТ менее 25 кг/м^3, во 2-ю группу вошли больные БА с ИМТ 30 кг/м^3 и более. 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% [5].

Определение уровня цитокинов: ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-15 в плазме периферической крови производили методом твердофазного иммуноферментного анализа eBioscience (USA).

Определение содержания лептина и адипонектина в плазме периферической крови производили методом твердофазного иммуноферментного анализа eBioscience (USA).

Концентрация С- реактивного белка (СРБ) в плазме крови определялась методом кинетики фиксированного времени путём фотометрического измерения реакции антиген-антитело между антителами к человеческому СРБ.

Лабораторные исследования включали биохимическое исследование плазмы крови с определением общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов на биохимическом анализаторе HITACHI-512. Коэффициент атерогенности рассчитывался по формуле А.Н.Климова (1995) как отношение (общий ХС – ХС ЛПВП)/ХС ЛПВП.

В основе метода получения индуцированной мокроты лежит ингаляции 3-5% гипертонического солевого раствора в течение 5-30 минут, во время или после которой пациент пытается откашлять мокроту. Данная методика предложена Pin и др. [6] в модификации Christopher E. Brightling [3] Клеточный состав индуцированной мокроты определялся в процентном соотношении после подсчета 400 клеток.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ MicrosoftExcel и STATISTICA 7.0.

Были получены следующие результаты: При синтропии БА и алиментарного ожирения даже в молодом возрасте и при меньшей длительности заболевания чаще встречаются больные со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания ($p<0,05$).

Анализ клинических данных свидетельствует об отсутствии контролируемого течения заболевания у больных БА как с должной массой тела, так и с ожирением. В тоже время, в

группе больных с ожирением выраженность бронхообструктивного синдрома была более значимой, что подтверждается более частыми дневными симптомы астмы (p=0,049), и более высокой потребностью в КДБА (p=0,003).

При изучении показателей бодиплетизмографии установлено повышение ООЛ, отношения ООЛ/ОЕЛ и СДПвыд в группе больных с абдоминальным ожирением в сравнении с контролем (p=0,010, p=0,011, p=0,037 соответственно). У больных молодого возраста ожирение взаимосвязано со снижением показателя $ОФВ_1$/ФЖЕЛ (r=-0,82, p=0,02), повышением ОЕЛ (r=0,33, p=0,05), изменением структуры легочных объемов в сторону увеличения ООЛ.

При изучении клеточного состава индуцированной мокроты в обеих группах регистрировался эозинофильный тип воспаления. Во 2-й группе установлена сильная корреляционная положительная взаимосвязь между эозинофилами индуцированной мокроты и показателем ООЛ (r=0,92, p=0,007). У больных 1-й группы повышение содержания эозинофилов в дыхательных путях было взаимосвязано с интенсивностью клинических проявлений, что подтверждается положительной корреляционной взаимосвязью между содержанием эозинофилов в мокроте и частотой обострений БА (r=0,68, p=0,05).

Показатели уровня общего холестерина, холестерина ЛПОНП и ЛПНП, коэффициента атерогенности статистически значимо повышались в группе больных БА с ожирением в сравнении с показателями как контроля, так и больных 1-й группой. Кроме того, у пациентов 2-й группы отмечалось повышение уровня триглицеридов (p=0,002). В нашей работе у больных 2-й группы установлены значимые положительные корреляционные взаимосвязи между индексом массы тела и уровнем ЛПНП (r=0,43, p=0,04), отношением ОТ/ОБ и содержанием общего холестерина в плазме крови (r=0,46, p=0,02). В группе больных БА с должной массой тела подобные связи не зарегистрированы.

В настоящем исследовании более высокие уровни ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-2, С-реактивного белка в сравнении с контролем регистрировались в группе больных БА в сочетании с ожирением. Результаты корреляционного анализа продемонстрировали взаимосвязь между показателями системного воспаления и параметрами ФВД. Так, в группе больных с ожирением ИМТ был положительно взаимосвязан с уровнем СРБ (r=0,56, p=0,001), а у больных 1-й группы содержание СРБ положительно коррелировало с СДПвд (r=0,51, p=0,05). В этой же группе установлена отрицательная взаимосвязь между ИМТ и содержанием ИЛ-15 в периферической крови (r=-0,44, p=0,05), что подтверждает данные других авторов о возможной роли ИЛ-15, как потенциального регулятора жировой ткани. Необходимо отметить, что в 1-й группе больных зарегистрированы статистически значимые корреляционные взаимосвязи между показателями ФВД и уровнем анализируемых

цитокинов: $ОФВ_1$/ФЖЕЛ и ИЛ-6 (r=-0,55, p=0,003); $ОФВ_1$ и ИЛ-15 (r=-0,55, p=0,04); СДПвыд и ИЛ-4 (r=0,49, p=0,02). Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что выраженность бронхообструктивных изменений взаимосвязана с интенсивностью системного воспаления. Нами выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между уровнем ИЛ-6 и содержанием триглицеридов, ЛПОНП в плазме крови (r=0,62, p=0,03; r=0,63, p=0,02 соответственно) в группе больных БА с ожирением.

При изучении содержания адипонектина в периферической крови отмечено его снижение в сравнении с контролем в обеих группах. Показано, что адипонектин тормозит дифференцировку преадипоцитов, что подтверждает его возможное влияние на регуляцию жировой ткани [4]. В настоящем исследовании показано, что 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).

Показатели уровня лептина статистически значимо повышались в группе больных БА в сочетании с ожирением, в сравнении с показателями, как контроля, так и больных 1-й группы (p<0,001, p=0,006 соответственно).

Таким образом, при сочетании БА ожирения в молодом возрасте отмечается более тяжелое течение заболевания, проявляющееся снижением показателей ФВД, нарушением липидного обмена и повышением уровня провоспалительных цитокинов, острофазовых белков и лептина в периферической крови.

Выводы:

1. При синтропии бронхиальной астмы и ожирения отмечаются более выраженные клинические проявления: нарастает тяжесть течения заболевания, увеличивается частота дневных симптомов, потребность короткодействующих β2-агонистах.
2. У больных бронхиальной астмой с ожирением уже в молодом возрасте отмечается повышение остаточного объема легких, соотношения остаточного объема легких к общей емкости легких, повышение сопротивления дыхательных путей на выдохе.
3. У больных бронхиальной астмой с ожирением регистрируется более высокий уровень цитокинов, таких как ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО-α и С-реактивный белок в плазме крови.
4. Уровень лептина периферической крови у больных бронхиальной астмой молодого возраста с ожирением значимо превышал показатели пациентов с нормальной массой тела (29,0 нг/мл против 5,67 нг/мл при p=0,0001). У всех больных уровень лептина коррелировал с ИМТ, а при синтропии бронхиальной астмы и ожирения с показателями ФВД (ФЖЕЛ, $ОФВ_1$) и уровнем ИЛ-6.
5. У больных бронхиальной астмой молодого возраста с ожирением в 62% случаев регистрировалась дислипидемия и в 57,1% случаев - гиперхолестеринемия, против

11,8% и 23,5% у пациентов с должной массой тела. При сочетании бронхиальной астмы и ожирения уровень ЛПНП взаимосвязан с индексом массы тела (r=0,43, p=0,04.

6. Течение воспалительного процесса у больных бронхиальной астмой молодого возраста в сочетании с ожирением, характеризуется прямыми корреляционными взаимосвязями между уровнем ИЛ-4, ФНО-α и ИМТ, а также сопротивления дыхательных путей на выдохе и обратными связями со скоростными показателями спирографии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. GINA - Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014 г.
2. Ненашева, Н. М. / Комбинированная терапия бронхиальной астмы: возможности изменения объема терапии / Н. М. Ненашева // Consiliummedicum. – 2010. – № 11. – С. 62-66.
3. Christopher, E. Brightling / E. Christopher // Clinical Applications of Induced Sputum. – 2006. – № 129. – P. 1344-1348.
4. Nigro, E. Et al. Adiponectin in Asthma: Implications for Phenotyping / E. Nigro, E. Daniele, A. Scudiero// Metabolism. – 2015. – Vol. 2. – P. 172-181.
5. Surrogate Markersfor Cardiovascular Disease / J. N. Cohn, A. A. Quyyumi, N. K. Hollenberg, K. A. Jamerson // Functional Markers Circulation. – 2004. – Vol. 4. – P. 31-46.
6. Use of induced sputum cell counts to investigate airway inflammation in asthma / I. Pin, P. G. Gibson, R. Kolendowicz, A. Girgis-Gabardo, J. A. Denburg, F. E. Hargreave // Thorax. – 1992. – Vol. 1. P. 25–29.

УДК 303.621.3:[005.73:61]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА OCAI ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПА ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Н.А. Байшева, М.В. Вельман

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

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к. м. н., доц. А. Ю.Сенченко

В статье представлена оценка профиля организационной культуры медицинской организации с помощью оригинального опросника Камерона – Куинна на примере Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2». Описаны результаты и выводы собственного исследования. Предложен анализ предпочитаемой организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2» и сравнение её с сегодняшней. Приведены рекомендации по управлению организационной культурой медицинской организации.

Ключевые слова: организационная культура, медицинская организация, опросник OCAI, межрайонный родильный дом.

Каждая организация, независимо от сферы деятельности имеет свой, только ей присущий стиль, философию и принципы, методы принятия решений, деловую практику, кодекс ценностей, а также особую систему внутренних взаимоотношений. Основные принципы культуры, чувство духовной общности работников компании, часто оказывают гораздо большее влияние на результаты деятельности, чем технологические или экономические ресурсы, организационная структура, инновации или нормирование времени. Безусловно, все эти компоненты необходимы для успеха. Но и приверженность её работников основным принципам организационной культуры является важным фактором успеха учреждения.

Культура – понятие коллективное, то есть культура представляет собой нечто общее для какой-либо группы людей, связанных определенной социальной организацией. Необходимым условием возникновения культуры является общение членов группы между собой. Принципиальным является то, что организационная культура должна быть воспринята всеми членами организации. Центральной составляющей в большинстве трактовок организационной культуры являются ценностиорганизации. Организационная культура— это идеология управления иорганизации социально-экономической системы. Организационная культура направлена на повышение трудового потенциала системы и выражает основные ценности организации [4].

Формирование организационной культуры – это комплексная деятельность, использующая самые разные инструменты при выстраивании системы взаимоотношений с внутренней аудиторией учреждения.

Организационная культура — это система общепринятых в организации представлений и подходов к постановке дела, к формам отношений и к достижению результатов деятельности, которые отличают данную организацию от всех других. В КГБУЗ «КМРД № 2» организационная культура явная, т. е. зафиксирована в документальной форме (правила, инструкции или нормы). Тем не менее она является интравертной (обращенной

внутрь самих себя). Цель организационной культуры в КГБУЗ «КМРД № 2» — помочь людям более продуктивно работать, получать удовлетворение от труда.

Целью оценки организационной культуры медицинской организации является выявление её специфических черт и разработки методов её совершенствования. Для этого при изучении организационной культуры анализируются её основные типы, что и является задачей настоящего исследования.

Таким образом, совершенно справедливо суждение о том, что любая классификация должна давать возможность руководителю определить тип организационной культуры своего учреждения. На основе типа организационной культуры производится оценка организации в целом, формируется стратегия её развития.

Методом исследования типа организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2» выбран социологический опрос. Для оценки профиля культуры КГБУЗ «КМРД № 2» был использован оригинальный опросник Кима С. Камерона, Роберта Э. Куинна [2]. Материалом исследования выступили заранее разработанные анкеты (представлены в виде опросного листа). В анкетировании приняли участие 100,0 сотрудников КГБУЗ «КМРД № 2» (70,0 женщин и 30,0 мужчин) в возрастном диапазоне от 25 до 55 лет. Исследование было проведено в период с 13.01.2014 г. по 27.01.2014 г. Опрос проводился на территории КГБУЗ «КМРД № 2».

В ходе обработки полученные данные были усреднены, что позволило составить профиль организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2» .

Баллы оценки «Теперь» распределились следующим образом: клановая культура – 36, адхократия – 20, рынок – 21, бюрократия – 25.

Баллы оценки «Предпочтительно» распределились следующим образом: клановая культура – 37, адхократия – 23, рынок – 22, бюрократия – 18.

Результаты проведенного анализа представлены на рисунке № 1 графически.

Данные проведенного исследования показывают, что превалирующий на сегодняшний день в КГБУЗ «КМРД № 2» тип организационной культуры — Клан. К слову, значимым различием Ким Камерон и Роберт Куинн считают разницу более чем в 10 пунктов [2]. В соответствии с этим, ценности клановой культуры можно безоговорочно признать доминирующими в данной организации. Формы кланового типа проникнуты разделяемыми всеми ценностями и целями, сплоченностью, соучастием, индивидуальностью и ощущением организации как «мы». Организация сплочена благодаря преданности и традиции. Высока обязательность организации. Она делает акцент на долгосрочной выгоде совершенствования личности, придаёт большое значение монолитности коллектива и моральному климату. Успех определяется с позиции доброго чувства к пациентам и заботы о людях. Организация

поощряет бригадную работу. Внутренний фокус ориентации организационной культуры обусловлен тем, что коллектив маленький и долгое время остаётся практически неизменным, он пронизан сетью устоявшихся межличностных отношений. Сложившуюся атмосферу дружественности сотрудники признают самой главной чертой КГБУЗ «КМРД № 2» и желают, чтобы дальше было так же. Примечательно, что сотрудники совместно отмечают как государственные праздники, так и Дни Рождения.

Далее оценки в порядке убывания распределились между Бюрократией, Рынком и Адхократией.

Характерная черта второго по доминантности типа — Бюрократии — состоит в том, что КГБУЗ «КМРД № 2» эффективно функционирует в стабильных условиях и делает акцент на плавности деятельности. В КГБУЗ «КМРД № 2» имеет место постоянство работы с поставщиками.

Тип Рынок менее акцентирован в профиле организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2», чем Бюрократия, в связи с занимающей лидирующей позицией и отсутствием нужды в акценте на ценностях, поощряющих стремление к конкуренции.

Адхократический тип организационной культуры был признан наименее проявляющимся в сегодняшних условиях функционирования КГБУЗ «КМРД № 2». По видимости, главный врач не видит в данный момент оснований для настраивания коллектива на динамичную новую работу. Опять же, всё идет по накатанной, в нынешней системе ценностей мало выражено стремление к решению новых задач, являющееся основной характеристикой Адхократии.

На профиле организационной культуры легко заметить, что контуры нынешней культуры практически совпадают с контурами желаемой. Ни в одной из оценок не отмечено значимой разницы. При этом отмечено незначительное (то есть, не указывающее на конфликт ценностей) смещение в сторону Адхократии на 3 балла, Рынка на 1 балл и понижение оценки Бюрократии в 7 баллов. Параметр клановой культуры также немного повысился в предпочтительной культуре (на 1 балл). Это говорит о том, что сотрудников устраивает нынешнее положение вещей.

Впрочем, незначительные расхождения тоже нуждаются в интерпретации. Имеет место смещение вправо в двух противоположных квадрантах — от Бюрократии, и без того имеющего маленькую оценку (18 баллов), в сторону Адхократии (23 балла). Это говорит о готовности персонала к проявлению инициативы, развитию организации, решению новых задач, что, однако не должно стать помехой дружественности коллектива, как-либо разъединить сотрудников, так как в таком случае никакие изменения не будут приняты в силу доминантности Клановых установок.

Профили нынешней и желаемой организационных культур имеют незначительные расхождения. Это позволяет говорить о том, что в настоящее время в КГБУЗ «КМРД № 2» сложилась оптимальная организационная культура с преобладанием клановых коллективистских ценностей, которая не сталкивается с серьезными проблемами. В этом смысле малая численность коллектива способствует эффективности управления, так как он однороден, в нём отсутствуют расколы. По итогам исследования организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2» с помощью типологии Камерона и Куинна и вопросника OCAI, можно сделать несколько выводов:

- организация имеет выраженный внутренний фокус интеграции;

- клановые ценности дружественности, сплоченности, приверженности делу и совместной работы превалируют в организационной культуре фирмы;

- КГБУЗ «КМРД № 2» является надежным местом работы, гарантирующим долгосрочную занятость. Организация имеет стабильный доход и каналы поставки;

- организация имеет невысокий уровень ориентации на конкурентную борьбу, что обусловлено небольшим числом конкурентов в городе. В этой связи нет необходимости в смене ориентиров с внутреннего фокуса на внешний, тем более что такие изменения вряд ли будут встречены с одобрением;

- дальнейшее развитие КГБУЗ «КМРД № 2», расширение ассортимента услуг скорее всего возможно вести даже более высокими темпами, чем оно идет сейчас, это встретит одобрение со стороны работников при условии сохранения целостности коллектива.

В свете полученных результатов, говорящих об оптимальности организационной культуры КГБУЗ «КМРД № 2», в качестве главной рекомендации можно указать поддержание дружественной атмосферы в коллективе. Так как выявлена необходимость в постановке новых задач и дальнейшем расширении поля деятельности и готовность сотрудников работать над прогрессивными изменениями, стоит отметить, что какая-либо новая деятельность не должна нарушать сложившейся доверительной обстановки. В частности, деятельность сотрудников должна оставаться командной, сохраняться возможность подмены ими друг друга, если это возможно по специфике деятельности, информация о нововведениях должна распространяться открыто.

Проведенное исследование не выявило выраженных проблем в организационной культуре. Методика OCAI показала себя как простой и удобный метод исследования. Для более полной диагностики организационной культуры необходимо сочетание OCAI с другими способами исследования: интервью, опросы с использованием других оценочных методик, наблюдение. При более детальном рассмотрении организационной культуры

медицинской организации удалось бы вскрыть какие-либо противоречия и на их основании дать более развернутые рекомендации, чем те, что позволяет сделать методика OCAI.

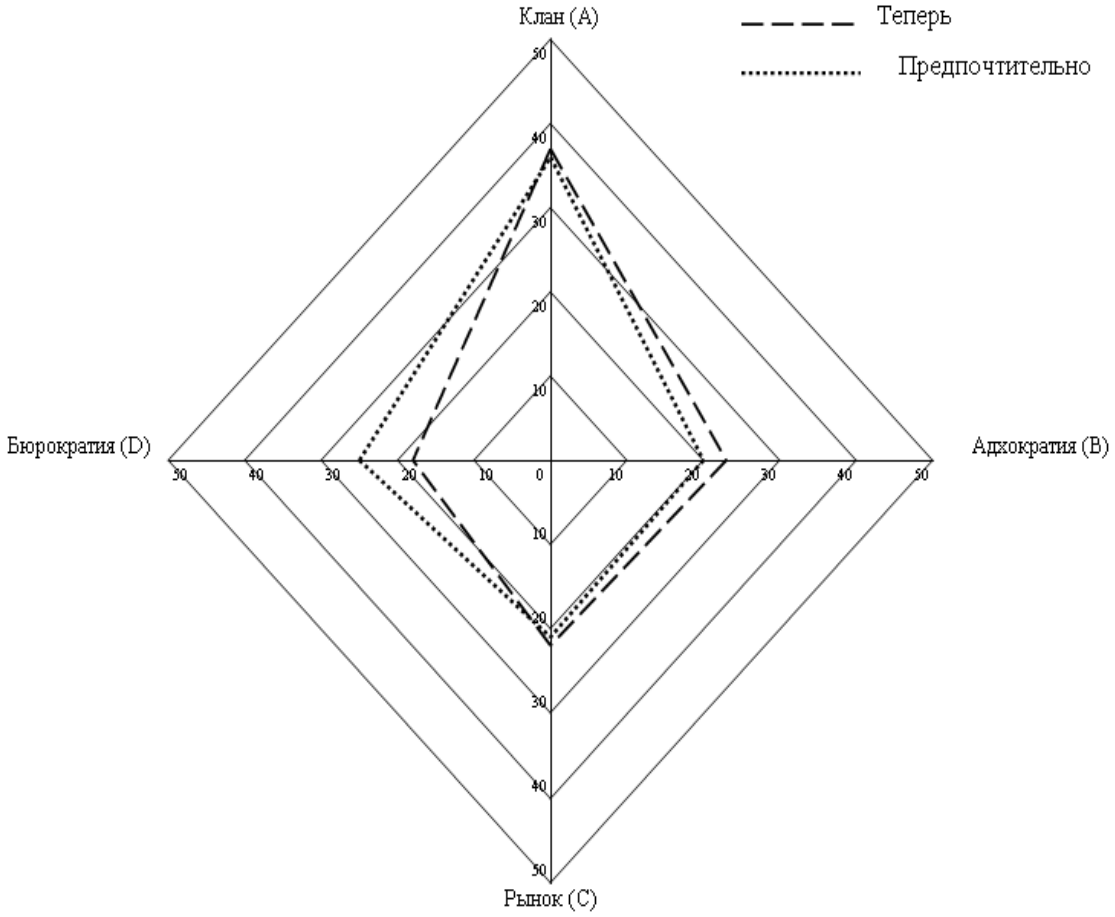


Рисунок 1 - Тип организационной культуры по методу Камерона-Куинна в КГБУЗ "КМРД №2

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адизес, И. Управление жизненным циклом корпорации / И. Адизес. – СПб. : Питер, 2007. – 384 с.

2. Камерон, К. Диагностика и измененииеорганизационной культуры / К. Камерон, Р. Куинн. – СПб. : Питер, 2001. – 311 с.

3. Карелина, И. Л. Модернизация культуры управления медицинской организации в контексте реформы здравоохранения : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.08 / Карелина Ирина Леонидовна. - Саратов, 2006. - 172 с.

4. Тихомирова, О. Г. Организационная культура: формирование, развитие и оценка / О. Г. Тихомирова. - СПб. : СПбГУ ИТМО, 2008. - 154 с.

УДК 929

ЖИЗНЬ Л. БЕТХОВЕНА – ПОДВИГ ЧЕЛОВЕКА И ВЕЛИЧИЕ КОМПОЗИТОРА

Д.В. Бакурова, Н.И. Карцева

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минестерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Внутренних болезней №1

К.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 Т.Д. Верещагина

Для человека лишиться слуха - значит быть обреченным на тяжелое существование, но для музыканта - это истинная трагедия.

В жизни Бетховена было много испытаний: тяжелое детство, раннее сиротство, годы мучительной борьбы с болезнью и разочарования в любви. Но чистая радость творчества и уверенность в собственном высоком предназначении помогли гениальному композитору выстоять в борьбе с судьбой.

Людвиг ван Бетховен родился 17 декабря 1770 года в небольшом немецком городе Бонне. Мальчик рос в музыкальной семье. Его дед играл на скрипке, отец композитора был певцом-тенором. Музыкальные способности мальчика проявились рано. Отец Бетховена обучал сына музыке. Но это был неопытный педагог, нечуткий музыкант, черствый, а порою жестокий человек. По семь — восемь часов в день отец заставлял несчастного ребенка играть упражнения. А иногда у него появлялось желание позаниматься с ним и ночью. Он будил сына и сонного, плачущего заставлял играть на фортепиано. Скорее всего, в таких случаях им руководило желание продемонстрировать друзьям, приходившим с ним после веселой вечеринки, успехи маленького музыканта. Никакие уговоры перепуганной матери не могли помешать этим мучительным ночным урокам. И только яркий талант ребенка, его непреодолимое влечение к музыке помогли ему перенести такое жестокое обращение и не отпугнули навсегда от искусства.

После смерти матери, в 1787 году, Бетховен переехал в Вену, где познакомился с такими знаменитыми музыкантами, как Гайдн, Моцарт, Сальери. Он брал у них уроки, учился ревностно и потом с благодарностью отзывался о своих учителях. Также Бетховен выступал в качестве пианиста и завоевал славу импровизатора и виртуоза. На гастролях в 1796 году он покорил Прагу, Берлин, Дрезден и Братиславу.

Первые признаки расстройства слуха появились у композитора, когда ему было всего 26 лет (в 1796 году). Началось с шума в ушах, который, превратившись вскоре в непрерывный, не давал молодому человеку покоя ни днем, ни ночью. “Мои уши,- пишет он,- шумят и гудят день и ночь. Я могу сказать, что жизнь моя самая жалкая”

Врачи полагали, что причиной этому могло быть заболевание брюшной полости. Бетховен часто жаловался на колики — “мою обычную болезнь”. К тому же летом 1796 года он переболел тяжелой формой тифа.
Такова одна из версий. Биограф Бетховена Э.Эррио говорит о других причинах глухоты: “Действительно ли она возникла около 1796 года из-за простуды? Либо ее причиной была оспа, усеявшая рябинами лицо Бетховена? Сам он приписывал глухоту заболеваниям внутренних органов и указывал, что болезнь началась с левого уха…”

Причинами назывались также грипп и сотрясение мозга. Ученые пришли к мнению, что у композитора неуклонно прогрессировало такое заболевание, как отосклероз. Так проявления болезни Бетховена очень похожи на проявления отосклероза: шум в ушах, постепенно нарастающая тугоухость, а также неврастенический синдром, проявляющийся постоянным напряжением больного, замкнутостью, апатичностью, вялостью.

Композитор обращался к разным врачам. Ему прописывали ванны, пилюли, миндальное масло. Даже такое мучительное лечение, как мушки на руки.

Но ужас от прогрессирующей глухоты сменило счастье от встречи с юной аристократкой, итальянкой по происхождению Джульеттой Гвиччарди. Джульетта, дочь богатого и знатного графа Гвиччарди, приехала в Вену в 1800 году. Тогда ей не было и семнадцати, но жизнелюбие и очарование молодой девушки покорили тридцатилетнего композитора, и он сразу же признался друзьям, что влюбился пылко и страстно. Он был уверен, что и в сердце насмешливой кокетки зародились такие же нежные чувства. В письме своему другу Бетховен подчёркивал: «Эта чудесная девушка так сильно любима мною и любит меня, что я наблюдаю поразительную перемену в себе именно из-за неё». Через несколько месяцев после первой встречи Бетховен предложил Джульетте взять у него несколько бесплатных уроков игры на фортепиано. Та с радостью приняла это предложение. Бетховен был строгим учителем. Когда игра Джульетты ему не нравилась, раздосадованный, он швырял ноты на пол, демонстративно отворачивался от девушки, а та молча собирала тетради с пола. Через шесть месяцев, на пике чувств, Бетховен приступил к созданию новой сонаты, которую после его смерти назовут «Лунной». Она посвящена графине Гвиччарди и была начата в состоянии великой любви, восторга и надежды. Дописывал же композитор свой шедевр в гневе, ярости и сильнейшей обиде: ветреная кокетка завела роман с восемнадцатилетним графом Робертом фон Галленбергом. Разгневанный Бетховен попросил

юную графиню больше не приходить к нему. «Я презрел её, — вспоминал много позже Бетховен. — Ведь если бы я захотел отдать этой любви мою жизнь, что же осталось бы для благородного, для высшего?»

Тем временем глухота прогрессировала. Долгое время Бетховен старался скрывать это даже от самых близких ему людей. Он избегал появления на людях, чтобы не обнаружился его недуг. И чем дольше он скрывал свое горе, тем сильнее страдал… Лишь в 1801 году, когда ему был 31 год, он открыл ужасную тайну пастору Аменде - другу, которому особенно доверял, ценя их готовность всегда прийти на помощь.

"Как часто мечтал я, - в отчаянии писал композитор Аменде, - чтобы ты был рядом со мной, потому что твой Бетховен глубоко несчастен… Знай, что самая благородная часть меня, мой слух, сильно ослаб. Еще в то время, когда ты был со мной, я уже ощущал признаки этого, но не показывал виду. С тех пор что ни дальше, мне становилось все хуже и хуже. Можно ли это будет когда-нибудь излечить, пока сказать нельзя… Вылечусь ли я? Разумеется, я не теряю надежды, но до чего же это трудно, ведь болезни такого рода относятся к самым неизлечимым. Какую печальную жизнь я должен влачить, избегать всего, что мне мило… Грустная покорность судьбе - вот мое прибежище! Конечно, я обещал судьбе быть выше всех этих бедствий, но как это возможно?"

Глухоту Бетховена начали замечать окружающие. Первым оказался приятель Рис. В 1802 году он гулял с композитором в окрестностях села Гейлигенштадта недалеко от Вены. Рис обратил внимание Бетховена на интересную мелодию, кем-то исполнявшуюся на пастушеской свирели. Полчаса Бетховен напрягал слух и ничего не услышал. Рис вспоминал: “он сделался необыкновенно тих и мрачен, несмотря на то, что я его уверял, будто тоже ничего не слышу (чего в действительности не было)”.

Находясь в удрученном состоянии, в октябре 1802 года он составил завещание. Текст был обнаружен в бумагах композитора после его смерти. В нем говорится: “О люди, считающие или называющие меня неприязненным, упрямым, мизантропом, как несправедливы вы ко мне!.. Шесть лет, как я страдаю неизлечимой болезнью, ухудшаемой лечением несведущих врачей. С каждым годом все больше теряя надежду на выздоровление, я стою перед длительной болезнью (излечение которой возьмет годы или, должно быть, совершенно невозможно)… Еще немного, и я покончил бы с собою. Меня удержало только одно — искусство. Вы, братья мои, и Карл тотчас после моей смерти попросите от моего имени профессора Шмидта, если он будет еще жив, чтобы он описал мою болезнь; этот же листок вы присоедините к описанию моей болезни, чтобы люди хоть после моей смерти по возможности примирились со мною”.

И несмотря на то, что его слух постоянно ухудшался, Бетховен сочинял очень много. Он помнил звучание каждой ноты и мог представить, как должно звучать все музыкальное произведение. Он зажимал в зубах деревянную палочку и дотрагивался ею до струн рояля, чтобы ощутить их вибрации. В 1817 году Бетховен у известного производителя Страйхера заказывает рояль, настроенный на максимальную громкость, а другого производителя – Графа просит изготовить резонатор, чтобы инструмент звучал еще громче.

К 1814—1816 годам Бетховен оглох настолько, что полностью перестал воспринимать звуки. С людьми он общался при помощи “Разговорных тетрадей”. Собеседник писал вопрос или реплику, композитор их читал и устно отвечал.

Бетховен перенес и этот удар. Он создает пять значительных фортепианных сонат и пять струнных квартетов. Вершиной является написанная за два года до смерти “Эпическая” девятая симфония с одой “К радости”. Начинаясь трагически, симфония завершается светлыми образами.

О том, в каком состоянии был его слух, свидетельствует печальный рассказ одного из самых преданных ему друзей, музыканта и писателя Антона Феликса Шиндлера (1790 - 1864) в связи с подготовкой оперы "Фиделио" к постановке в 1822 году: "Бетховен пожелал на генеральной репетиции дирижировать сам… Начиная с дуэта в первом акте стало ясно, что он ровно ничего не слышит из того, что происходит на сцене. Он заметно замедлил ритм, и в то время как оркестр следовал за его палочкой, певцы, не обращая на него внимания, уходили вперед. Произошло замешательство. Умлауф (Австрийский дирижер, скрипач и композитор. - И. Ю.), который обычно дирижировал оркестром, предложил на минуту приостановить репетицию, не объясняя причин. Затем он обменялся несколькими словами с певцами, и репетиция возобновилась. Но снова началась сумятица. Пришлось опять сделать перерыв. Было совершенно очевидно, что продолжать под управлением Бетховена невозможно. Но как дать ему понять? Ни у кого не хватило духу сказать ему: "Уйди, бедный калека, ты не можешь дирижировать". Бетховен, встревоженный, расстроенный, оборачивался направо, налево, силясь прочесть по выражению лиц, что случилось, и понять, отчего происходит заминка. Со всех сторон - молчание. Внезапно он окликнул меня властным голосом, требуя, чтобы я подошел к нему. Когда я приблизился, он подал мне свою записную книжку и знаком велел писать. Я написал: "Умоляю вас, не продолжайте, дома объясню, почему". Одним прыжком он очутился в партере, крикнув мне: "Уйдем скорей!" Он добежал до своего дома и в изнеможении бросился на диван. И так он оставался до обеда. За столом я не мог вытянуть из него ни слова; вид у него был совершенно убитый, на лице было написано величайшее страдание. После обеда, когда я собрался уходить, он удержал меня, сказав, что ему не хочется оставаться одному. Потом, когда мы прощались, он

попросил меня проводить его к доктору, который славился как специалист по ушным болезням… За все время, что я потом встречался с Бетховеном, не могу припомнить ни одного дня, который можно было бы сравнить с этим роковым ноябрьским днем. Бетховен был ранен в самое сердце, и впечатление об этой ужасной сцене не изгладилось в нем до самой смерти".

7 мая 1824 года в Вене состоялось первое исполнение Девятой симфонии. Она вызвала у слушателей неистовый восторг. Но глухой композитор не слышал того, что творилось в зале. Лишь тогда обнаружил он это, когда одна из певиц взяла его за руку и повернула лицом к публике. Только тогда он увидел, что все поднялись с мест, приветствуя его многократными взрывами аплодисментов. Многие, не стыдясь своих слез, плакали. Этот триумфальный успех так потряс Бетховена, что он упал в обморок. Его тут же отнесли к Шиндлеру. Там он пролежал в полузабытьи всю ночь и первую половину следующего дня. Мог ли он думать в этом состоянии? И если да, то о чем? Может быть, о том, что путь к Радости лежит через Страдания и что в этом пути нуждаются не только отдельные люди, но и человечество в целом. И если это так, то его, Бетховена, музыка способна помочь "страждущему человечеству" обрести истинную радость. А это не может не принести и ему, Бетховену, ту радость, о которой он так долго мечтал. Значит, он не зря прожил свою жизнь.

Бетховен умер в Вене в 1827 году в возрасте 57 лет. Насколько скромными и загадочными были похороны Моцарта, настолько пышно и торжественно хоронили Бетховена. В траурной процессии участвовало двадцать, а то и тридцать тысяч человек. Друг композитора поэт Грилыгарцер написал прощальное слово, последняя фраза которого звучала так: «Тот, кто придет вслед за ним, не сможет продолжать дело его, но должен будет начать с самого начала, потому что в своем творчестве Бетховен дошел до границ искусства».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прохорова, И. Музыкальная литература зарубежных стран, Учебник. - .- М. Музыка, 2003. - 112с.
2. Уварова, И. Эдуард Эррио - Жизнь Бетховена. - М. Музыка , 1986г. - 332с.
3. http://www.portal-slovo.ru/art/36027.php
4. http://www.informatics.ru/mshp/works/composer/2.htm#m3
5. http://www.rg.ru/2013/12/16/betxoven-site.html
6. http://www.rusamny.com/458/t04(458).htm

УДК 616.381-089-08-039.71:616.94-002.3

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО - СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Д.В. Баранова; Ю.И. Молчанова; А.А. Антонова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж
Научные руководители: преподаватель Ю.И. Бодров, преподаватель Т.Н.Лопатина

Операции на органах брюшной полости являются одними из старейших в полостной хирургии. Осложнения гнойно-воспалительного характера при острых хирургических заболеваниях брюшной полости являются одними из наиболее важных и сложных проблем в неотложной хирургии.

Широкий спектр инфекционных процессов развивающихся при воздействии микроорганизмов, колонизирующих желудочно-кишечный тракт и проникающих в другие, обычно стерильные области брюшной полости, приводит к развитию абдоминальной инфекции.

Гнойно — воспалительные раневые осложнения брюшной стенки ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания больных в стационаре. Среди послеоперационных осложнений преобладают нагноения ран. Нагноения часто приводят к формированию эвентраций, вентральных грыж, лигатурных свищей, развитию таких грозных осложнений, как хирургический сепсис и септический шок. Особенностью осложненных инфекций брюшной полости является распространение инфекции за пределы зоны возникновения – развитие неотграниченного перитонита или абсцедирование.

Ранние гнойные раневые осложнения возникают в период пребывания больного в стационаре и возникают у 5 – 10 из 100 оперированных пациентов. Более половины (57.6 %) больных с указанными осложнениями нуждаются в повторном оперативном вмешательстве. Поздние послеоперационные осложнения являются причиной повторной госпитализации в 40% случаев. Частота их по данным ряда авторов колеблется от 2 до 30%.

Частота нагноений послеоперационных ран на органах брюшной полости определяется характером заболевания, степенью травматичности оперативного вмешательства и возможностью микробного инфицирования операционной раны.

Современная абдоминальная хирургия направлена на минимизацию операционной травмы. Для этого всё более активно используются эндоскопические методы оперативного

вмешательства. Однако, любое (даже минимальное) деструктивное поражение органов брюшной полости является по своей сути абдоминальным инфекционным заболеванием, часто приводящим к развитию гнойного процесса.

Госпитальная инфекция сдерживает прогресс и развитие медицины в тех направлениях, где надежная антиинфекционная защита медицинских технологий определяет исход лечения пациента. Инновационные технологии позволяют уменьшить риск госпитального инфицирования, но требуют новых методов и средств дезинфекции оборудования[1,2].

Трудно переоценить роль полноценной антибактериальной терапии – не заменяя, а лишь дополняя хирургическое лечение, адекватная антибиотикотерапия способна предотвратить генерализацию инфекции и развитие различных послеоперационных осложнений. К сожалению, и в этом отношении ситуация неблагополучна. С одной стороны, в последние годы арсенал антимикробных средств значительно расширился – появились новые высокоэффективные антимикробные препараты. Однако, при несвоевременном и неадекватном хирургическом вмешательстве даже антибиотики не могут помочь больному и оказать существенное влияние на результаты лечения.

Безопасность пациентов является основополагающим принципом здравоохранения, но каждому этапу в процессе оказания хирургической помощи свойственна какая-то определенная небезопасность[3,4]. В системе мероприятий по профилактике гнойных осложнений ведущая роль принадлежит сестринскому персоналу, обеспечивающему антиинфекционную защиту в ЛПО [2,4]. От четкой и грамотной работы медицинских сестер во многом зависит эпидемическое благополучие. Необходимо отметить, что в процессе производственной деятельности сестринский персонал непосредственно подвергается воздействию лечебной среды и лечебно-диагностического процесса. Это обуславливает высокий риск госпитального инфицирования медицинских сестер. Работа в лечебно-профилактических организациях 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.

Таким образом, одна из проблем раневой инфекции в абдоминальной неотложной хирургии имеет социально — экономическое значение, что требует дальнейшей разработки новых и усовершенствование имеющихся методов профилактики местных гнойно — воспалительных осложнений.

Цель исследования: Выявить причины гнойных осложнений в абдоминальной хирургии. Разработать рекомендации по совершенствованию профилактических мероприятий.

Задачи:

1. Оценить уровень знаний эпидемического процесса ЛПО у медицинских сестер, работающих в отделении абдоминальной хирургии;
2. Выявить наиболее проблемные вопросы профилактики гнойных осложнений;
3. Разработать рекомендации по совершенствованию профилактических мероприятий.

Объект исследования – медицинские сестры, работающие в ЛПО хирургического профиля.

Предмет исследования – уровень информированности медицинских сестер по вопросам профилактики гнойно-септических осложнений.

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Исследование проводилось по данным анкетирования, проведенного в отделении абдоминальной хирургии МУЗ ГДХБ № 5, МУЗ ГБ №20.

Для проведения исследования было использована анкета для оценки уровня информированности медицинских сестер по вопросам инфекционной безопасности (разработана студентами колледжа).

Критерий включения: согласие на анонимное анкетирование.

Значимость факторов риска развития гнойных осложнений оценивалась медицинскими сестрами по 10 бальной шкале.

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики с определением средних величин и среднего квадратичного отклонения с использованием программы MicrosoftOfficeExcel.

В исследовании приняли участие 95 медицинских сестер. По возрастному критерию медицинские сестры распределились следующим образом: 20 - 29 лет – 14,9%; 30 - 39 лет – 21,2%; 40 - 49 лет – 34,2%; 50 - 59 лет – 21,2%; 60 и более лет – 8,5%. Средний возраст работающих составляет – 43.4 ± 2 г. Распределение по стажу работы: до 5 лет – 31,9%; 5 - 10 лет – 12,7%; 10 – 15 лет – 4,25%; 15 - 20 лет – 19,1%; 20 - 25 лет – 14,9%; более 25 лет – 17,04%. Средний стаж составляет 14.4 ± 1.6 лет.

Трудоспособный возраст и постоянство кадрового состава являются определяющим фактором профессиональной компетенции медицинских сестер. Отсутствие тенденции к «текучести кадров» говорит о том, что медицинские сестры психологически настроены долго работать в данной отрасли и ответственно относятся к профессиональным обязанностям.

При оценке уровня информированности выявлено, что 40% респондентов демонстрируют высокий уровень знаний эпидемического процесса, 58% - средний уровень информированности. 2% опрошенных достаточно слабо информированы по вопросам инфекционной безопасности – это медицинские сестры в возрасте 21-22 года со стажем работы до 1 года. Эти респонденты достаточно часто не могли определиться с выбором ответа и отмечали графу «не знаю».

Таблица 1 - Уровень знаний эпидемического процесса

уровень информированности	показатели	
	средние значения	%
Высокий уровень(n=38)	12.24± 0.07	40
Средний уровень(n=54)	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 мероприятия по дезинфекции и стерилизации. 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 недооценивают значимость общегигиенических требований к организации лечебного процесса и 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. Недооценивается степень контаминации раны, хотя именно этот фактор формирует группу риска и требует особенного внимания.

Необходимо отметить, что профилактика внутрибольничного инфицирования начинается на этапе предупредительного надзора с разработки проекта здания и основана на соблюдении принципа зонирования и поточности. 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. Медицинские сестры демонстрируют хороший уровень знаний эпидемического процесса в ЛПО и информированы по вопросам инфекционной безопасности.

2. Наиболее проблемными являются общегигиенические требования организации лечебного процесса.

3. Возникает необходимость коррекции программы повышения квалификации для среднего медицинского персонала с акцентом внимания на многофакторность эпидемического процесса.

Предложения:

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

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

Средний медицинский персонал играет главную роль в профилактике ВБИ 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. Кутин, А. А. Позднее гнойное осложнение после нефрэктомии («лигатурный» абсцесс забрюшинного пространства) / А. А. Кутин, Н. И. Мосиенко, С. К. Кленский, М. А. Кутин // Хирургия. - 1998. - № 4. - С. 53-54.

5. 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.

6. Милонов, О. Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин. - М. : Медицина, 1990. - 558 с.

УДК 616,98:579.835.12:616.3-085

ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTERPYLORI, В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.И. Барсукова, О.В. Боровлева, Д.Д. Черданцева

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО

к. м. н., доц. О.Ф. Веселова, к. м. н., доц. Ю.А. Вставская

В настоящее время Helicobacter Pylori рассматривается как одна из самых распространенных инфекций человека, так как выявляется у 50% населения планеты [5]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, проводимым в России, положительные тесты на наличие данной бактерии у населения составляет 80-100% и не снижается с течением времени [2]. Показатели инфицирования взрослого населения в Сибири существенно не отличаются от таковых показателей в России в целом [4].

Следует отметить, что у молодых пациентов H. Pylori регистрируется редко, максимальный уровень инфицированности наблюдается в возрасте от 40 до 60 лет [1].

Среди этиологических факторов гастродуоденальных заболеваний, которые отличаются большим разнообразием клинических, эндоскопических и морфологических проявлений, H. Pylori играет ведущую роль. К таким заболеваниям относятся гастриты, дуоденальные и желудочные язвы, рак желудка, лимфомы [3]. Инфекция Helicobacter pylori является причиной развития хронического гастрита – обязательного звена в цепи процессов, ведущих к раку желудка. В целом длительное течение гастрита, вызванного H. pylori, повышает риск рака желудка в 20 раз [1].

Существует несколько схем эрадикации H.pylori: Маастрихт IV, 5 Московское соглашение, Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации.

Согласно Маастрихт IV эрадикационная терапия эффективно предотвращает рак желудка, если она проведена до развития пренеопластических изменений слизистой оболочки.

Целью нашей работы явилось выявление соответствия фармакотерапии заболеваний, ассоциированных с H.pylori, в стационарах г. Красноярска стандартам и рекомендациям. Для достижения цели нами проведен анализ историй болезни больных, имеющих гастроэнтерологические заболевания, ассоциированные с H.pylori.

Проанализированы истории болезни всех пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение НИИ проблем Севера в 2014 году. Проведена статистическая обработка данных в Excel.

В структуре патологии, которая встречалась в исследуемых нами историях болезни, на долю заболеваний, ассоциированных с H.pylori, приходится 15% (из 272 обработанных историй, в 42 случаях выявлялась данная патология). Наиболее часто заболевания встречаются у лиц 2 периода зрелого возраста и пожилого возраста, средний возраст составил 52±13,32 года. У мужчин исследуемая патология встречалась чаще (60%). Обращает на себя внимание наличие у 60% больных вредных привычек. Процентное соотношение выявленных заболеваний, ассоциированных с H.pylori, выглядит следующим образом: язва желудка – 47%, неатрофический гастрит – 26%, язва ДПК – 14%, атрофический гастрит – 13%. Среди сопутствующих заболеваний встречались такие, как хронический панкреатит, эзофагит, ГЭРБ и полипоз желудка.

На сегодняшний день не существует единого «золотого» стандарта методов диагностики инфекции H. pylori. Однако согласно рекомендациям европейского консенсуса Маастрихт IV (2010), приоритет первичной диагностики инфекции должен отдаваться неинвазивным диагностическим тестам. Самым распространенным серологическим методом является метод иммуноферментного анализа (ИФА), так как он является дешевым и легко доступным, однако по данным Всемирной Гастроэнтерологической Организации он менее точен, чем патогистологическое исследование, а также не рекомендован после проведения лечения.

Наш анализ показал, что среди используемых в стационаре методов диагностики наличия H.pylori ИФА также встречался наиболее часто (Рис. 1)

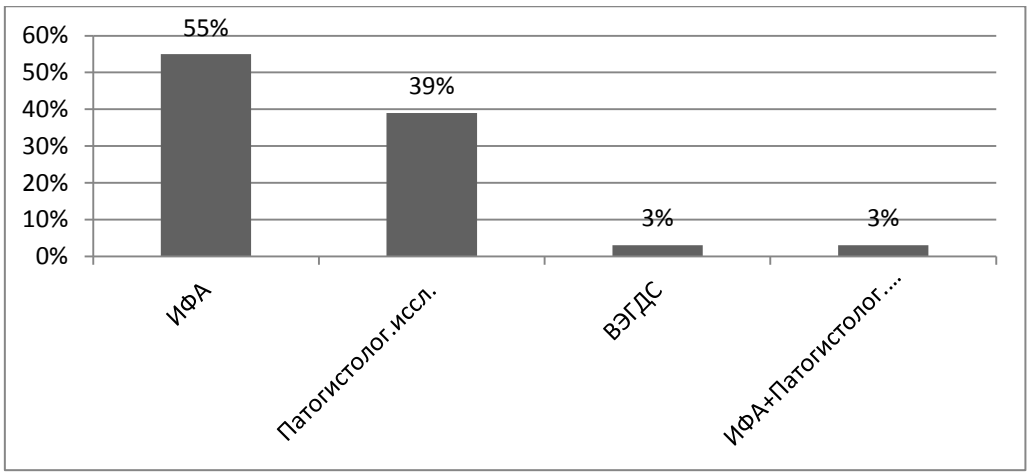


Рисунок 1 – График распределения методов диагностики

В ходе исследования было выявлено, что терапия первой линии встречается наиболее часто – 81%. Из них 70% приходится на долю тройной терапии, 11% на долю квадротерапии. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что стандартная тройная терапия остается актуальной в качестве терапии первой линии, о чем указывается во всех существующих схемах лечения заболеваний, ассоциированных с H.pylori (Маастрихт IV, 5 Московское соглашение, Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации). В 100% случаев при применении тройной терапии наличие H.pylori было выявлено впервые. Квадротерапия проводилась у 5 пациентов (что составило 11 %) и была обусловлена неэффективностью тройной терапии, что соответствует рекомендациям указанных в 5 Московском соглашении.

Известно, что в качестве первого антибактериального препарата первой линии во всех существующих схемах лечения предлагается амоксициллин, который назначался под торговым наименованием амоксициллин в 87%, флемоксин солютаб в 13%. Вторым антибактериальным препаратом является кларитромицин, который принадлежит к группе макролидов. При проведении квадротерапии во всех случаях дополнительно назначался препарат висмута – висмута трикалия дицитрат (Де-Нол).

В случаях повторного выявления заболевания использовалась тройная терапия второй линии – 8%, что соответствует схемам, предложенным в Маастрихт IV и 5 Московском соглашении.

Вместе с тем, нельзя не акцентировать внимание на том, что в трех впервые выявленных случаях наличия заболеваний, ассоциированных с H.pylori, встречалось необоснованное назначение третьего антибактериального препарата – метронидазола для внутривенного введения (при уже имеющейся терапии амоксициллином и

кларитромицином). У двух пациентов использовалась терапия ингибитором протоновой помпы (ИПП) и метронидазолом. Такие схемы лечения не рациональны и могут приводить к неэффективной эрадикации.

Из ИПП наиболее часто использовался омепразол, под торговым наименованием омез, эманера (Рис. 2). Кроме того применяются такие препараты, как нексиум, зульбекс, нольпаза, санпраз.

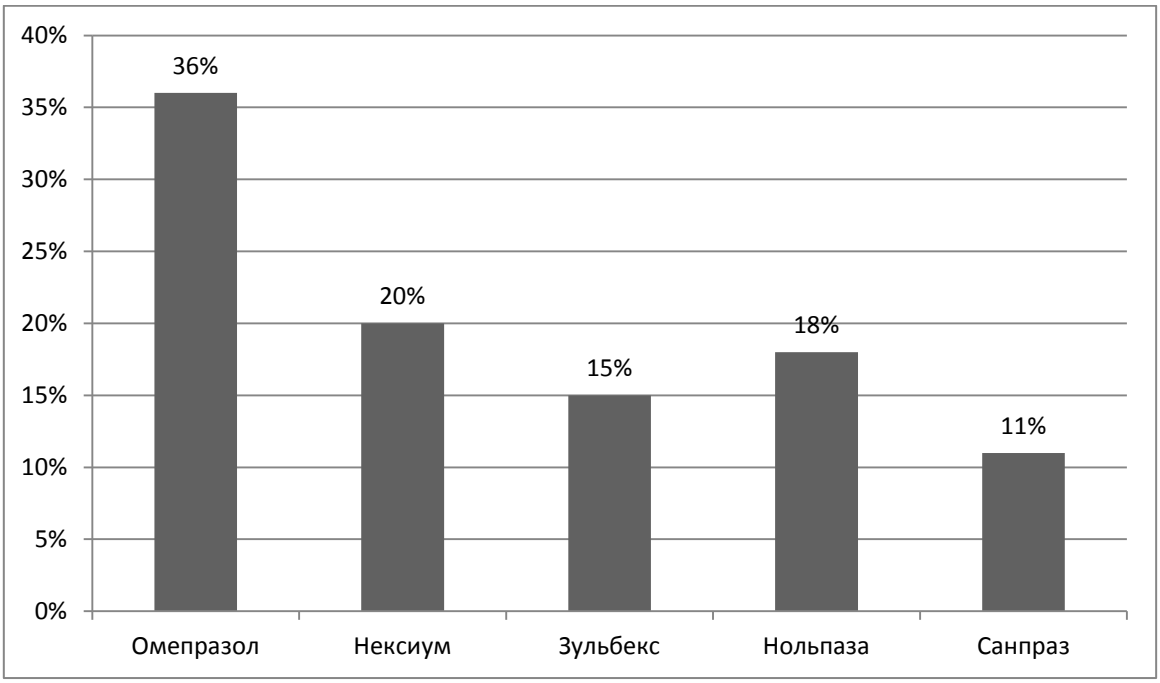


Рисунок 2 – График распределения ИПП

Анализ историй болезней, проведенный в ходе исследования, выявил, что имеет место одновременное использование препаратов одной группы (ИПП) в 67 % случаев, что в свою очередь противоречит всем имеющимся рекомендациям.

Чаще всего продолжительность применения антибактериальных препаратов составила 10 дней (44%), в 15% - 14 дней, в 38% случаев 7 дней и в 3% - 16 дней. Использование антибактериальных препаратов в течение 7 дней предлагается лишь в Рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации, в то время как 10-14 дневное использование признается наиболее эффективным в Маастрихт IV и 5 Московском соглашении. Применение антибактериальной терапии в течение 16 дней не соответствует рекомендациям.

Отсутствовала информация о применении препаратов по отношению к пище в 26% случаев у антибактериальных препаратов, в 18% случаев у ИПП. Несоблюдение правил приема препаратов по отношению к пище может приводить к снижению эффективности фармакотерапии.

Таким образом, можно сделать вывод, что фармакотерапия заболеваний, ассоциированных с H.pylori, в стационарах г. Красноярска в большинстве своем соответствует общепринятым стандартам лечения и Российским рекомендациям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васютин А.В. Распространенность и факторы риска Helicobacterpylori ассоциированных заболеваний / А.В. Васютин, О.С. Амельчугова // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – №1. – С. 26-31.
2. Павлов О.Н. Ассоциация инфекции Helicobacterpylori и ИБС / О.Н. Павлов // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – №3. – С.14-17.
3. Пиманова С.И. Влияние генотипов Helicobacterpylori и курения на эффективность эрадикации / С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2009. – №3. – С.100-106.
4. Поливанова Т.В. Вопросы формирования и клинического течения заболеваний гастродуоденальной зоны у населения крайнего Севера / Т.В. Поливанова // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 10–13.
5. Цуканов В.В. Эпидемиология язвенной болезни: современное состояние и практические выводы / В.В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. –№5 – С. 48-50.

УДК 616-03

ЙОД — ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЙ МИКРОЭЛЕМЕНТ

Д.А. Беккер

Управление образования администрации г. Красноярска муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа №150»

Кафедра медицина

Научный руководитель: Л.В. Лаубах

Жизнь, функции и структура каждой клетки на Земле зависят от действия химических элементов. Известно, что подавляющее большинство всех встречающихся в природе химических элементов в той или иной степени принимают участие в построении и функционировании живого организма.

Реакции с участием химических элементов лежали в основе зарождения жизни на Земле. Химические элементы связывают Человечество со Вселенной, поэтому необходимое

содержание их в организме и обеспечивает жизнедеятельность и является важнейшим показателем здоровья человека и его взаимоотношений с окружающей средой.

Поскольку организм не способен вырабатывать какие-либо минеральные вещества самостоятельно, он должен получать их с пищей. В природе минералы присутствуют в почве, откуда переходят в корни растений, задерживаются во фруктах, овощах и проходят через пищевую цепочку в организме животных.

Одним из таких элементов является йод. К сожалению содержание этого элемента в организме не всегда соответствует норме.

Для России проблема йодного дефицита чрезвычайно актуальна, так как более 70% густонаселенных территорий страны имеют недостаток йода в воде, почве и продуктах питания местного происхождения.

В связи с этим мы провели социологический опрос среду учащихся 10-11-х классов нашей школы для выявления отношения учащихся к проблеме йододефицита. И вот результаты: 92% опрошенных знают о проблеме, 90% считают проблему важной, из них 63% решают проблему при помощи лекарств и витаминов, остальные 37% употребляют йодсодержащие продукты и воду.

Основная масса йода концентрируется в щитовидной железе. Его роль в организме - участие в образовании гормонов щитовидной железы. Но главное его значение в том, что он является незаменимым компонентом тиреоидных гормонов, регулирующих множество физиологических процессов включая рост организма и репродуктивные функции.

Основная причина дефицита йода—антропогенная нагрузка на окружающую среду, изменения в геохимическая структура почв и вод в результате загрязнения почвы и воды.

Целью исследования стало изучение проблемы дефицита йода и определение содержания йода в некоторых продуктах питания.

Задачи исследования: провести обзор литературы по данной теме и выявить основные меры профилактики йоддефицитных заболеваний, определить содержание йода в некоторых продуктах питания.

Гипотеза: продукты питания не могут обеспечить человека необходимой суточной дозой йода.

Щитовидная железа играет важнейшую роль в обмене веществ и осуществлении других физиологических функций организма. Миллионы людей страдают заболеваниями щитовидной железы, даже не подозревая об этом. Основными заболеваниями, связанными с недостатком йода является эндемический зоб и диффузный токсический зоб или болезнь Грейса.

Зобу подвержено около 7% населения земного шара. Но это не единственная болезнь щитовидной железы. К другим заболеваниям щитовидной железы относится диффузный токсический зоб или базедова болезнь, аутоиммунный тиреоидит и узелковые образования щитовидной железы. Но самая опасная из них—рак щитовидной железы. Его симптомы иногда приписывают инфекционным заболеваниям, поэтому в некоторых случаях диагностика затрудняется.

Для нормального развития детей, функционирования взрослого организма рекомендуются следующие нормы: 90 мкг йода - для детей младшего возраста, 120 мкг - для детей школьного возраста, 150 мкг - для взрослых, 200 мкг - для беременных и кормящих женщин. То есть элементарный подсчет показывает, что за всю жизнь человеку необходимо получить 3-5 гр. йода (около 1 чайной ложки). До 90% потребностей в йоде удовлетворяется за счет продуктов питания. Но только при этом пути его поступления среднестатистический россиянин получает в день 40-60 мкг йода. Вывод один - одного питания явно недостаточно чтобы решить эту задачу.

Одной из главных принимаемых мер по профилактике йододефицита в России является обеспечение населения йодосодержащими продуктами питания и лекарственными препаратами, содержащими йод.

В качестве универсального метода йодной профилактики в России постановлением правительства РФ № 1119 от 5.10.1999 года принята национальная программа потребления йодированной соли. Ее применяют и при приготовлении йодированного хлеба, который уже не редкость на прилавках магазинов нашей области. Однако и тут есть проблемы. При длительном хранении и термической обработке йод улетучивается, и йодированная соль перестает соответствовать своему названию.

Самые известные йодсодержащие лекарственные препараты это - «Йодактив», «Калия йодид 200» и «Йодомарин». Что касается первого препарата: на упаковке указана доза 50 мкг в 1 таблетке, но, по мнению некоторых эндокринологов, истинное содержание йода там неизвестно. Кроме того, как освобождается йод от «молекулы молочного белка» (в которую он встроен ,как написана на упаковке), тоже не известно. Но МЗ РФ рекомендует. Препарат «Калия йодид 200» содержит 200 мкг йода, стоит относительно дешево 60 — 90 рублей за сто таблеток. Хорошо усваивается и хорошо, иногда даже чересчур справляется с дефицитом йода. «Йодомарин» имеет те же эффекты, что и «Калия йодид», но стоит в два раза дороже.

В ходе исследования было проведено определение содержание йода в некоторых продуктах, например в соли, методом титрования. Оценивая титриметрический метод определения йода в объектах окружающей среды, следует отметить его доступность и простоту, а также высокую чувствительность при определении всех форм йода - молекулярного, йодидов и йодатов. Вместе с этим следует иметь в виду, что объекты исследования, в частности пищевые продукты и продовольственное сырье, могут содержать вещества (органического и неорганического происхождения), способные как окислять, так и восстанавливать различные формы йода, существенным образом влияя на результат анализа. В качестве индикатора в йодометрии используют свежеприготовленный 1% раствор крахмала. При взаимодействии йода с крахмалом протекают 2 процесса - комплексообразование и адсорбция, в результате которых образуются соединения синего цвета. Крахмал следует добавлять в титруемый раствор, лишь когда основное количество йода уже оттитровано, иначе крахмал образует очень прочное соединение с избытком йода; при этом наблюдается перерасход тиосульфата натрия, что ведет к искажению (завышению) результатов анализа. Титрование нельзя проводить в щелочном растворе, поскольку в щелочной среде йод образует гипойодид и некоторые другие продукты реакции. В связи с этим рекомендуется осуществлять титрование в кислой среде. При титровании в сильнокислых растворах возникает опасность окисления йодида кислородом воздуха.

Навеску соли массой 10 г помещали в коническую колбу вместимостью 250 $см^3$ и растворяли в 100г дистиллированной воды. К полученному раствору прибавляли градуированной пипеткой 1 $см^3$ раствора H_2SO_4 1моль/$дм^3$, пипеткой на 5 $см^3$ приливали раствор KI с массовой долей его 10% перемешивали, закрывали колбу пробкой и помещали её на 10 минут в тёмное место. По истечении указанного времени колбу извлекали, обмывали внутреннюю поверхность пробки дистиллированной водой и титровали содержимое колбы раствором тиосульфата натрия $Na_2S_2O_3 \cdot 5H_2O$ до перехода тёмно-жёлтой окраски в соломенно – жёлтую.

Одновременно проводили два параллельных определения и вычисления:

$W = ((V-V_1) \cdot 0{,}0001058 \cdot K_п \cdot 100)/m$, где V – объём раствора $Na_2S_2O_3 \cdot 5H_2O$, израсходованного на титрование рабочей пробы, $см^3$; V_1 – объём раствора $Na_2S_2O_3 \cdot 5H_2O$, израсходованного на титрование контрольной пробы, $см^3$, 0,0001058 – масса йода, образовавшегося из иодата калия, соответствующая 1 $см^3$ раствора $Na_2S_2O_3 \cdot 5H_2O$, г; $К_п$ - коэффициент поправки раствора $Na_2S_2O_3 \cdot 5H_2O$; 100 – коэффициент пересчёта, %; m – масса образца, 10г.

За результат определения принимают среднее арифметическое значение двух параллельных измерений.

Для определениямассовой доли йода в хлебе - обработали образец хлеба раствором гидроксида калия ,затем провели высушивание и озоление. После полной минерализации из образца извлекли водой иодид калия. Действуя на него бромной водой, получили иодат калия, а затем выделили свободный йод. Образовавшийся йод оттитровали стандартным раствором тиосульфата натрия. Определение содержания йода в продуктах осуществляли по методике определения йода в соли. Находили не количественное, а качественное определение йода по интенсивности синей окраски после добавления к раствору крахмала.

Данные, полученные в ходе исследования, представлены в таблице 1:

Таблица 1 – Содержание йода в продуктах питания

Исследуемый материал	Содержание йода
Поваренная соль: Проба 1 Проба 2 Проба 3	 0,04мг/кг 0,03мг/кг 0,02мг/кг
Хлеб: Пшеничный Пшеничный йодированный Ржаной	 4,5мкг/100гр 5,5мкг/100гр 5,2мкг/100гр
Рыба: Сельдь Камбала Горбуша	 ++++ +++ +++
Хурма	Нет окраски
Грецкий орех	Нет окраски
Черноплодная рябина	+

Примечание: * + - интенсивность окраски (по десятибалльной шкале)

Исследование содержания йода в соли показало, что не все пробы содержат требуемое количество этого элемента. Так при норме 0,04мг/кг +- 0,015 в двух пробах наблюдается недостаток йода. Это можно объяснить тем, что йодированная соль требует особого хранения в герметично закрытых стеклянных банках при нормальной температуре и в сухом месте.

Установленное содержание йода в йодированном хлебе соответствует ГОСТу, но такой

хлеб редко появляется на прилавках магазинов города Красноярска. Поэтому решать проблему дефицита йода потреблением данного продукта невозможно.

Исследование морской рыбы показало, что наибольшее содержание йода в сельди, среднее в горбуше и камбале. Наличие йода в таких продуктах, как хурма и грецкий орех, не выявлено, а черноплодная рябина содержит очень малое количество йода.

Итак, в исследованных продуктах наблюдается недостаточное содержание важнейшего для организма микроэлемента – йода.

Выводы:

1. Практически население всей территории России страдает йодной недостаточностью. Основными мерами профилактики ИДЗ стали потребление йодированных продуктов и использование в пищу морепродуктов.

2. Практически во всех торговых точках г. Красноярска имеется в наличии йодированная соль, но количество йода в ней не всегда соответствует ГОСТу.

3. Ассортиментпрофилактических средств, реализуемых аптечной сетью г. Красноярска, достаточно широкий и удовлетворяет запросы населения.

4. Ассортимент йодированных хлебобулочных изделий на прилавках города недостаточный, что не позволяет использовать эти продукты в целях профилактики. Содержание йода в исследованных пробах хлеба соответствует ГОСТу.

5. Морская рыба содержит определённое количество йода, что позволяет использовать её как профилактическое средство. К сожалению, в хурме, грецком орехе присутствие йода не выявлено, а в черноплодной рябине его содержится очень мало.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амелин В. Г., Золотов Ю. А., Иванов В. М., Химические тест-методы анализа. М.: Эдиториал-УРСС. 2002. 304 с.
2. Астапенков, Барченко. Зобная болезнь. – Минск: Беларусь, 1978.
3. Егоров А.С., Иванченко Н.М., Шацкая К.П. Химия внутри нас. Ростов – на – Дону.: Феникс, 2004.
4. Заборовская Н. Н., Конюков В. А. социально – гигиенически мониторинг и профилактика йоддефицитных заболеваний. – М., 2000
5. Козлов А. В. Проблемы охраны здоровья населения. – Абакан: ООО «фирма Март», 2002
6. Макаров К.А. Химия и здоровье. М.: Просвещение, 1985.

7. Макаров К.А. Химия и медицина. М.: Просвещение, 1981.
8. Скурихин И. М. Всё о пище с точки зрения химика.
9. Славина Л. С. Заболевания эндокринных желёз. – Л., 1984
10. Слесарев В.И. Химия: основы химии живого. С.-Пб.: Химиздат, 2000.
11. Фримантл М. Химия в действии. М.: Мир, 1991.
12. Штенберг А. И. роль питания в профилактике эндемического зоба. – М., 1979.

УДК 616.831-005-085.851.8:614.253.5

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС КАК ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ю.О. Белова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела и клинического ухода
Научный руководитель: к.м.н., асс. В.Г. Иванов

Актуальность исследования: Реабилитация больных, перенесших ОНМК, является важной медицинской и социальной проблемой. Это определяется частотой сосудистых поражений головного мозга и его осложнений. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч ОНМК, заболеваемость инсультом в Российской Федерации составляет 2,5 - 3 случая на 1000 населения в год.

В настоящее время инсульт рассматривают как клинический синдром острого сосудистого поражения головного мозга. Он является исходом различных патологических поражений системы кровообращения: сосудов, сердца, крови. Соотношение геморрагических и ишемических инсультов составляет 1: 4 - 1: 5.

Смертность от ОНМК в России занимает второе место (21,4%) в структуре общей смертности (15,27), инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 10 000 населения в год) занимает первое место (40 - 50%) среди патологии, являющейся причиной инвалидности. На данный момент в РФ насчитывается около 1 млн. инвалидов с последствиями ОНМК и лишь не более 20% лиц, перенесших инсульт, возвращаются к труду. При этом потери государства от одного больного, получившего инвалидность, составляют 1 247 000 рублей в год (1, 2, 3).

Целью настоящего исследования является оптимизация работы сестринского персонала в реабилитации больных перенесших ОНМК.

Изучив литературные данные, нами сформулирована *гипотеза исследования*: использование современных технологий организации сестринского ухода в реабилитации больных, перенесших ОНМК, способствует скорейшему восстановлению функциональной независимости пациентов, повышает качество и эффективность сестринской помощи.

Для выполнения поставленной цели решались следующие *задачи:*

1. Определить технологии сестринского ухода в реабилитации
больных, перенесших инсульт.
2. Провести организационный эксперимент по внедрению технологии "сестринский процесс" в нейрореабилитации.
3. Оценить эффективность применения технологии «сестринский процесс» в реабилитации больных, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проводился сбор и обработка информации. На втором этапе проводился анализ полученных данных с последующей разработкой модели сестринского ухода в нейрореабилитации. На третьем этапе изучался процесс внедрения административной технологии и ее эффективность.

Программа сбора информации предусматривает:

— изучение проблем пациента с ОНМК для оптимизации технологии ухода

— изучение уровня профессиональной подготовки сестринского персонала, его готовность к реализации новых сестринских технологий в условиях нейрореабилитации

В качестве изучаемого явления рассмотрена профессиональная деятельность специалистов сестринского дела в реабилитации.

Объект исследования: сестринский персонал отделения нейрореабилитации и пациенты, находящиеся на лечении в данном отделении.

Таблица 1 – Характеристика контингента пациентов с ОНМК по возрасту и полу

Возраст (лет)	Мужчин		Женщин	
	абсолют.	%	абсолют.	%
35-40	1	1,8	1	2,1
41-45	12	23,1	9	18,7
46-50	12	23,1	14	29,2

51-55	13	25	15	31,3
56-60	7	13,5	4	8,3
61-65	7	13,5	5	10,4
Итого:	52	100	48	100

Исследование проводилось методом сплошного и выборочного статистического наблюдения: в общей сложности были изучены деятельность медицинских сестер отделения нейрореабилитации и изучены проблемы 100 пациентов с ОНМК (таб. 1), для выявления функциональных (таб.2) и психических (таб. 3) нарушений.

Таблица 2 Оценка функциональной независимости пациентов на момент поступления (%)

№	Ответы пациентов по функциональной независимости на момент поступления	Мужчины			Женщины		
		Не нуждаются в помощи	Нуждаются в частичной поддержке	Нуждаются в поддержке	Не нуждаются в помощи	Нуждаются в частичной поддержке	Нуждаются в поддержке
1	Прием пищи	90,4	9,6	-	68,7	31,3	-
2	Одевание	50	48,1	1,9	43,8	52	4,2
3	Посещение туалета	75	25	-	60,4	39,6	-
4	Прием ванны	40,4	57,7	1,9	43,8	52	4,2
5	Передвижение	61,5	38,5	-	47,9	52,1	-
6	Вставание с постели	96,2	3,8	-	47,9	52,1	-
ИТОГО:		66,2	31,2	2,6	56,9	41,2	1,9

Таблица 3 - Оценка уровня психоэмоционального состояния на момент поступления (%)

№	Проблема пациента	Мужчины			Женщины		
		Да	Периодически	Нет	Да	Периодически	Нет
1	Снижение настроения	44,2	26,9	28,9	37,5	47,9	14,6
2	Чувство безнадежности	53,8	36,5	9,7	41,8	39,6	18,6
3	Нежелание действовать	53,8	23,1	23,1	22,9	58,3	18,8
4	Сужение круга общения	48,1	-	32,7	41,7	-	58,3
ИТОГО:		48,9	24,1	24,2	33,7	43,7	21,7

Статистическая обработка материалов проводилась с применением стандартного пакета прикладных программ на персональном компьютере.

Образовательный и профессиональный уровень, как медицинских сестер первичного звена, так и сестер специализированных неврологических отделений соответствует современным требованиям к уровню подготовки специалистов сестринского дела. Условия ранней реабилитации (на этапах «сестринского процесса») постинсультных больных способствует расширению роли медицинских сестер, определяет основные направления мероприятий, которые способствуют улучшению качества жизни пациента (таб. 4), связанное со здоровьем (таб. 5). Все это обосновывает необходимость поиска механизмов, в основе которых должно лежать целенаправленная и систематическая работа, сочетающаяся с научным обоснованием, рассчитанная на удовлетворение потребностей и решение проблем больного, а также изменением роли медицинской сестры, с учетом более рационального ее использования, полноценного функционирования в современных условиях (4).

Таблица 4 - Оценка функциональной независимости пациентов на момент выписки (%)

№	Ответы пациентов по функциональной независимости на момент поступления	Мужчины			Женщины		
		Не нуждаются в помощи	Нуждаются в частичной поддержке	Нуждаются в поддержке	Не нуждаются в помощи	Нуждаются в частичной поддержке	Нуждаются в поддержке
1	Прием пищи	96,2	3,8	-	87,5	12,5	-
2	Одевание	88,5	11,5	-	83,3	16,7	-
3	Прием ванны	76,9	23,1	-	87,5	12,5	-
4	Посещение туалета	88,5	11,5	-	87,5	12,5	-
5	Вставание с постели	100	-	-	100	-	--
6	Передвижение	100	-	-	100	-	-
ИТОГО:		90	10	-	88,9	11,1	-

Таблица 5 - Оценка уровня психоэмоционального состояния на момент выписки (%)

	Проблема пациента	Мужчины			Женщины		
		Да	Периодически	Нет	Да	Периодически	Нет
	Снижение настроения	26,9	13,5	59,6	18,8	20,8	60,4
	Чувство безнадежности	58,8	15,3	55,9	16,7	22,9	60,4
	Нежелание действовать	17,3	23,1	59,6	8,3	27,1	64,6
	Сужение круга	53,8	-	46,2	41,7	-	58,3

	общения						
ИТОГО:		28,1	14,1	58,0	19,1	21,7	59,2

Применение комплексного подхода позволило реализовать наиболее эффективные организационные формы деятельности сестринского персонала в нейрореабилитации, выявить степень удовлетворенности пациентов оказанием сестринской помощи. Полученные данные обеспечивают обоснованность предложений по дальнейшему совершенствованию сестринской помощи пациентам, перенесшим ОНМК.

Выводы:

1. Внедрение сестринского процесса в реабилитацию пациентов, перенесших инсульт, в настоящее время является необходимым условием для осуществления профессионального ухода за пациентами, т.к. позволяет улучшить качество сестринской помощи и реально влияет на качество жизни пациента, связанное со здоровьем.
2. Данная модель сестринского ухода (сестринский процесс) определяет характер сестринской помощи в формате медицинской реабилитации, цель, которой является патофизиологическое улучшение и улучшение функциональных способностей, социально-бытовой активности.

Рекомендации:

1. Проводить дополнительное обучение среднего медицинского персонала по освоению новых технологий в первичной реабилитации больных с ОНМК.
2. Расширять отделение центра ОНМК. Повышать комфортность пребывания пациентов в палатах (многофункциональные кровати, подъемники, тренажёры, пандусы, поручни и другое).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутина Л.В. Концепция развития нейрореабилитации // Журнал Проблемы и перспективы развития медицинской помощи населению - 2004 №4 - с. 88-89
2. Горбунов А.В. Реабилитация неврологических больных. Медицина, 2010
3. Гусев Е.И., А.Н. Коновалов, А.Б. Гехт «Реабилитация в неврологии» // Кремлевская медицина - 2001 г. №5 с. 29-32
4. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Основы сестринского ухода, Ростов-на-Дону, «Феникс», 2000 - 94 с.

УДК 616-002-036.22

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МИРЕ

Богданова Д.В.

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

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО.

Научный руководитель: к.м.н. доц. И.В. Сергеева

Ежегодно в мире регистрируется миллиарды случаев болезней инфекционной этиологии и миллионы случаев летальных исходов от них же. Некоторые инфекции распространенны повсеместно, некоторые в конкретных странах, что вызвано приспособительной особенностью микроорганизмов к окружающей среде, либо благоприятностью самой окружающей среды.

Проблема увеличения численности случаев инфекционных заболеваний на сегодняшний день стоит остро, так как появилось множество путей способствующих распространению той или иной инфекции, будь это миграция населения, различные медицинские манипуляции без соблюдения правил асептики и антисептики, прием наркотиков, так же пропаганда секса, в том числе и однополых отношений.

Цели исследования: установление ежегодных случаев и летальных исходов, выбранных инфекционных заболеваний и выяснение их распространенности в мире.

Задачи исследования: поиск статистических данных по количеству случаев и летальных исходов выбранных инфекционных заболеваний; определение географического положения выбранных инфекционных заболеваний; установление зависимости летальных исходов от географического положения заболеваний.

Материалы и методы исследования. Для исследования были выбраны инфекционные заболевания, имеющие наибольшее количество случаев и высокий процент летальных исходов среди населения земли. Они были разделены на антропонозные инфекции, такие как: ВИЧ, гепатит В, амебиазы, брюшной тиф, туберкулез, стрептококковые инфекции, холера, грипп, гепатит А, и зоонозные инфекции: гельминтозы, лейшманиозы, бруцеллез, лихорадка Эбола(эпидемия 2014-2015 г), сибирская язва, ботулизм, чума.

На первом этапе исследования, для удобства анализа и расчетов все данные были помещены в таблицы, учитывающие ежегодную частоту случаев и летальных исходов этих двух групп инфекционных заболеваний в мире.

Таблица 1-Ежегодные случаи заболеваний в мире

Антропонозные инфекции	Частота случаев	Зоонозные инфекции	Частота случаев
ВИЧ	50.000.000	Гельминтозы	1.500.000.000
Гепатит В	50.000.000	Лейшманиозы	1.300.000
Амебиазы	50.000.000	Бруцеллез	500.000
Брюшной тиф	16.000.000	Лихорадка Эбола(эпидемия 2014-2015г)	21.700
Туберкулез	9.000.000	Сибирская язва	20.000
Стрепт. инф.	7.500.000	Ботулизм	1.000
Холера	5.000.000	Чума	790
Грипп	5.000.000		
Гепатит А	1.400.000		

Таблица 2-Ежегодные случаи летальных исходов в мире

Антропонозные инфекции	Количество летальных исходов	Зоонозные заболевания	Количество летальных исходов
ВИЧ	2.100.000	Гельминтозы	135.000
Гепатит В	2.000.000	Лейшманиозы	30.000
Туберкулез	1.500.000	Бруцеллез	10.019
Брюшной тиф	6.00.000	Лихорадка Эбола(эпидемия 2014-2015г)	10.000
Грипп	500.000	Сибирская язва	2.600
Стрепт. инф.	500.000	Ботулизм	300
Холера	120.000		
Амебиазы	100.000		

Гепатит А	7000		

На втором этапе исследования для более ясной картины был произведен расчет относительного процента ежегодных случаев заболеваемости инфекционными болезнями к населению земли и относительного процента ежегодной летальности у выбранных заболеваний, которые так же были заключены в таблицы для более точного анализа.

Таблица 3-Оносительный процент случаев заболеваний от населения земли

Название заболевания	Относительный %
Гельминтозы	20%
ВИЧ	0,7%
Гепатит В	0,7%
Брюшной тиф	0,22%
Туберкулез	0,12%
Стрептококковые инфекции	0,1%
Амебиазы	0,07%
Холера	0,06%
Грипп	0,06%
Гепатит А	0,02%

Примечание:* при расчете относительного процента, использовались заболевания с наибольшей частотой случаев, так как остальные заболевания имели слишком низкие показатели.

Таблица 4- Относительный процент летальных исходов от выбранных заболеваний

Наименование заболевания	Относительный %
Лихорадка Эбола (эпидемия 2014г.)	46,2%
Ботулизм	30%
Туберкулез	16,6%
Чума	15,2%
Сибирская язва	13%
Грипп	10%
Стрептококковые инфекции	6,6%
ВИЧ	4,2%

Гепатит В	4%
Брюшной тиф	3,75%
Холера	2,4%
Лейшманиозы	2,3%
Бруцеллез	2%
Гепатит А	0,5%
Амебиазы	0,2%
Гельминтозы	0,009%

Исходя из данных, можно проследить, что инфекционные заболевания, занимающие лидирующие позиции, в таблице с относительным процентом случаев, оказались в самом низу таблицы с летальными исходами. Из этого следует, что заболевания, имеющие высокий процент случаев, хорошо поддаются лечению, либо длительно персистируют в организме.

Заключительным этапом исследования являлось выяснение географических очагов выбранных инфекционных болезней. Чтобы видеть более четкую картину использовались инфекции, имеющие высокий ежегодный процент летальности.

Таблица 5 – Страны с наибольшим числом случаев выбранных инфекционных заболеваний.

Лихорадка Эбола	Центральная и Западная Африка: (Заир, Судан, Нигерия, Либерия, Габон, Сенегал, Кения, Камерун, Эфиопия, Центральная Африканская республика).
Туберкулез	Африка и Юго-Восточная Азия.
Чума	Азия:(Казахстан, Китай, Монголия и Вьетнам),Африка:(Конго, Танзания и Мадагаскар), США, Перу.
Сибирская язва	Южная Америка: (Чили, Уругвай), Юго-Западная Азия: (Иран, Ирак, Турция), Южная Африка: (Ангола, Зимбабве).

В данных таблицы континентами с наибольшей встречаемостью инфекционных заболеваний являются Африка и страны Восточной и Западной Азии.

Вывод. На основании полученных результатов исследования о частоте случаев и летальных исходов и так же географической распространенности можно сделать выводы, что наибольшее число случаев выбранных инфекционных заболеваний приходится на африканские и азиатские развивающиеся страны. Причинами могут являться: большая

численность населения, а так же низкий социальный уровень развития страны, в том числе и низкий уровень развития сферы медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник/ Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.- 3-е изд., испр. И доп.-2013-1008 с.

2. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран : учебник / ред. Н.В. Чебышев, С.Г. Пак. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 496 с.

3. поисковая система сайта всемирной организации здравоохранения http://www.who.int/ru/

УДК: 618.39-085.2/.3:159.9

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

А. С. Болабко

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д. фарм. н., проф. А. И. Овод

По данным российской ассоциации «Планирование семьи», Россия удерживает второе место в мире по числу абортов – на 100 родов приходится 208 абортов. К сожалению, не смотря на то, что в арсенале врачей-гинекологов имеется огромное количество средств контрацепции, аборт по-прежнему остается основным методом планирования семьи.

Важным аспектом при применении средств для эмбриотомии является особенности психологического статуса женщины. Совершенствование и широкое внедрение в практику новейших методик прерывания беременности привело к уменьшению частоты послеабортных осложнений, однако аборт может привести к отрицательным психологическим последствиям, которые оказывают сильное влияние на жизнь женщин.

В последние десятилетия аборт превратился в одну из наиболее интенсивно и разносторонне обсуждаемых проблем теории морали. С точки зрения морали аборт – это всегда трудный, мучительный моральный выбор.

Основной целью данного исследования был анализ лекарственной и медицинской помощи женщинам при инструментальном прерывании беременности.

Объекты исследования: медицинские карты прерывания беременности (50), ассортимент и цены лекарственных средств, перечень лабораторно-диагностических исследований, цены на лабораторные исследования.

Методы исследования: системный, логический, контент-анализ, экономико-статистический (сравнения, группировки, графический).

Результаты. В ходе медико-социального исследования выявлено, что к искусственному прерыванию беременности чаще обращаются безработные женщины (48%) в возрасте от 21 до 30 лет (52%), проживающие в сельской местности (56%), находящиеся в зарегистрированном браке (71%) и имеющие 2 детей (40%), начавшие половую жизнь в возрасте от 18 до 20 лет (52%) и не использующие никакие методы контрацепции (70%). Значимой причиной для совершения аборта у большинства женщин (84%) является нежелание иметь ребенка. К хирургическому методу прерывания беременности прибегают пациенки на 6-7 недели беременности (44%), не имеющие ранее проведенных абортов (32%) и основным сопутствующим заболеванием является эрозия шейки матки (56%).

На следующем этапе был проведен анализ фактической лекарственной терапии и выявлено, что перечень основных лекарственных средств, используемых для лекарственной помощи женщинам после эмбриотомии составляет семь препаратов, которые по фармакологической классификации относятся к наркозным средствам (24,17%), антигистаминным средствам и М-холинолитикам (по 23,69%). По АТС-классификации лидирует группа N (препараты, влияющие на нервную систему): по количеству лекарственных препаратов – 40%; по количеству назначений – 46,45%; По виду лекарственной формы – инъекционные (100%), среди которых большинство – растворы для инъекций (77%).

В результате анализа стоимости лекарственных средств выявлено, что наибольшая часть затрат приходится на пропофол (57%), кетамин (16%), кеторол (11%) и диазепам (11%).

На медикаментозную помощь одной пациентке затрачивается 53,12 руб. (82% проанализированных карт прерывания беременности).

В результате анализа стоимости лабораторно-диагностических исследований выявлено, что наиболее дорогостоящим исследованием является УЗИ (18%) и определение группы крови и резус-фактора (17 %). В среднем затраты на исследование составили 1814 руб. Все пациенты находились в стационаре в течение 1 койко-дня (1248 руб./сут.). На консультацию гинеколога и осмотр перед абортом затрачено для каждой женщины 336 руб.

В результате проведенного анализа получены данные о средней стоимости медицинской и лекарственной помощи для одной пациентки в 2013 году – 3451,12 руб.

Наибольшая доля финансовых ресурсов (51,76%) при проведении эмбриотомии приходится на диагностические исследования и на непосредственное пребывание в стационаре (36,35%).

Таким образом, прогнозируемые затраты медицинского учреждения в течение месяца на медицинскую и лекарственную помощь женщине после инструментального прерывания беременности будут составлять 89973 руб., данная сумма должна быть запланирована на следующий период.

Вывод. Проведенные фармакоэкономические исследования медицинской и лекарственной помощи при инструментальном прерывании беременности позволят определять объем планируемых расходов медицинского учреждения для оказания данного вида медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Солодников, В.В. Аборт: правовое регулирование и общественное мнение россиян / В.В. Солодников // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены.– 2008.– № 4.– С. 78 - 93.

2. Гурина, Е.В. Особенности психологического статуса женщин при медикаментозных хирургических абортах / Е.В. Гурина, М.Б. Охапкин // Вестник Ивановской медицинской академии.– 2012.– №2.– С. 45 - 47.

616-053.31-06:[618.3-06:616.89-008.441.33]

ДИНАМИКА ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ НА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

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. Е.Г Нейман.

Актуальность медико-социальных аспектов наркомании состоит в том, что частота рождения детей от матерей с наркотической зависимостью с каждым годом увеличивается. Новорожденные от матерей-наркоманок нуждаются в помощи с первых минут жизни. Приблизительно у 70% детей, рожденных от матерей с наркотической зависимостью,

развивается синдром отмены. В настоящее время широк спектр разнообразных наркотических веществ: героин, метадон, кокаин, барбитураты, алкоголь, никотин и синтетические наркотики [3, 5]. Употребляемые женщиной наркотические вещества многообразно влияют на беременность и будущего ребенка. Выделяют несколько аспектов наркотизации беременных. Это, в первую очередь, воздействие наркотиков на организм женщины и на процессы течения беременности и родов, во-вторых, влияние наркотиков на рост и развитие плода и влияние внутриутробной наркотизации на состояние ребенка после рождения, его жизнеспособность и адаптацию ко внеутробной жизни [6, 4, 7]. Отдельно рассматриваются отдаленные последствия наркотизации при влиянии отдельных компонентов состава наркотического средства на развитие эндокринной патологии у детей [1, 2].

Целью нашего исследования было провести сравнительный анализ течения неонатального периода новорожденных от матерей-наркоманок за последние три года.

В задачи исследования входило изучить негативные пренатальные факторы, выявить особенности родоразрешения и течения родов у матерей с наркозависимостью, определить динамику вида наркотика, употребляемого матерью за последние 3 года, проанализировать заболеваемость и оценить исход заболевания у новорожденных от матерей с наркоманией.

Под нашим наблюдением находились 53 новорожденных от матерей с наркотической зависимостью, родившихся в г. Красноярске в 2012 и 2014-2015 году. Обследованные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 27 новорожденных, родившихся с сентября по декабрь 2012 года, во вторую группу включены новорожденные, которые родились с сентября 2014 года по февраль 2015 года, их число составило 26. Клиническая оценка новорожденных проводилась с помощью стандартизированных шкал (Апгар, Даунса, Глазго-Питсбурга), статистическая обработка в системе Biostat. Достоверность различий между группами оценивалась по критерию хи-квадрат. Рассчитывалось отношение шансов, значимым был показатель ОШ>1.

При анализе частоты влияния негативных пренатальных факторов выявлено, что критический возраст матерей встречался в первой группе в 5 случаях (19,23±7,7%), а во второй в 2 (7,4±5,0%) случаях, что не имело достоверных различий ($p>0,05$ по критерию z). Средний возраст матерей новорожденных в анализируемых группах достоверно не различался и составил в первой группе 27,0±1,3, а во второй 26,29±1,2 лет. Одинокими, не состоящими в браке чаще были матери первой группы, чем второй: 22 (81,48±7,5%) и 10 (38,46±9,5%) матерей соответственно в первой и второй группах ($p=0,004$ по критерию z). Сочетание наркотической зависимости с другими (никотиновая, алкогольная) отмечены у 17

женщин (62,96±9,3%) первой группы, что не имеет достоверных различий в частоте встречаемости их во второй группе – у 15 (57,69±9,7%) матерей (p>0,05).

Отягощенный акушерский анамнез чаще наблюдался в первой группе, где множественные аборты, выкидыши, перинатальные потери имели 12 (57,14±9,5%) матерей, чем во второй, где акушерский анамнез был отягощен в 9 (34,61±9,3%) случаях (ОШ=1,51). Все женщины первой и второй групп имели психическую, соматическую, гинекологическую или инфекционную патологию. Туберкулезом страдают только две матери первой группы (7,4±5,0%), во второй группе матерей, больных туберкулезом не было, сифилис также встречался только у 4 (14,81±6,8%) матерей первой группы, а гепатитом С были инфицированы чаще матери первой группы: 16 (59,25±9,5%) и 7 (26,92±8,7%) в первой и второй группах соответственно (ОШ=3,95), ВИЧ инфицированы чаще матери второй группы: 5 (18,51±7,5%) и 6 (23,07±8,3%) матерей в первой и второй группах соответственно, но достоверных различий не выявлено (ОШ=0,76).

Основной проблемой во время беременности среди матерей первой группы было отсутствие наблюдения в женской консультации: 22 (81,48±7,5%), а во второй группе у большинства матерей 19 (73,07%) беременность протекала с угрозой прерывания, фето-плацентарной недостаточностью, анемией, преэклампсией.

Роды протекали с тяжелыми осложнениями (преждевременная отслойка плаценты, патология родовой деятельности, патология положения плода), потребовавшими экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечение достоверно чаще во второй группе: в 5-ти (18,51±7,5%) и 14-ти (53,84±9,8%) случаях в первой и во второй группах соответственно (ОШ=5,13).

Недоношенными с гестационным возрастом от 28 до 36 недель гестации рождались чаще дети первой группы, чем второй: 15 (55,55±9,6%) новорожденных первой и 10 (38,46±9,5%) второй группы (ОШ=2,0), что можно считать статистически значимым различием. Асфиксия при рождении в первоой группе встречалась чаще – у 11 новорожденных (40,74±9,5%), чем во второй – у 6 детей (23,07±8,3%) (ОШ=2,29). Задержка внутриутробного развития относительно гестационного возраста в первой группе составила 6 (22,22±8,0%), а во второй 13 (50,0±9,8%), что достоверно больше, чем в первой (ОШ=3,5).

Количество дезаморфиновых наркоманок в первой группе достоверно чаще: 10 (37,03±9,3%), чем во второй: 1 (3,84±3,6%) (p=0,008 по критерию z, ОШ=14,71), что статистически значимо свидетельствует об уменьшении распространенности дезоморфиновой наркомании среди беременных за последние 3 года.

В первой группе новорожденные чаще получали интенсивную терапию с использованием респираторной поддержки, инфузионной терапии, парентерального питания,

инотропной поддержки, седативной, противосудорожной терапии. В первой группе потребность в длительной интенсивной терапии с дальнейшим лечением в реанимационном отделении была у 9 (33,33±9,1%), а во второй у 1 (3,84±3,6%) новорожденного (p=0,017 по критерию z, ОШ=12,5).

Анализируя динамику медико-социальных аспектов у новорожденных от матерей с наркотической зависимостью, мы выявили, что возраст матерей с наркоманией за последние 3 года в городе Красноярске уменьшился, отмечена тенденция приверженности к семье, более редкому сочетанию наркомании с другими зависимостями, отягощенный акушерский анамнез стал встречаться реже, чем 3 года назад, уменьшилась заболеваемость наркозависимых матерей гепатитом С, но увеличилась инфицированность ВИЧ. Отмечена положительная динамика в частоте наблюдения по беременности, но осложнения в родах и экстренное оперативное родоразрешение стали применяться чаще. Уменьшились частота и тяжесть недоношенности, асфиксии среди новорожденных от наркозависимых матерей, однако задержка внутриутробного развития участилась. В характере наркотических веществ существенно снизилось потребление дезоморфина, что могло сказаться благоприятно на состоянии новорожденных и потребности в интенсивной терапии, которая снизилась за 3 года в 10 раз. Выживаемость новорожденных от матерей с наркотической зависимостью в последние 3 года в городе Красноярске уменьшилась.

Проблема выхаживания детей от матерей с наркоманией должна решаться комплексно с использованием социальных институтов и последних достижений и высоких технологий, именно такой подход может не только повысить выживаемость новорожденных детей от матерей с наркозависимостью, но и улучшить их качество жизни. Учитывая трудности, возникающие при наблюдении за беременными с наркотической зависимостью, следует рассматривать их новорожденных детей как ВИЧ- RW- и гепатит-С позитивных до доказательства обратного. Новорожденным от матерей с наркоманией необходимо проводить своевременную диагностику и профилактику абстинентного синдрома, вскармливание этой группы новорожденных должно быть искусственным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Литвицкий П.Ф. Патология эндокринной системы. Этиология и патогенез эндокринопатий: нарушения функций щитовидной и паращитовидных желез // Вопросы современной педиатрии. 2010. № 4. 61—75.

2. Петунина Н.А. Особенности терапии заболеваний щитовидной железы у пациентов с кардиальной патологией. // Международный эндокринологический журнал. 2006. № 1 (3).

3. Пальчик А. Б. “Клинико - электроэнцефалографическая характеристика опиатного абстинентного синдрома у новорожденных”, Педиатрия 2001. - №3 - стр. 29 -34.
4. Серов В. Н., Абубакирова А. М., Баранов И. И. “Возможности применения эфферентных методов в лечении наркоманий у беременных”. “Акушерство и гинекология” М.Медицина 2001, №1 - стр. 54 -56.
5. Раут Ч.П., Стефен А., Косовски Б. Внутриутробные последствия злоупотребления наркотическими веществами. Наркология: Пер. с англ. — СПб.: БИНОМ; Невский Диалект, 2000. — С. 257–274.
6. Раут 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.
7. Эванс А. Наркомания у беременных//Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. - М.: Практика, 1999. - С.51-67.

УДК 616.8-053.3

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.В. Боровлева, Е.И. Ефремова
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. Али-Риза А.Э.

Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы (до недавнего времени – перинатальная энцефалопатия) являются наиболее часто регистрируемой патологией у детей первого года жизни.По данным эпидемиологических исследований, проведенных в Санкт-Петербурге, частота постановки диагноза «перинатальная энцефалопатия» достигает 712:1000 детей до 1 года. В качестве основного и сопутствующего заболевания данный диагноз выставляется более чем у 90% детей, получающих лечение в специализированных стационарах. В то же время, по данным

большинства зарубежных авторов, частота гипоксических поражений у доношенных новорожденных составляет не более 6:1000 и колеблется от 33% до 70% у недоношенных детей. Такой диссонанс даже в оценке распространенности перинатальных поражений нервной системы в нашей и других странах объясняется прежде всего отсутствием единого подхода к терминологии, классификации и неясностью диагностических критериев данных состояний.

И в настоящее время проблема клинико-морфологических сопоставлений маркеров родовых повреждений центральной нервной системы у новорожденных и детей грудного возраста остается актуальной.

Исследованное в настоящей работе информационное поле включало в себянаучные статьи периодических изданий и научно-практические руководстваотечественных и зарубежных авторов за последние десять лет. Информация также выбиралась с сайтов pubmed.com , elibrary.ru, springer.com,так же были использованы материалы библиотечного центра КрасГМУ.

Клиническая картина родовых травм очень разнообразна. При ее диагностике можно встретиться с многочисленными синдромами и симптомами, которые варьируют в зависимости от тяжести и уровня поражения центральной нервной системы (ЦНС) и периферической нервной системы. [14]

Впервые в отечественной литературе вопросы родовой травмы были освещены А.Ю. Ратнером, который в 80-е годы прошлого столетия издал монографию, изменившую устоявшиеся взгляды на неврологические заболевания и их последствия у новорожденных, а также автор доказал, что частой причиной их гибели была именно родовая травма. Именно им было введено данное понятие и именно он начал изучение родовой травмы и ее влияние на центральную нервную систему, а так же на последующее развитие ребенка [6, 7]. А.Ю. Ратнером были выделены следующие признаки родовой травмы: 1. Мышечные дистонии: гипертонус или гипотонус отдельных групп мышц; 2. Кривошея, которая обусловлена укорочением грудино-ключично-сосцевидной мышцы; 3. Симптом «кукольной головки», или иначе – короткой шеи, вызван родовым повреждением верхних шейных отделов спинного мозга. 4. Гипермобильный синдром. 5. Суставы ребенка, из-за нарушения эластичности, разгибаются сильнее, чем положено. 6. Асимметрия тела.

Клиническим проявлениям родовой травмы (РТ) головы и шеи, которые могут возникнуть вовремя прохождения ребенка через родовые пути, хотелось бы уделить особое внимание. Из-за незрелости мозговых структур, поведенческих и нервно-рефлекторных реакций, РТ головы новорожденных имеет ряд клинических особенностей, которые не всегда легко диагностировать, что увеличивает риск летального исхода.

Состояние сознания является определяющим признаком тяжести внутричерепных повреждений, патология сознания оценивается по так называемым поведенческим состояниям. Из нарушений поведенческих состояний можно выделить следующее: летаргия, оглушенность, ступор, кома, нарушения сосания и глотания, снижение тонуса, снижение сухожильных рефлексов [3].

Следствием РТ головы так же может быть ишемия ЦНС. Основными изменениями, характерными для перинатального ишемического поражении ЦНС являются лейкомаляция и внутрижелудочковые кровоизлияния.При лейкомоляции важными прогностическими критериями являются численность, диаметр и локализация кист. В зависимости от повреждения церебральных структур они могут быть расположены субкортикально, перивентрикулярно или иметь смешанное расположение. Кисты могут быть множественными, либо одиночными, крупными, либо мелкими [9]. Клиническими маркерамивнутричерепных кровоизлиянийявляются: резкое ухудшение состояния новорожденных, которое проявляется синдромами угнетения или гепервозбудимости; снижение двигательной и мышечной активности, тонические позы; гидроцефалия; различные глазные симптомы и дыхательные расстройства. Однако кровоизлияния в мозг могут протекать бессимптомно [4].

Большинство отечественных и зарубежных авторов считают, что ишемическое поражение мозга является одной из основных причин неонатальных судорог. Наибольшее внимание уделяют неонатальным судорогам, возникшим в первые 24 часа жизни [1].

Хроническая гипоксемия нарушает морфо-функциональное состояние микроциркуляторного русла мозга, что может повлечь за собой изменения нервных клеток. Таким образом, хроническая гипоксемия играет особо важную роль для ЦНС [10].

Клиническими маркерами проявления РТ шейного отдела позвоночника (ШОП) являются как центральные, так и периферические симптомы. Один из них – KISS-синдром (от немецкого KISS – Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung), то есть нарушение симметрии по причине подвывиха позвонков шейного отдела позвоночника, который в разных возрастных группах может проявиться по-разному.

Травма ШОП в первые три месяца жизни может проявиться такими клиническими симптомами, как: неправильное положение головы, кривошея; малыш долго не может самостоятельно держать голову; движения рук и ног не согласованы; сон нарушен, часто может кричать во сне; KISS-место (участок на затылке без волос); чувствительность задней части шеи повышена; череп, лицо не симметричны, затылок плоский; несимметричность ягодичных складок; глазные щели разные по размеру; положение ребенка во сне напоминает букву «С» [5].

У новорожденных с травмой ШОП и спинного мозга часто встречается вертебральный синдром, который является критерием родовой травмы и проявляется такими симптомами, как: асимметрия, укорочение или напряжение мышц шеи, симптом мышечной крепитации мышц шеи, который может быть вызван нейротрофическими изменениями. При пальпации выявляется наличие болевого синдрома и нарушение взаимоотношения остистых или поперечных отростков [2].

После перенесенного перинатального поражения ЦНС, у грудных детей обнаруживают гипо/гипертонус и дистонию мышц, крик без явной мотивации, быстрое истощение, повышенную возбудимость, тремор, судороги, позднюю фиксацию взора, нарушения ползанья и хождения, отсутствие защитных рефлексов. Для таких детей также характерна задержка психического и эмоционального развития. Они безразличны к игрушкам, почти не улыбаются, слабо выражают эмоции [11].

Маркером формирования детского церебрального паралича (ДЦП) у ребенка являются усиленные тонические лабиринтные рефлексы, которые приводят к тому, что у ребенка сохраняется поза «эмбриона», задерживается развитие разгибательных движений, цепных симметричных и установочных рефлексов [8].

В раннем неонатальном периоде выделяют ряд признаков, которые свидетельствуют об угрозе развития ДЦП: Оценка по шкале Апгар 3-4 балла, вес при рождении менее 1500 г, искусственная вентиляция легких в течение 48 часов, угнетение безусловных рефлексов, невралгии с признаками поражения ствола головного мозга, признаки псевдобульбарного паралича, судороги, тремор, расхождение швов родничка [12, 13].

Таким образом, клинико-морфологические маркеры внутречерепных кровоизлияний и ишемии головного мозга у новорожденных и грудных детей практически идентичны и имеют лишь небольшие различия. К ним относят, к примеру, неонатальные судороги. Явные различия имеют клинико-морфологические маркеры ДЦП и РТ ШОП. Поражения центральной нервной системы у новорожденных иногда могут протекать бессимптомно и первые клинические симптомы могут появиться уже в грудном возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Классификация перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни / Буркова А.С., Володин Н.Н., Журба Л.Т. и др. //Вопросы практической педиатрии. - 2006. - Т. 1. - № 5. - С. 38-70.

2. Гарбуз, И.Ф. Натальные повреждения шейного сегмента позвоночника, причины и клинические признаки / И.Ф. Гарбуз, А.И. Гарбуз // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 9 – С. 27-28.

3. Гончаров, Г.В. Клинические и диагностические аспекты родовой травмы / Г.В. Гончаров, О.В. Кочин // Международный неврологический журнал. - 2009. - № 1.- С. 155-162.

4. Орлов, Ю.А. Дифференцированное лечение перинатального внутричерепного кровоизлияния у новорожденных /Ю.А. Орлов, В.А. Касьянов // Украинский нейрохирургический журнал. – 2008. - №1.- С. 50-53.

5. Плеханов, Л.А. Родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга у грудных детей: скрининг и клиническаядиагностика, принципы абилитации в амбулаторных условиях: автореф. дис. на соиск. уч.степ. канд. мед.наук / Л.А. Плеханов // 2000. - С. 72.

6. Ратнер, А.Ю. Родовые повреждения спинного мозга у детей / А.Ю. Ратнер // 1978 – С. 216.

7. Ратнер, А.Ю. Неврология новорожденных / А.Ю. Ратнер // 2005 – С. 370.

8. Clinical profile and predisposingfactors of cerebral palsy / Anwar S., Chowdhury J., Khatun M. et. al. .// Mymensingh Med J. — 2006. — V. 15(2). — P. 142—5.

9. Long term outcome of birth asphyxiated infants / H.A. Begum, A. Rahman, S. Anowar, A. Mortuza // Mymensingh Med. – 2006. - № 15. – P. 61.

10. Gonzalez E. Coagulation abnormalities in the trauma patient: the role of point-of-care thromboelastography / E. Gonzalez, F.M. Pieracci, E.E. Moore et al. // Semin. Thromb. Hemost. – 2010. – V. 36 (7). – P. 723–37.

11. Walking with modafinil and its use in diplegic cerebral palsy:retrospective review / Hurst D.L., Lajara-Nanson W.A., Lance-Fish M.E. // J Child Neurol. — 2006. — V. 21(4). — P. 294—7.

12. Perinatal risk factors for major intraventricular haemorrhage in the Australian and New Zealand Neonatal Network / Heuchan A.M., Evans N., SimpsonJ.M. // 2002.-№6.- P. 86–90

13. Morris, C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective / Morris, C. // Dev Med Child NeurolSuppl. — 2007. — V. 109. — P. 3—7.

14. Okereafor, A. Patterns of brain injury in neonates exposed to perinatal sentinel events / A. Okereafor // Pediatrics. - 2008. Vol. 121. - № 5. - P. 906–914.

УДК 616.5-006.81+616.5-006.55]-076.5:577.21

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИОННЫХ ПРОФИЛЕЙ МИКРОРНК МЕЛАНОМЫ И МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ МЕТОДОМ МИКРОЧИПИРОВАНИЯ

Д.В. Бочкарев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии им. проф. В.В. Иванова
Научный руководитель: научный сотрудник А.В. Комина

Меланома – злокачественное новообразование кожи, которому уделяется особенное внимание в онкологии. На сегодняшний день она признана опасным кожным заболеванием, смертность от которого составляет 80% от всех летальных случаев от рака кожи (Имянитов Е.Н., 2012). Помимо способности к быстрому прогрессированию и метастазированию, важной особенностью данного новообразования является сложность ее диагностирования и выбора своевременного и эффективного метода лечения. В силу своей гетерогенности меланома зачастую проявляет неадекватную реакцию на терапию, что может сыграть роковую роль для пациента. На основе вышесказанного является актуальным поиск маркеров, позволяющих быстро и точно поставить диагноз и разработать тактику терапевтического лечения меланомы.

В последние годы особое внимание в поиске маркеров уделяется коротким некодирующим РНК, известным также как микроРНК. Показано, что они участвуют в регуляции экспрессии генов во многих биологических процессах клетки, включая пролиферацию, дифференцировку и апоптоз (CaramutaS. etal., 2010). Это особенно актуально для злокачественных новообразований, в которых баланс этих процессов нарушен. На сегодняшний день известны тысячи видов микроРНК, при этом каждая из них способна осуществлять регуляцию нескольких процессов, также как и регуляция одного процесса может производиться несколькими микроРНК. Поэтому становится нецелесообразным исследовать их по отдельности. По этой причине одним из самых современных и эффективных методов является исследование полного экспрессионного профиля микроРНК в тканях организма посредством микрочипирования.

Выявление и исследование новых микроРНК происходит непрерывно и базы данных для построения экспрессионного профиля постоянно обновляются. Одной из последних баз микроРНК является mirbasev.20, созданная в 2014 году и включающая как описанные, так и вновь открытые короткие молекулы РНК. На этой базе данных основаны микрочипы для построения экспрессионного профиля miRNA 4.1, используемые в работе системы для микрочипирования GeneAtlas компании Affymetrix.

Целью проведенного исследования являлось определение и сравнение экспрессионных профилей мирокРНК в тканях меланомы кожи и меланоцитарных невусах, используя метод микрочипирования.

В работе были использованы биоптаты меланомы кожи (n=5) и меланоцитарных невусов (n=5), заключенные в парафиновые блоки. Данные материалы предоставлены КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Выделение микроРНК производилось при помощи комплектов реагентов Рибо-золь В (Апмлисенс, Россия) и mirVana (Ambion, США). Перед гибридизацией на чип очищенные микроРНК подвергались полиаденилированию и мечению биотином с использованием реактивов FlashTaq HSR BiotinLabelingKit (Affymetrix, США). Реакция гибридизации производилась путем инкубации смеси микроРНК с микрочипом в присутствии реагентов для гибридизации при температуре 48° С в течение 20 часов. Отмывка и детекция интенсивностей свечения ячеек микрочипов осуществлялись автоматически приборами системы GeneAtlas® Personal Microarray System. Для отмывки использовались растворы набора GeneChip® GeneAtlas™ HybridizationandStain (Affymetrix, США). Детекция осуществлялась в станции детекции (ImagingStation). По окончании детекции программой были созданы файлы интенсивностей свечения, которые обрабатывались программным обеспечением ExpressionConsole. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Transcriptome Analysis Console v2.0. Значимыми считались различия в экспрессии микроРНК в меланоме и невусах в 2 и более раз при $p<0,05$.

Результаты: при анализе полученных результатов было выявлено, что, несмотря на то, что и меланома, и невус состоят из одного типа клеток – меланоцитов - они обладают существенным различием в уровне экспрессии микроРНК, что предполагает различие в регуляции множества процессов. 182 вида микроРНК в меланоме показали уровень экспрессии в 2 и более раз выше, чем в меланоцитарном невусе. В то же время, экспрессия других 199 видов микроРНК в меланоме в 2 и более раза сократилась, по сравнению с невусами. Разброс между экспрессией микроРНК мелономы и невуса представлен на рисунке 1.

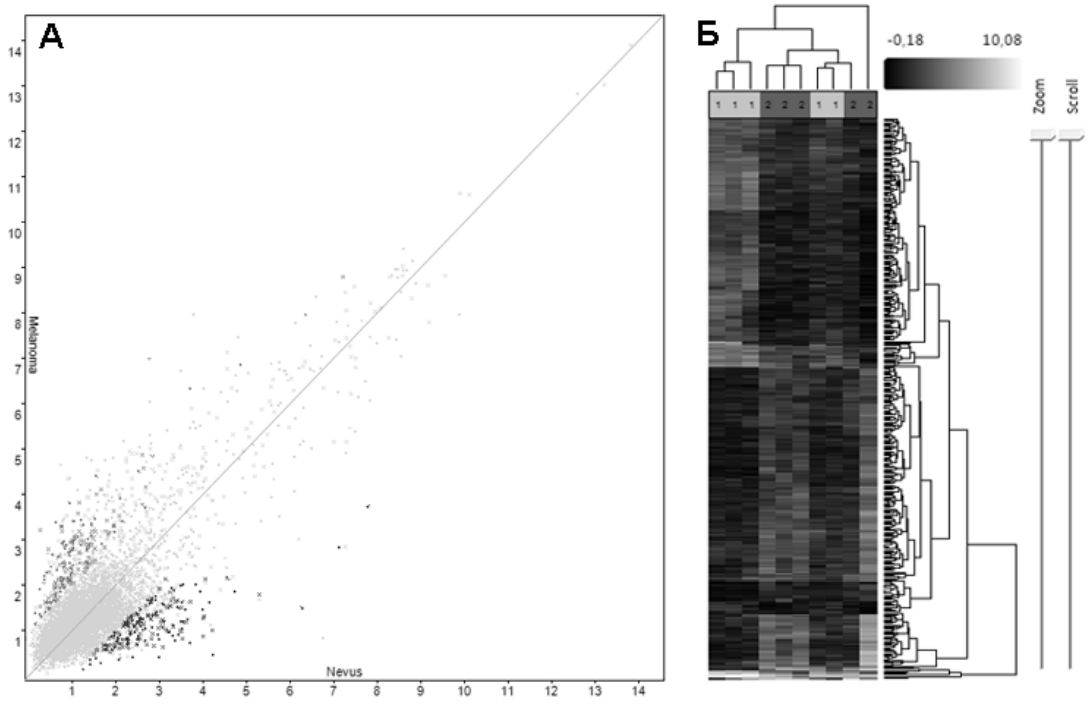


Рисунок 1 – Результаты микрочипирования. А - Диаграмма разброса уровней экспрессии микроРНК в меланоме и меланоцитарных невусах. Светлые серые точки обозначают микроРНК, не имеющие достоверных различий по уровню экспрессии в меланоме и невусах. Темные точки выше диагональной линии – микроРНК, экспрессия которых в меланоме значимо выше, чем в невусах ($p<0,05$). Темные точки ниже диагональной линии указывают на микроРНК, уровень экспрессии которых в меланоме значимо снижен ($p<0,05$).

Б - Диаграмма иерархической кластеризации микроРНК в меланоме и меланоцитарных невусах. Интенсивность окраски кластера отражает интенсивность свечения лунки микрочипа, пропорциональную количеству конкретной микроРНК в образце. Цифрой 1 обозначены образцы меланомы, 2 – меланоцитарные невусы.

Максимальные различия в уровнях экспрессии микроРНК меланомы и невусов – в 10 и более раз – были выявлены для видов микроРНК, которые на сегодняшний день достаточно хорошо изучены и продолжают исследоваться как перспективные мишени воздействия при лечении меланомы. К ним относятся hsa-mir-4286, hsa-miR-508-5p, hsa-miR-506-3p, hsa-miR-203a, hsa-miR-200c-3p, hsa-miR-211-5p. Функции данных микроРНК вполне ожидаемо связаны с важными процессами в клетке: регуляция клеточного цикла (BaiJ. etal., 2014), чувствительность к химиотерапии (miR-508-5p, miR-200c) (Shang Y. etal., 2014; ChangI. etal., 2015), супрессия опухолевого роста (miR-506, показана для рака шейки матки, miR-203a) (Wen S.-Y. etal., 2015), регуляция клеточной пролиферации и апоптоза (miR 203a, miR-211, miR-200c) ((Tian L, et al., 2014; Chitnis N.S. etal., 2012; Xia B. etal., 2015; YuJ. etal., 2010). Полученное в настоящей работе повышение уровня экспрессии hsa-mir-4286 в

меланоме по сравнению с невусами ранее неоднократно было описано в работах зарубежных ученых, хотя роль данной микроРНК в клетке на сегодняшний день еще до конца не изучена (SandM. etal., 2013, Gillespie J. etal., 2015).

Но кроме ранее исследованных применение метода микрочипирования на базе микроРНК mirBasev.20 позволило также выявить малоизученные и даже относительно недавно открытые и потому не исследованные микроРНК, имеющие существенные различия в меланоме и меланоцитарных невусах. Это предоставляет возможности для дальнейшего исследования мира микроРНК. К ним относятся 24 вида молекул, обозначаемые шифром и не имеющие на сегодняшний день статуса микроРНК (ENSG00000212615, ENSG00000212378 и др.).

Таким образом, метод микрочипирования микроРНК является удобным методом общего скрининга, позволяющим выделить из общего количества разнообразных микроРНК те виды, которые могут представлять интерес в конкретном случае для дальнейшего более подробного исследования их другими методами. Результаты настоящей работы дают возможность для последующего изучения новых микроРНК, показавших значимое различие в меланоме и невусах, исследование новых возможных путей диагностики и терапии меланомы кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Имянитов, Е.Н. Эпидемиология и биология опухолей кожи. / Е.Н. Имянитов // Практическая онкология. – 2012. – Т. 13, №2. – С. 61-68.
2. Bai, J. Construction of miR-508-5P lentiviral vector and its targeted effect on S-phase kinase-associated protein-2 gene / J. Bai, Y. Xing, W. Fan [et al.] // Xi Bao Yu Fen Zi Mian Yi Xue Za Zhi. – 2014. - 30(1). – P. 28-32.
3. Caramuta, S. MicroRNA Expression Profiles Associated with Mutational Status and Survival in Malignant Melanoma / S. Caramuta, S. Egyhazi, M. Rodolfo [et al.]// Journal of Investigative Dermatology. 2010. –V. 130. - p. 2062-2070.
4. Chang, I. Loss of miR-200c up-regulates CYP1B1 and confers docetaxel resistance in renal cell carcinoma / I. Chang, Y. Mitsui, Sh. Fukuhara [et al.]// Impact Journals: Oncotarget. – 2015. [electronic resource]: http://www.impactjournals.com/ oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path[]=3484.
5. Chitnis, N.S. miR-211 Is a Prosurvival MicroRNA that Regulates chop Expression in a PERK-Dependent Manner / N.S. Chitnis, D. Pytel, E. Bobrovnikova-Marjon [et al.]// Molecular Cell. – 2012. – V. 48, Is. 3. – P. 353–364.

6. Gillespie, J. MicroRNA expression profiling in metastatic cutaneous squamous cell carcinoma / J. Gillespie, L.E. Skeeles, D.C. Allain [et al.]// J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – doi: 10.1111/jdv.13098 [Epub ahead of print].

7. Sand, M. Comparative microarray analysis of microRNA expression profiles in primary cutaneous malignant melanoma, cutaneous malignant melanoma metastases, and benign melanocytic nevi / M. Sand, M. Skrygan, D. Sand [et al.]// Cell Tissue Res. – 2013. - 351(1). – P. 85-98.

8. Shang, Y. miR-508-5p regulates multidrug resistance of gastric cancer by targeting ABCB1 and ZNRD1 / Y. Shang, Z. Zhang, Z. Liu [et al.] // Oncogene. – 2014. – 33(25). – P. 3267-3276.

9. Tian, L. MiR-203 is downregulated in laryngeal squamous cell carcinoma and can suppress proliferation and induce apoptosis of tumours / L. Tian, M. Li, J. Ge [et al.] // Tumour Biol. – 2014. – 35(6). – P. 5953-5963.

10. Yu, J. MicroRNA, hsa-miR-200c, is an independent prognostic factor in pancreatic cancer and its upregulation inhibits pancreatic cancer invasion but increases cell proliferation / J. Yu, K. Ohuchida, K. Mizumoto // Molecular Cancer. – 2010. – 9 (169) [electronic resource]: http://www.molecular-cancer.com/content/9/1/169.

11. Wen S.-Y. miR-506 acts as a tumor suppressor by directly targeting the hedgehog pathway transcription factor Gli3 in human cervical cancer / S.-Y. Wen, Y. Lin, Y.-Q. Yu [et al.] // Oncogene. – 2015. – №34. – P. 717-725.

12. Xia, B. miR-211 suppresses epithelial ovarian cancer proliferation and cell-cycle progression by targeting Cyclin D1 and CDK6 / B. Xia, Sh. Yang, T. Liu and Ge Lou // Molecular Cancer. – 2015. – 14 (57) [electronic resource]: http://www.molecular-cancer.com/content/14/1/57.

УДК 616.13-002-005:616-083.98

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.И. Бубнов, А.Р. Акчульпанов, А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. А.П. Фролов

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) – одна из наиболее сложных проблем в современной абдоминальной и сосудистой хирургии. ОНМК

представляет собой группу сходных по течению и прогнозу патологических состояний, обусловленных нарушениями кровотока в артериальном, венозном или микроциркуляторном русле брыжеечных сосудов. Данная патология относится к разряду тяжелейших заболеваний в хирургической практике и сопровождается летальностью 67-92%. Неудовлетворительные результаты лечения обусловлены, в первую очередь, поздней диагностикой и неадекватной хирургической тактикой [3-6]. Все это диктует необходимость совершенствования ранней диагностики ОНМК, что значительно улучшает результаты лечения этой категории больных [5, 7].

Основная роль в ранней диагностике ОНМК принадлежит инструментальным методам исследования. Однако традиционные исследования, такие как УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости, не позволяют однозначно установить диагноз ОНМК. УЗИ у большинства больных дает возможность выявить лишь гиперпневматизацию кишечника, большое количество жидкости в желудке, утолщение кишечной стенки. Реже лоцируются маятникообразная, ослабленная перистальтика и свободная жидкость в брюшной полости [7, 13].

Обзорная рентгенография органов брюшной полости также не дает какой-либо четкой патогномоничной картины, хотя ряд авторов указывают на определенную ценность этого исследования [2, 10, 14]. У многих больных ОНМК выявляется гиперпневматизация кишечника, реже – уровни жидкости, наличие горизонтальных уровней и чаш Клойбера. Однако все вышеперечисленные признаки могут встречаться при многих других острых заболеваниях органов брюшной полости [6].

В диагностике ОНМК обсуждаются возможности дуплексного сканирования с цветовым картированием мезентеральных сосудов. [5, 9, 13].

В настоящее время наиболее распространенным и доступным для большинства отечественных лечебных учреждений является лапароскопический метод диагностики ОНМК. [4, 6, 12]. Однако наибольшие трудности для лапароскопической диагностики представляет ишемическая стадия [4]. Новые эндоскопические возможности ранней диагностики ОНМК может дать комбинация стандартной лапароскопии, фильтра для ультрафиолетового света и внутривенного введения флюоресцеина [12].

Несмотря на широкий спектр возможностей в диагностике ОНМК, на сегодняшний день «золотым стандартом» выявления этого заболевания остается ангиография [13]. Методика позволяет выполнить как аортографию, так и селективную мезентерикографию [5, 6, 8, 14, 15]. Широкое использование этого метода ограничивается наличием ангиографического оборудования, а также сложностями ее выполнения у больных в тяжелом состоянии и небезопасностью самой процедуры [3].

В последнее время появляется все большее число публикаций, посвященных применению компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной ангиографии (МРА) в диагностике ОНМК [11]. Отношение к КТ и МРТ довольно противоречиво. Так, при помощи КТ лишь в 60% наблюдений выявляются следующие неспецифические признаки ишемии кишечника: дилатированные кишечные петли, утолщение стенки кишки, пневматоз, асцит, внутристеночный газ кишечника, инфаркты печени и селезенки, а также газ в портальной системе [11, 15].

Таким образом, при диагностике ОНМК остается много нерешенных вопросов, среди которых основной – отсутствие однозначного эффективного алгоритма такой диагностики.

Цель исследования: оценить результаты инструментальной диагностики ОНМК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ с 2009 по 2013 годы. Больные были в возрасте 74,90±0,74 года, мужчин было – 83. Женщин – 135.

Результаты и обсуждение. Больные ОНМК поступали в клинику в различные сроки от начала заболевания. В первые 6 ч. поступило – 47 больных, через 6-12 ч. – 28, через 12-24 ч. – 49, через 24-48 ч. – 28, позднее 48 ч. – 50. У 16 больных продолжительность заболевания достоверно установить не удалось. Диагностика ОНМК представляла определенные сложности. Предварительный диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, и клинического осмотра. Правильный предварительный диагноз был установлен у 69 больных. В остальных 149 наблюдениях устанавливался ошибочный предварительный диагноз: острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 31 больных.

Для подтверждения и уточнения диагноза проводились инструментальные методы исследования. В качестве скрининговой дифференциальной диагностики больным проводились обзорная рентгенография (ОР) и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости.

ОР брюшной полости выполнялась больным в 131 наблюдениях. Патология со стороны брюшной полости была выявлена у 84 больных. В 60 наблюдениях обнаружены признаки острой кишечной непроходимости, в 8 – имелся свободный газ в брюшной полости, в 1 – выявлено сочетание признаков острой кишечной непроходимости и свободного газа в брюшной полости, в 15 – имел место пневматоз кишечника. У 47 больных патологии со стороны брюшной полости не обнаружено. В 88 наблюдениях ОР брюшной полости не выполнялась.

УЗИ брюшной полости было выполнено 178 больным. Патология со стороны брюшной полости выявлена у 100 больных. В 28 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 15 – признаки острой кишечной непроходимости, в 3 – сочетание гидроперитонеума и признаков острой кишечной непроходимости, в 15 – пневматоз кишечника, в 40 – другая патология брюшной полости, не имеющая отношения к ОНМК. У 78 больных – патологии со стороны брюшной полости не выявлено. Ни в одном их наблюдениях УЗИ со стороны мезентеральных сосудов патологии не выявлено. В 78 наблюдениях УЗИ брюшной полости не выполнялось.

Для уточнения диагноза проводились дополнительные целенаправленные инструментальные методы исследования: компьютерная томография (КТ) и лапароскопия.

КТ брюшной полости выполнялась больным в 29 наблюдениях. Патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена у 26 больных. Из них признаки ОНМК выявлено в 8 наблюдениях, у остальных 18 больных выявлена другая патология.

Лапароскопия проводилась больным в 30 наблюдениях. Во всех 30 наблюдениях был установлен диагноз ОНМК.

Таким образом, лапароскопическая диагностика ОНМК оказалась самым эффективным методом выявления ОНМК. Однако, данный метод в алгоритме исследования ургентной патологии брюшной полости выполняется после выполнения скрининговых методов исследования, не ранее чем через 2-4 часа, что за частую делает не возможным раннюю диагностику ОНМК. Не лучшая ситуация обстоит и с КТ-диагностикой.

Выводы. В ургентной хирургии наиболее надежным методом диагностики ОНМК является лапароскопия. Однако, данное исследование проводится с задержкой на несколько часов от момента поступления больного в стационар, что не позволяет диагностировать ОНМК на ранней стадии. Следовательно, для улучшения результатов лечения необходимо улучшать алгоритмы обследования больных с острой абдоминальной патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баешко, А.А. Причина и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баешко, С.А. Климук, В.А.Юшкевич // Хирургия. – 2005. – № 4. С. 57-63.

2. Давыдов, Ю.А.Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия / Ю.А.Давыдов // М.: Медицина, 1997. – 208 с.

3. Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Д. Прямиков и др. // Хирургия – 2009. – №10. – С. 56-60.

4. Лапароскопическая диагностика острого нарушения мезентериального кровообращения / А.А. Баешко, И.С. Подымако, И.М. Сологуб и др. // Здравоохранение. – 2001. – № 7. – С. 50-53.

5. Покровский, А.В. Острая мезентериальная непроходимость / А.В. Покровский, В.И. Юдин // Клиническая ангиология: руководство под ред. А.В. Покровского. В двух томах. Том 2. – М.: Медицина 2004. – С. 626-645.

6. Савельев, В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Инфаркт кишечника. / В.С. Савельев, И.В.Спиридонов, Б.В. Болдин // Руководство по неотложной хирургии под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – С. 281-302.

7. Трудности диагностики острых сосудистых заболеваний брюшной полости / В.В., Луканова, И.Г. Фомина, З.О. Георгадзе и др. //Клин. мед. – 2005. – № 5. – С. 61-65.

8. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: factors associated with survival / W.M. Park, P. Gloviczki, K.J. Cherry et al. // J. Vasc. Surg. – 2002. – Vol. 35, N. 3. P. 445-452.

9. Emergency diagnostic imaging in mesenteric ischemia / C. Duber, M. Wustner, S.J. Diehl et al. // Chirurg. 2003. – Vol. 74, N. 5. – P. 399-406.

10. Freeman, A.J. Graham J.C. Damage control surgery and angiography in cases of acute mesenteric ischaemia / A.J. Freeman, J.C. Graham / ANZ J. Surg. – 2005. – Vol. 75, N. 5. – P. 308-314.

11. Horton K.M., Fishman E.K.Computed tomography evaluation of intestinal ischemia / K.M. Horton, E.K.Fishman // Semin. Roentgenol. – 2001. – Vol. 36. – P.118—125.

12. Laparoscopic diagnostics of the acute bowel ischemia – first experimental experience / J. Paral, A. Ferko, M. Plodr et al. // Rozhl. Chir. – 2007. – Vol. 87, N. 2. P. 106-111.

13. Lock, G. Acute mesenteric ischemia – frequently overlooked and often fatal / *G.Lock* // Med. Clin. – 2002. – Vol. 97. – N. 7. P. 402-409.

14. Lock, G. Acute mesenteric ischemia: classification, evaluation and therapy / G. Lock // Acta Gastroenterol. Belg. – 2002. – Vol. 65, N. 4. – P. 220-225.

15. Sreenarasimhaiah, J. Diagnosis and management ofintestinal ischaemic disorders / J. Sreenarasimhaiah // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 1372-1376.

УДК 378. 147: [616.12 – 008. 313. 315 + 616. 24 – 008. 444] - 08

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЯТОГО КУРСА ИЗУЧЕНИЯ АЛГОРИТМА БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Т.О. Бугакова, А.А. Ермакова, А.О. Комиссарихина, Е.Е. Ремкевич.
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. Газенкампф А.А.

Актуальность проблемы. По данным статистики, ежегодно в нашей стране умирают более 2 млн. человек, причем 75% всех смертей происходят все стационара. На первом месте среди причин смерти стоят болезни органов кровообращения. В течение первого часа, т.е. на догоспитальном этапе, погибают более 50% из всех умирающих больных от острого коронарного синдрома [1].

Сердечно-легочная реанимация является активно развивающимся направлением медицины критических состояний, и последующий прогресс в этой области связан с фундаментальными исследованиями процессов умирания и восстановления организма, минимизацией времени оказания медицинской помощи пострадавшим, оптимизацией методов предотвращения постреанимационной энцефалопатии [2].

Изучение алгоритма базовой сердечно-легочной реанимации (БСЛР) осуществляется на протяжении всего периода обучения студентов лечебного факультета на различных дисциплинах, а оценка данного практического навыка происходит в период проведения промежуточной аттестации по дисциплинам, экзамена после прохождения летней производственной практики, на втором этапе государственной итоговой аттестации.

За основу построения практического занятия был взят курс Европейского совета по реанимации «Базовая сердечно-легочная реанимация и автоматическая наружная дефибрилляция», состоящий из двух этапов: теоретического обзора основных аспектов проведения БСЛР и практической отработки навыка.

Обучение проводится по следующему алгоритму:

1. Инструктор без объяснений показывает курсантам весь комплекс БСЛР.

На этом этапе необходимо сформировать у курсанта общее представление правильного выполнения навыка. Важно, чтобы инструктор в совершенстве владел всеми элементами БСЛР (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание) и не совершал ошибок во время демонстрации, так как курсанты могут на подсознательном уровне запомнить эти недочеты и в будущем повторять их.

2. Инструктор повторяет весь алгоритм, но теперь с подробным объяснением каждого своего действия. Инструктор четко проговаривает каждое свое действие, например: «кладу одну руку на лоб пострадавшего, второй придерживаю подбородок». Это необходимо для

того, чтобы не упустить никаких мелочей в процессе объяснения алгоритма. Кроме того, это позволит курсантам точно повторить действия инструктора.

3. Инструктор повторно проводит БСЛР, но уже под команды курсантов. Курсанты по очереди говорят инструктору, что он должен делать. «Подойдите к пострадавшему, спросите у него, как его имя». Таким образом, слушатели проговаривают алгоритм, что способствует лучшему запоминанию.

4. Вопросы и обсуждение. После того, как курсанты получили полную информацию о БСЛР, они могут задать вопросы инструктору.

5. Курсанты поочередно проводят весь комплекс БСЛР.

Действия каждого курсанта обсуждаются в группе. Сначала отмечаются положительные моменты, потом – недоработки. Инструктор подробно разбирает с каждым курсантом все ошибки.

6. Повторное выполнение алгоритма курсантами выполняется с учетом разобранных ранее недочетов.

7. Демонстративное выполнение инструкторами алгоритма БСЛР в паре.

Работа в парах связана с определенными особенностями (расположение спасателей относительно пострадавшего и друг друга, распределение функций и пр.).

8. Выполнение курсантами алгоритма БСЛР в парах.

9. Финальное обсуждение алгоритма БСЛР.

У курсантов есть возможность задать вопросы, осудить спорные моменты.

10. Проведение зачета. Прием зачета проводят оба инструктора вместе. Курсанты по одному заходят в комнату и проводят алгоритм БСЛР. После обсуждения инструкторы озвучивают результат, с разъяснением ошибок, при их наличии [2,3].

Данный подход к обучению студентов был введен с первого сентября 2013 года на кафедре анестезиологии и реаниматологии ИПО (обучающей студентов 5-го курса), а с января 2015 года – на всех остальных кафедрах, преподающих навек проведения СЛР.

Теоретическая часть включает в себя лекцию, в которой пошагово обговаривается каждый элемент алгоритма БСЛР. Данный этап направлен, во-первых, на формирование первичного представления курсанта о современных подходах к алгоритму БСЛР и, во-вторых, позволяет лектору предоставить научное обоснование всех действий спасателя.

Практическое обучение осуществляется на специализированных тренажерах фирмы Laerdal (оживленная Анна с контроллером).

Цель. Оценить эффективность метода преподавания БСЛР у студентов шестого курса лечебного факультета.

Задачи:

1. Провести анкетирование среди студентов шестого курса на знания алгоритма БСЛР.

2. Сравнить полученные данные с результатами аналогичного анкетирования среди ординаторов второго года обучения.

Материалы и методы.

С целью оценки эффективности методы было проведено анкетирование среди ординаторов второго года обучения (проходивших обучение СЛР по старой методике на первом году обучения в ординатуре) и студентов шестого курса, прошедших обучение по предложенному алгоритму. То есть, обе группы респондентов проходили обучение не более года назад. Анкета включала в себя пять вопросов на знание основных этапов проведения БСЛР (рисунок 1).

Нами было проанкетировано всего 301 человек, из которых было 141 ординаторов (30%) и 160 студентов 6 курса (70%), прошедших цикл реанимации на базе кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО.

Сбор необходимой информации осуществлялся при помощи анкетирования среди ординаторов и студентов 6 курса. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе MicrosoftOfficeExcel.

Результаты. Анализ ответов показал, что положительных результатов анкетирования (не более двух ошибок) в группе студентов значительно выше, чем в группе ординаторов. Среди ординаторов положительные результаты показали 32 человека (11%), а среди студентов 6 курса – 72 человека (24%) (рисунок 2).

Наибольшее количество ошибок в обеих группах было допущено в вопросах касающихся признаков клинической смерти (вопрос №2) и правильной постановки рук при проведении компрессий грудной клетки (вопрос №3).

В первом случае, мы связываем это с нечеткой формулировкой признаков клинической смерти в процессе всего обучения (в рекомендациях Европейского совета по реанимации 2010 г., на основе которых построен курс БСЛР, указаны только отсутствие сознания и дыхания у пострадавшего, в более же ранних рекомендациях присутствует

определение пульса).

АНКЕТА

Базовая сердечно-легочная реанимация

Уважаемые студенты, просим вас ответить на несколько вопросов по проведению алгоритма базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых.

Выберите один правильный ответ.

1. **Что необходимо сделать, прежде всего, при обнаружении пострадавшего?**
   a. убедиться в собственной безопасности;
   b. вызвать бригаду скорой помощи;
   c. незамедлительно начать проведение комплекса СЛР;
   d. попытаться привлечь внимание как можно большего количества окружающих людей;
   e. попытаться заговорить с пострадавшим.
2. **На основании каких данных можно сделать вывод о наличии у пострадавшего остановки кровообращения?**
   a. отсутствие реакции зрачка на свет;
   b. отсутствие реакции на болевой стимул;
   c. отсутствие сознания, адекватного самостоятельного дыхания;
   d. невозможности определить пульс на лучевой артерии;
   e. невозможности выслушать сердечные тоны.
3. **Где правильно располагать руки при проведении компрессий грудной клетки?**
   a. в области верхушки сердца;
   b. в центре грудины;
   c. в центре грудной клетки;
   d. под мечевидным отростком;
   e. так, как удобно спасателю.
4. **Какое соотношение компрессий грудной клетки и искусственных вдохов правильное?**
   a. 5:1
   b. 15:1
   c. 15:2
   d. 30:2
   e. 30:5
5. **До каких пор необходимо проводить базовый комплекс СЛР?**
   a. 15 минут;
   b. 60 минут;
   c. до момента сужения зрачков;
   d. до приезда бригады скорой помощи;
   e. до появления признаков биологической смерти.

Как Вы считаете, что нужно изменить/добавить в процесс обучения студентов для улучшения качества знаний по СЛР?

Рисунок 1 – Анкета «Базовая сердечно-легочная реанимация»

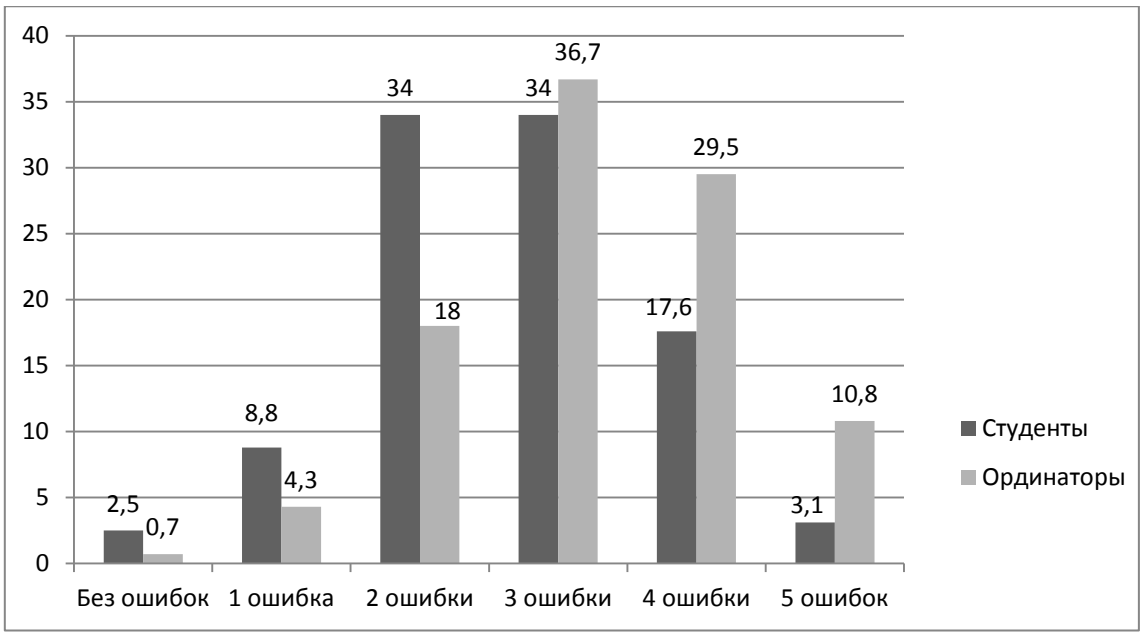


Рисунок 2 – Число респондентов (% от общего числа в группе), допустивших различное количество ошибок

Большое количество неправильных ответов связанных с постановкой рук при СЛР связано, на наш взгляд, с многообразием способов определения идеальной точки приложения компрессий (2 см выше мечевидного отростка, граница средней и нижней трети грудины и пр.). В то время как в рекомендациях 2010 года определение точки звучит очень просто – «середина грудной клетки пострадавшего» [3]. Такое разночтение, безусловно, может запутать студента.

Наибольшее количество правильных ответов в обеих группах было дано в вопросе касающимся соотношения компрессий и искусственных вдохов. «Золотая формула» 30:2 звучит во всех рекомендациях, и большинство обучающихся это хорошо запомнили.

Заключение. Внедрение единого формата преподавания навыка БСЛР, безусловно, повышает качество его освоения. Но для достижения более высоких результатов необходимо усовершенствование методики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

6. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета реанимации (пересмотр 2010г.) / под ред. В.В. Мороза – Рыбинск: Гран При, 2011. – 521 с.

7. Bobrow B.J., Spaite D.W., Berg R.A.,[et. al].Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest // JAMA. 2010. Vol. 304, №13. P. 1447-1454.

8. Guidelines for resuscitation 2010 /European Resuscitation Council // Resuscitation. – 2010. – Vol. 81. – P. 1219 – 1276.

УДК 616.24-008.6-036-053.31

ПРОБЛЕМЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С РДС

Ю.В. Бурлаченок, 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.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) – одно из самых частых заболеваний у новорожденных, требующих проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Подбор оптимальных режимов и параметров ИВЛ является основной задачей, решение которой позволило бы повысить ее эффективность и минимизировать нежелательные осложнения [2]. ИВЛ может спасти жизнь, однако может и вызвать повреждение легких, поэтому протоколы респираторной поддержки должны быть направлены на отказ от ИВЛ, путем использования CPAP [3].

Целью нашего исследования было изучить течение РДС у новорожденных детей. В наши задачи входило: изучить пренатальные факторы риска рождения новорожденных с РДС, выявить особенности родоразрешения, проанализировать частоту асфиксии, характер респираторной поддержки, частоту терапии экзогенным сурфактантом у новорожденных с РДС и провести анализ исхода РДС.

Под нашим наблюдением находились 83 новорожденных с РДС, родившихся в КГБУЗ «КМ РД № 2» за период с июля по декабрь 2014 года. Проведен анализ историй родов и развития новорожденных, карт первичной реанимационной помощи, листов интенсивного наблюдения. Обследованные новорожденные разделены на 2 группы в зависимости от характера респираторной поддержки. В первую группу включены 52 новорожденные с РДС, которые получали респираторную терапию с использованием АИВЛ. Во вторую группу вошел 31 новорожденный, респираторная поддержка которых осуществлялась при помощи назального CPAP. Клиническая оценка новорожденных проводилась с помощью стандартизированных шкал (Апгар, Даунса, Глазго-Питсбурга),

статистическая обработка в системе Biostat. Достоверность различий между группами оценивалась по критерию хи². Рассчитывалось отношение шансов, значимым был показатель ОШ>1.

При анализе частоты и тяжести влияния негативных пренатальных факторов выявлено, что критический возраст матерей в группах новорожденных с РДС встречался в первой группе в 11-ти (21,15±5,7%) случаях, во второй – в 3-х (9,7±5,3%) случаях. Частота критического возраста матерей в группах не имела достоверных различий (p=0,295 по критерию z; ОШ=0,4). Средний возраст матерей новорожденных с РДС не различался в первой и второй группах и составил 29,5±0,7 и 29,2±0,9 лет соответственно.

Отягощенный акушерский анамнез, соматическая, гинекологическая и инфекционная патология матерей, вредные привычки и отсутствие наблюдения в женской консультации, а также нетрадиционные методы зачатия, гестоз, анемия в анализируемых группах встречались чаще в первой группе: в 31 (59,6±6,8%) случаев, чем во второй – в 16(53,3±9,0%), но достоверных различий не выявлено (p=0,628 по критерию z; ОШ=0,72).

Роды протекали с осложнениями (преждевременный разрыв плодных оболочек, дородовое излитие околоплодных вод, патология родовой деятельности, многоплодные, патология положения плода, экстренные акушерские пособия и операции)чаще во второй группе: 15 (29±6,3%) и 15 (48,4±9,0%) матерей имели осложнения в родах в первой и во второй группах соответственно (ОШ=2,31). Оперативное родоразрешение использовалось с одинаковой частотой: в первой группе в 15 (28,8±6,3%) случаях, во второй – в 8 (25,8±7,9%) (ОШ=0,86). Частота экстренных операций кесарево сечение была выше во второй группе: 12 (23,07±5,8%) человек в первой и 8 (25,8±7,9%) матерей во второй группе (ОШ=1,16).

Гестационный возраст у новорожденных в первой группе среди недоношенных составил 29,9±0,46 недель, доношенных 37,2±0,19. Во второй группе гестационный возраст недоношенных составил 31,181±0,56.

Асфиксия при рождении в первой группе встречалась чаще – у 40 новорожденных (76,9±5,8%), чем во второй – у 18 (58,06±8,9%) (ОШ=2,41). При сравнительном анализе тяжести асфиксии при рождении выявлено, что в первой группе легкую асфиксию перенесли – 14 (26,92±6,2%) новорожденных, среднетяжелую – 17 (32,7±6,5%), тяжелую – 9 (17,3±5,2%). Во второй группе легкая асфиксия при рождении зарегистрирована у 14 (45,16±8,9%) детей, средней тяжести – в 4 (12,9±6,0%) случаях, тяжелая асфиксия не встречалась среди новорожденных второй группы.

Новорожденные с респираторным дистресс-синдромом, находясь в ПИТ, получали комплексную интенсивную терапию с использованием респираторной поддержки, заместительной терапии экзогенным сурфактантом, инфузионной терапии, парентерального

и минимальное энтеральное питание, антибактериальной терапии, инотропной поддержки, седативной, противосудорожной терапии.

Стратегия респираторной поддержки у новорожденных с РДС в первой группе была различной в зависимости от времени возникновения и тяжести дыхательной недостаточности: АИВЛ с рождения до перевода в стационар получали 25 (48,07±6,9%) пациентов, АИВЛ с последующей экстубацией и переводом на СРАР, а затем на самостоятельное дыхание использовался у 5 (9,61±4,1%) новорожденных. Усиление респираторной терапии, когда нарастание дыхательной недостаточности требовало сменить СРАР на АИВЛ, было у 22 (42,3±6,9%) новорожденных. Во второй исследуемой группе все дети с РДС легкой степени тяжести получали респираторную поддержку с помощью назального СРАР в течение 1-2 дней.

СРАР снижает потребность в экзогенном сурфактанте, препятствует отеку альвеолярной стенки и формированию гиалиновых мембран [1], что и было доказано в нашей работе (рис. 1). Изучая частоту применения экзогенного сурфактанта, нами выявлено, что введение куросурфа достоверно чаще было использовано в первой группе – у 22 (42,3±6,9%) новорожденных, чем во второй группе – у 2 (6,5±8,9%), (p=0,001 по критерию хи²; ОШ=10,63).

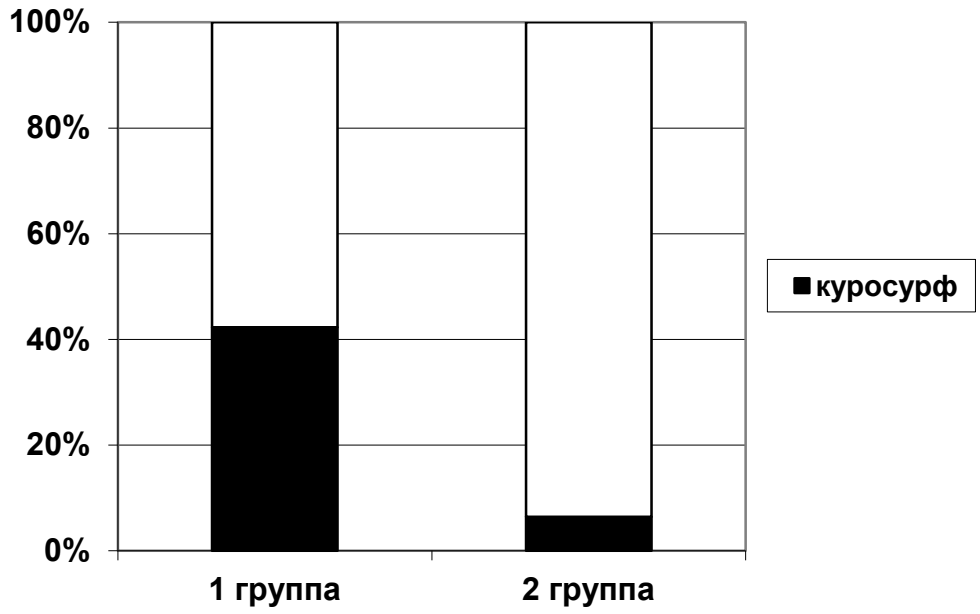


Рисунок 1 – Частота использования куросурфа у новорожденных с РДС

Все новорожденные с РДС, получавшие респираторную поддержку в раннем неонатальном периоде нуждались в продолжении лечения. Перевод детей на 2-й этап выхаживания осуществлялся в различные сроки в зависимости от тяжести состояния. В

первой группе потребность в длительной респираторной поддержке и перевод в реанимационное отделение потребовался 36 (69,2±6,4%) новорожденным, что достоверно больше, чем во второй группе (Таб. 1), где в ОРИТ переведены лишь 12 (38,7±8,7%) новорожденных (p=0,003; ОШ=4,75).

Таблица 1 – Потребность в интенсивной терапии новорожденных с РДС.

Переведены в ОРИТ или на 2-й этап выхаживания	Первая группа n=52		Вторая группа n=31		Всего n=83	
	абс	%	абс	%	абс	%
ОРИТ	36	69,2±6,4	12	38,7±8,7	48	57,83±5,4
Соматический стационар	16	30,8±6,4	19	61,3±8,7	35	42,17±5,4
	p=0,013 ; ОШ=3,56					

По результатам нашего исследования выявлено, что отягощенный акушерский анамнез, соматическая, гинекологическая и инфекционная патология матери, вредные привычки и дефекты наблюдения в женской консультации, а также нетрадиционные методы зачатия, преэклампсия, анемия и ранние преждевременные роды, встречались чаще у матерей новорожденных с тяжелым РДС. Осложненное течение родов и экстренное оперативное родоразрешение отмечалось одинаково часто в группах новорожденных с РДС тяжелой и средней степени тяжести. Частота асфиксии при рождении и тяжелое ее течение чаще отмечены у новорожденных с тяжелым РДС. В группе новорожденных с тяжелым РДС большинство пациентов нуждались в ужесточении респираторной стратегии и длительной АИВЛ, терапии экзогенным сурфактантом и в длительном лечении, переводе в реанимационное отделение для продолжения респираторной поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современная респираторная терапия у недоношенных новорожденных в критическом состоянии /О.В.Ионов, А.Г.Антонов, О.А.Борисевич, Д.С.Крючко, А.А.Ленюшкина //ConsilliumMedicum. / Педиатрия. – 2011. - № 01. – С. 18.

2. Моисеева Т.С. Сравнение двух подходов к экстубации у новорожденных детей с РДС и врожденной пневмонией / Т.С. Моисеева, О.В. Ионов., А.Ю. Рындин // VI Всероссийский образовательный Конгресс. – М., 2013. – С. 92.

3. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2013 Update / David G. Sweet,Virgilio Carnielli, Gorm Greisen and etc. // Neonatology. – 2013. - № 103. - C. 353.

УДК 577.1:616.896

МОЛЕКУЛЫ - МИШЕНИ ПРИ АУТИЗМЕ

В.А. Бурханова, Т.А. Пируева
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии
Научные руководители: д.м.н., доц. Малиновская Н.А., асс. Панина Ю.А.

В последние годы расстройства аутистического спектра (РАС) привлекают к себе все большее внимание, что обусловлено несколькими причинами. Во-первых, увеличивается заболеваемость: по данным Всемирной Организации Здравоохранения во всем мире аутизмом страдает около 67 миллионов человек, при этом наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости. Ежегодно таких пациентов становится на 7-10% больше [2]. По экспертным оценкам, аутизмом сегодня страдает каждый 130-й мальчик и каждая 150-я девочка. Что немаловажно, понимание механизмов формирования данной патологии позволяет назначить своевременную и рациональную патогенетическую терапию. Поэтому весьма перспективным направлением является поиск молекул-мишеней для направленного лечения аутизма [1]. Цель исследования: провести анализ научной литературы и выявить потенциальные молекулы-мишени при аутизме. В задачи исследования входили: информационный поиск и анализ литературных источников, систематизация современных данных о патогенезе расстройств аутистического спектра и выявление потенциальных молекул-мишеней с оценкой их внедрения в клиническую практику.

На основании проанализированного материала были найдены следующие потенциальные мишени: окситоцин, вазопрессин, CD38, mGluR, microRNA MIR137, RORA.

Окситоцин и вазопрессин (антидиуретический гормон) являются нейропептидами, которые вырабатываются нейросекреторными клетками супраоптического и паравентрикулярного ядер гипоталамуса. Их роль в организме давно известна, однако, являясь гормонами, данные вещества также участвуют в механизмах сигнальной трансдукции в качестве нейромедиаторов. В головном мозге окситоцин участвует в

сложноповеденческих реакциях, таких как социальное распознавание, формирование чувства доверия, установление межличностных отношений, участвует в формировании стресс-ответа [4]. Вазопрессин, в свою очередь, также играет большую роль в формировании социального поведения: ответственен за половое поведение, «отцовский» инстинкт, агрессию. Нарушение высвобождения и, соответственно, функционирования данных молекул может являться причиной развития у ребенка расстройств аутистического спектра [13]. Немаловажную роль в этом процессе играет трансмембранный гликопротеин CD38, который участвует в образовании циклической АДФ-рибозы из никотинамидадениндинуклеотида (НАД), в свою очередь, циклоАДФ-рибоза регулирует процесс секреции окситоцина и вазопрессина [6].

В последнее время внимание ученых привлекают расстройства аутистического спектра в сочетании с синдромом Мартина-Белл (синдром ломкой Х-хромосомы). До 30% больных с синдромом ломкой Х-хромосомы также имеют аутистические расстройства [10]. Развитие синдрома Мартина-Белл обусловлено нарушением экспрессии белка FMRP в результате экспансии тринуклеотидного повтора CGG гена FMR. Белок FMRP является необходимым для нормального развития нервной системы, в головном мозге он играет роль регулятора процессов трансляции нескольких генов, ответственных за формирование синаптических связей и нейрональной пластичности [5]. При развитии данных нарушений также наблюдаются сбои в нейротрансмиттерной системе, в частности, в отсутствие FMRP в патологический процесс вовлекаются метаботропные рецепторы глутаминовой кислоты mGluR. Bear at al. разработали теорию, согласно которой развитие аутизма при синдроме Мартина-Белл обусловлено избытком mGluR первого и пятого типов [3]. Терапия антагонистами метаботропных рецепторов глутамата является потенциально эффективной, и в ближайшем будущем планируется испытание первых препаратов.

Гены RORA и MIR 137, кодирующие орфанные рецепторы, которые связываются с ретиноевой кислотой, также были идентифицированы в качестве потенциальных предикторов развития расстройств аутистического спектра [7, 9]. Ген RORA кодирует лиганд-зависимые орфанные ядерные рецепторы, участвующие в регуляции процесса транскрипции множества генов. Помимо этого RORA участвует в регуляции циркадных ритмов, способствует дифференцировке клеток Пуркинье, а также оказывает нейропротекторные свойства, осуществляя защиту нейронов от окислительного стресса и воспаления [12]. Исследования Nguyen et al. показали, что при аутизме экспрессия данного гена значительно снижается [8]. MIR137 представляет собой ген, кодирующий одноименную малую некодирующую молекулу РНК (микроРНК), принимающую участие в регуляции транскрипции генов. Показана взаимосвязь между этими двумя генами. MIR137 регулирует

экспрессию RORa, связываясь с сайт-специфичным участком RORa - 3`UTR. Предполагается также, что MIR137 участвует в регуляции и других кандидатных генов аутизма.

Таким образом, воздействие на молекулы-мишени при аутизме, с учетом их роли в развитии данной патологии, представляется весьма перспективным направлением. Дальнейший поиск мишеней при аутизме и направленное воздействие на них является залогом успеха рациональной патогенетической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Autism as a disorder of neural information processing: directions for research and targets for therapy / M.K. Belmonte, E.H. Cook, G.M. Anderson et al. // Mol Psychiatry. – 2004. – Vol.9(7). – P.646-663.
2. Autism spectrum disorders – epidemiology, symptoms, comorbidity and diagnosis / F. Rybakowski, A. Bialek, I. Chojnicka et al. // Psychiatr Pol. – 2014.– Vol.48(4). – P.653-665.
3. Bear M.F. The mGluR theory of fragile X mental retardation / M.F. Bear, K.M. Huber, S.T. Warren // Trends in Neurosciences. – 2004. –Vol.27. –P.370-377.
4. Bielsky I.F. Oxytocin, vasopressin, and social recognition in mammals / I.F. Bielsky, L.J. Young // Peptides. – 2004. – №25. – P.1565-1574.
5. Budimirovic D.B. What can we learn about autism from studying fragile X syndrome? / D.B. Budimirovic, W.E. Kaufmann // Dev. Neurosci. – 2011. Vol.33(5). – P.379–394.
6. CD38 Gene Knockout Juvenile Mice: A Model of Oxytocin Signal Defects in Autism / H.Higashida, S. Yokoyama, T. Munesue et al. // Biol. Pharm. Bull. – 2011. – Vol.34(9). – P.1369—1372.
7. Devanna P. A direct molecular link between the autism candidate gene RORa and the schizophrenia candidate MIR137 / P. Devanna, C. Sonja, C. Vernes // Scientific Reports, 4 : 3994 | doi: 10.1038/srep03994
8. Global methylation profiling of lymphoblastoid cell lines reveals epigenetic contributions to autism spectrum disorders and a novel autism candidate gene, RORA, whose protein product is reduced in autistic brain / A. Nguyen, T.A. Rauch, G.P. Pfeifer, V.W. Hu // Faseb. – 2010. –Vol. 24(8). – P.3036-3051.
9. Gold D.A. RORα in genetic control of cerebellum development: 50 staggering years / D.A. Gold, P.M. Gent, B.A. Hamilton // Brain Res. – 2007.– Vol.6. – P.1119–1125.
10. Hagerman R. Fragile X and autism: Interwined at the molecular level leading to targeted treatments / R. Hagerman, G. Hoem, P. Hagerman // Mol. Autism. – 2010. – Vol.1. – P.392-400.

11. Human retinoic acid receptor-related orphan receptor α1 overexpression protects neurones against oxidative stress-induced apoptosis / F. Boukhtouche, G. Vodjdani, C.I. Jarvis et al. // Neurochem. – 2006. – Vol.96. – P.1778–1789.

12. RORα, a pivotal nuclear receptor for Purkinje neuron survival and differentiation: from development to ageing / F. Boukhtouche, M. Doulazmi, F. Frederic et al. // Cerebellum. – 2006. – Vol.5. – P.97–104.

13. Winslow J.T. Neuroendocrine basis of social recognition / J.T. Winslow, T.R. Insel // Curr. Opin. Neurobiol. – 2004. – Vol.14. –P. 248-53.

УДК:616.381-002.3-089.168

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА БАЗЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Е.В.Бусыгин, В.И.Головина, Е.В.Ковалистова, К.В.Митина

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

д.м.н., проф. О.В. Первова, асп. В.А.Шапкина

Актуальность: Несмотря на многочисленные научные исследования и огромный практический опыт в лечении распространенного гнойного перитонита (РГП), решение вопросов прогноза течения и тактики ведения не теряет своей актуальности. В структуре хирургической заболеваемости перитонит и вызывающие его деструктивно-воспалительные процессы в брюшной полости занимают лидирующие позиции. Летальность при РГП остаётся на высоких уровнях и варьирует от 19 до 70% [1].

Бесспорными остаются основополагающие принципы лечения перитонита – максимально раннее хирургическое устранение источника воспаления брюшины и адекватная санация брюшной полости[3]. Однако до сих пор не ясно, какому способу дальнейшего ведения больного с РГП отдать предпочтение, и чем при этом руководствоваться. Как определять показания к ведению программного режима, режима по требованию или лапаростомии, какой метод сопряжен с меньшей летальностью и меньшим

количеством осложнений. Так же дискутабельным остаётся вопрос о характере оперативного вмешательства, позволяющего адекватно контролировать течение РГП, плюсы ведения больного методом активной лапаростомии[2]. Немаловажным является факт высокого травмирующего эффекта при многократных санирующих операциях у пациентов с РГП. Увеличение количества таких операций обратно пропорционально вероятности благоприятного исхода. Таким образом, необходимо сокращение количества санирующих операций путём персонифицированного подхода у пациентов с РГП, а так же внедрение эффективных операционных технологий[4].

На базе Красноярского краевого гнойно-септического центра (ГСЦ), нами проведено клиническое исследование. Целью исследование являлась систематизация особенностей течения РГП и исхода в зависимости от способа оперативного лечения – использование традиционной лапаростомы и вакуум-ассоциированной лапаростомы.

Объектом исследования стали 37 пациентов с диагнозом РГП, находившиеся на лечении в Красноярском краевом ГСЦ ККБ, г. Красноярск, в период с 2013 по 2015 год. Из исследования были исключены пациенты, у которых причиной РГП были острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз), тотальный мезентериальный тромбоз, онкологические заболевания, туберкулёз, беременность.

Проводились оценка степени тяжести пациентов с использованием интегральных шкал SAPS II, SOFA, определением MPI, индекса брюшной полости (ИБП), сравнительный анализ показателей летальности, частоты развития осложнений. Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8.0.

Все пациенты (37 человек) при поступлении, были распределены на 4 группы соответственно степени тяжести состояния. I группа – лёгкая степень тяжести – 1 пациент (2,7%), II группа – средняя степень тяжести – 22 пациента (59,5%), III группа – тяжелое течение – 9 пациентов (24,3%), IV группа – крайне-тяжелая степень – 5 пациента. (13,5%).

У 32 пациентов лечение проводилось с наложением традиционной лапаростомы по принятой в клинике методики, у 5 пациентов была применена вакуум-ассистированная лапаростома. При традиционном лечении, пациенты распределились следующим образом: I группа – лёгкая степень тяжести – 1 пациент (3,2%), II группа – средняя степень тяжести – 22 пациента (68,7%), III группа – тяжелое течение – 6 пациентов (18,7%), IV группа – крайне-тяжелая степень – 3 пациента. (9,4%).

При наложении вакуум-ассоциированной лапаростомы, распределение произошло следующим образом: I группа – лёгкая степень тяжести – 0 пациентов (0%), II группа –

средняя степень тяжести – 0 пациента (0%), III группа – тяжелое течение – 3 пациента (60%), IV группа – крайне-тяжелая степень – 2 пациента. (40%).

При лечении пациентов с использованием традиционной лапаростомы, летальность в группах составила: I гр. – 0%, II гр. – 22,7%, III гр. – 66,7%, IV гр. – 66,7 %. Средняя летальность по всей группе с традиционным лечением − 34,4% (11 пациентов). При использовании вакуум ассоциированной лапаростомы, летальность в группах составила III – 66,7%, IV - 100%. Средняя летальность по всей группе с использованием вакуум-ассоциированной лапаростомы – 80% (4 пациента). Общая летальность − 40,5% (15 пациентов).

В группе с наложением традиционной лапаростомы, у 16 пациентов (50%) количество релапаротомий варьировало от 3 до 6, более 6 релапаротомий выполнялось у 10 пациентов (31,25%), до двух − у 6 пациентов (18,75%).

Среди причин РГП лидировали заболевания тонкой и толстой кишки (ОКН, болезнь Крона, грыжи, аппендицит, перфорация тонкой/толстой кишки, сегментарный мезентериальный тромбоз) – у 15 пациентов (46,89%), в равной степени, причиной перитонита стали ранения и травмы брюшной полости (6 пациентов − 18,75%) и послеоперационный перитонит (6 пациентов − 18,75%). Заболевания желудка и ДПК явились причиной перитонита у 3 пациентов (9,36%), гинекологический перитонит (1 пациент - 3,125%), неуточнённый перитонит (1 пациент - 3,125%). Послеоперационные осложнения возникли у 28 пациентов (87,5%). Сопутствующая патология была у 26 пациентов (81,25%).

С учётом количества санаций, пациенты с традиционным ведением были разбиты на 3 группы: 1 группа – 0-2 санации – 18,75%, из которой пациенты с лёгкой степенью тяжести – 0%, средней – 66,7%, тяжелой – 33,3%, крайне тяжелой – 0%; 2 группа – 3-6 санаций – 50% которой пациенты с лёгкой степенью тяжести – 6,25%, средней – 68,75%, тяжелой – 12,5%, крайне тяжелой –12,5%; 3 группа – более 6 санаций. – 31,25%, из которой пациенты с лёгкой степенью тяжести – 0%, средней – 70%, тяжелой – 2%, крайне тяжелой –1% .

Летальность в 1 группе составила 16,7%. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 66,7% пациентов; во 2 группе – у 75% пациентов, в 3 группе − у 66,7% больных, осложнения течения п/о периода отмечены в 100% случаев.

Динамика ИБП после первой санирующей операции с наложением традиционной лапаростомы в среднем составила: в 1 группе с 14 до 13, 2 (0,8), 2 группе с 19,7 до 19,3 (0,4), в 3 группе с 20,4 до 19,6 (0,8), в 4 группе 28,2 до 27,4 (0,8) (Рис. 1).

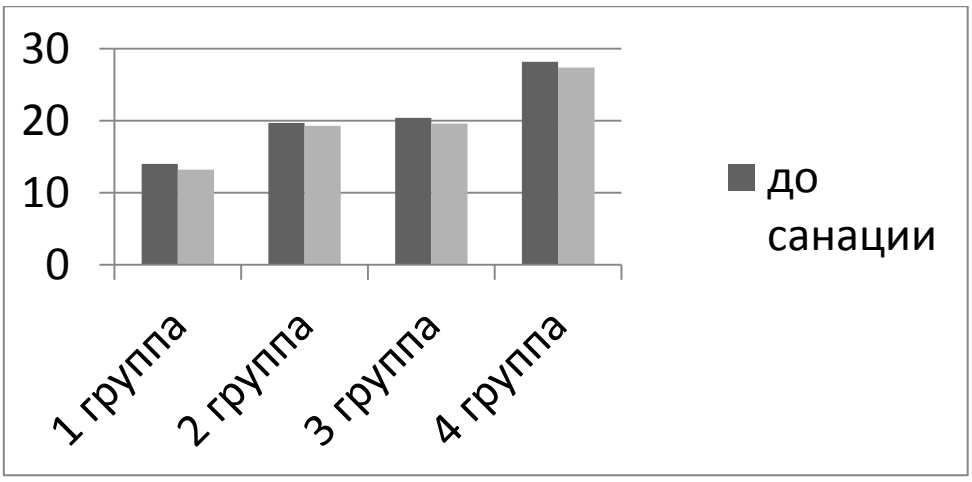


Рисунок 1 – График динамики ИБП после первой санирующей операции с наложением традиционной лапаростомы.

В группе пациентов с использование вакуум-ассоциированной лапаростомы, количество релапаротомий в среднем составило 5,2. Среди причин РГП так же лидировали заболевания тонкой и толстой кишки (ОКН, аппендицит, перфорация толстой кишки) – у 3 пациентов (60%), в одном случае причиной перитонита стала травмы брюшной полости (20%), перфоративная язва желудка явилось причиной перитонита у 1 пациента (20%), Послеоперационные осложнения возникли у всех 5 пациентов (100%). Сопутствующая патология была также у всех 5 пациентов (100%).

Динамика ИБП после первой санирующей операции с использованием вакуум-ассоциированной лапаростомы составила: во 2 группе с 20,2 до 17,4 (2,8), в 3 группе с 28,2 до 23,4 (4,8) (Рис. 2).

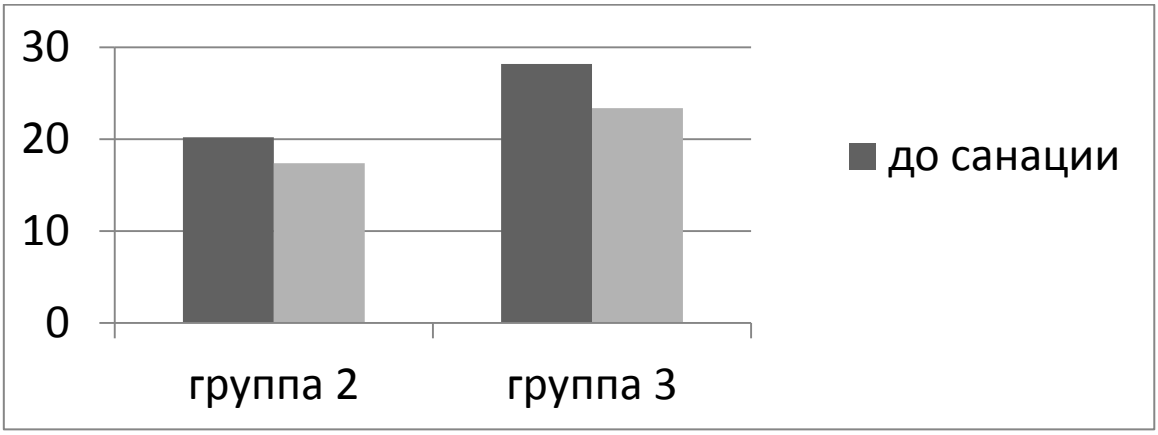


Рисунок 2 – График динамики ИБП после первой санирующей операции с использованием вакуум-ассоциированной лапаростомы.

Выводы: Течения РГП определяется степенью тяжести пациента при поступлении. В связи с этим, для выбора оптимального алгоритма лечения больных РГП, следует производить оценку тяжести состояния при помощи интегральных шкал SAPS II, SOFA, а также определение MPI, индекса брюшной полости (ИБП). При проведении более двух санационных операций, отмечается тенденция к увеличению частоты развития осложнений и повышение уровня летальности.

Высокая летальность в группе с использованием вакуум-ассистированной лапаростомы обусловлена, вероятно, исходно высокой степенью тяжести пациентов. Однако следует отметить положительный эффект при её применении в виде более значимого снижения ИБП после первой санационной операции. Так, при использовании вакуум-ассоциированной лапаростомы, динамика ИБП после первой же санации составляет в среднем 3,8, а при использовании традиционной лапаростомы 0,7. На основании выше изложенного, можно предположить, что использование вакуум-ассистированной лапаростомы ведет к снижению количества санаций при отсутствии декомпенсации СПОН у пациентов.

Дальнейшее изучение описанной методики с разработкой критериев для выбора способа оперативного лечения пациентов с РГП поможет снизить количество санаций, уменьшить пребывание пациента на стационарном лечении и, таким образом, улучшит результаты лечения пациентов с РГП[5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. // Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Куприна; Ерюхин И.А., Шляпников С.А., Ефимова И.С. Перитонит и абдоминальный сепсис // Инфекции в хирургии. – 2004.
2. Аппаратная управляемая лапаростомия в этапном лечении перитонита с синдромом абдоминальной компрессии / С. Г. Измайлов, М. Г. Рябков, А. Ю. Щукин и др. // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 47-52.
3. Перитонит: Практическое руководство / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. – М. : Литтерра, 2006. – 208с.
4. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом / Б. К. Шуркалин, А. П. Фаллер, В. А. Горский и др. // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 32-35.
5. Программируемые релапаротомии в лечении распространённого перитонита. Варианты тактических решений / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд и др. // Инфекции в хирургии. – 2009. – № 4. – С. 26-31.

УДК: 339.138:613.22

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ АССОРТИМЕНТА ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В. Ю. Бычкова
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д.фарм.н., проф. А.И. Овод

Вскармливание детей грудного возраста считается одним из сложных разделов педиатрии. Первый год жизни ребенка характеризуется быстрыми темпами роста и развития, в связи с чем проблема питания детей этого возраста является чрезвычайно актуальной. Современная теория рационального питания предусматривает поступление в организм не только достаточных количеств пищевых веществ, но их определенный качественный состав, соответствующий адаптационным возможностям ребенка, физиологическим особенностям желудочно-кишечного тракта, уровню обменных процессов. Теория сбалансированного вскармливания, была введена в диетологию А.А. Покровским в 1971 году, однако и в настоящее время она не утратила своего значения и продолжает развиваться [2].

При организации питания детей первого года жизни необходимо стремится максимально сохранять грудное вскармливание, своевременно вводить в рацион ребенка различные виды прикорма; при недостатке грудного молока обеспечить ребенку наиболее рациональное смешанное или искусственное вскармливание, учитывать индивидуальные особенности ребенка, состояние его здоровья. Поэтому с рождением ребенка для родителей наступает время разобраться в правильном выборе детского питания [1].

Цель нашего исследования изучение рынка детского питания для детей первого года жизни. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: разработать концепцию исследования, составить социально-демографический портрет потребителя детского питания, определить потребительские предпочтения, изучить ассортиментную структуру рынка детского питания.

Объекты исследования: потребители детского питания (50 человек), российский и региональный рынок детского питания для детей первого года жизни.

В ходе исследования были использованы социологический, структурный, маркетинговый, системный методы анализа. Материалом для исследования послужили

анкеты социологического опроса, официальные сайты производителей детского питания, каталоги продукции.

На первом этапе были проведены статистические исследования покупателя детского питания. Установлено, что это женщина в возрасте от 25 до 32 лет (52%) и до 25 лет (30%), с высшим (52%) или незаконченным высшим (30%) образованием, имеющая социальный статус – работающая (56%) или учащаяся (26%), проживающая в городе (88%), имеющая семейное положение – замужем (86%), оценивающая свое материальное положение как хорошее (60%), среднее (34%), ниже среднего (6%).

В ходе изучения потребительских предпочтений выявлено, что при покупке товаров данного ассортимента 64% респондентов предпочитают зарубежные фирмы-производители; 76% опрошенных приобретают данную группу товаров в специализированных магазинах для детей, 24% – в супермаркетах. Исследование данной группы товара показало, что детское питание для детей первого года жизни не представлено в ассортименте аптек курского региона. Респонденты отдают предпочтения следующим производителям: NAN (16%), Малютка (14%), Фрисо (14%), Нутрилон (10%), Нестожен (8%). Одним из важных факторов, влияющих на спрос, являются потребительские свойства. Установлено, что при выборе детского питания для опрошенных важное значение имеют такие свойства как: гипоаллергенность (82%), состав (80%), обогащенность витаминами и минералами (76%) и цена товара (64%).

На следующем этапе был проведен маркетинговый анализ ассортимента детского питания и выявлено, что данная группа включает: заменители грудного молока (смеси) (42,31%), каши безмолочные (11,69%), каши молочные (44,92%), каши, готовые к употреблению (1,08%).

В структуре ассортимента данной группы товаров по производственному признаку преобладают зарубежные фирмы 68,75%, основными из которых являются голландская фирма Nestle (12,29%), словенская фирма DrogaKolinska (8,26%), английская фирма Heinz (6,78%) и австрийская фирма Hipp (6,78%). Отечественные товары составляют 31,25%, лидерами которых являются «Нутритек» (5,9%), «Истра Нутриция» (4,45%), «ООО «Ивановский комбинат детского питания» (3,8%).

В структуре ассортимента детского питания по торговому наименованию преобладают зарубежные производители (64,86%), основными из которых являются «Bebi» (словенская фирма DrogaKolinska) (8,26%), «Heinz» (английская фирма-производитель Heinz) - и «HiPP» (австрийская фирма HiPP) по 6,78%, «Nutrilon» (голландская фирма Nutricia) (5,72%), «Friso» (голландский производитель Friesland nutrition) – (5,3%). Отечественные торговые наименования составляют 35,14%, значительную долю среди которых занимают:

«Умница» (ООО «Ивановский комбинат детского питания») (3,81%), «Малютка» (Истра-Нутриция) (3,38%), «Nutrilak» (Нутритек) (3,18%).

По результатам маркетингового анализа разработан ассортиментный контур целевого сегмента российского рынка – питание для детей первого года жизни (макроконтур), который представлен на рисунке 1.

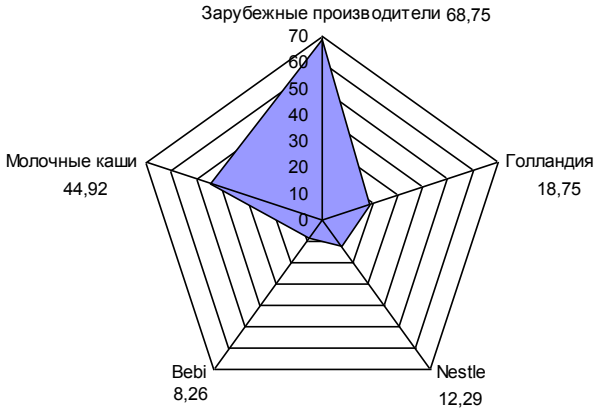


Рисунок 1 – Макроконтур целевого сегмента российского рынка – детское питание для детей первого года жизни, %

Макроконтур ассортимента имеет следующие характеристики:

по группе товаров – это молочные каши – 44,92%;

– зарубежного производства – 68,75%;

– поступают на российский рынок в основном из Голландии – 18,75%;

– основным производителем является компания Nestle – 12,29%;

– широко представленной торговой маркой является Bebi – 8,26%.

Таким образом, проведенные исследования показали, что потребители предпочитают детское питание зарубежных производителей, что влияет на ассортимент, представленный на региональном рынке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рекомендации по питанию детей грудного и раннего возраста /Н. Бате, К. Кобб, Д. Драйвер // Вопросы современной педиатрии. 2007. №1. С. 119 – 120

2. Конь, И.Я. Питание детей первого года жизни: современные представления / И.Я. Конь // Педиатрия. 2006. №1. С. 63 – 71

616.832-004.2(571.51)«2014»

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ДАННЫХ КАБИНЕТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2014 ГОД

Т.П. Ваганова, Д.Б. Дебёлая, А.С. Самойлова, А.А. Ильминская
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. М.В. Аброськина, к.м.н., доц. Г.В. Харламова

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание ЦНС, характеризующееся вариабельностью клинической картины, и поражающее, преимущественно, лиц молодого трудоспособного возраста. В мире насчитывается около 3 млн. больных РС, из них в России около 150 тысяч. Последнее время появились тенденции к росту заболеваемости РС как во всем мире, так и РФ. В среднем она возрастает от 2,0-2,2 до 3,4 случаев на 100 тыс. населения в год. Чаще это отмечается в центральных областях России, реже в Сибири и на Дальнем Востоке.

Впервые начато клинико-эпидемиологическое исследование РС в г. Красноярске – краевом центре Красноярского края. На 01.01.2013 г. численность населения г. Красноярска составляла 1 млн. 16 тыс. 385 чел.

Цель: проанализировать работу кабинета рассеянного склероза в Красноярском крае за 2014 г. Задачи: изучить гендерное соотношение пациентов, распределение больных по возрастам, по типам течения РС, по симптомам дебюта заболевания, наличию группы инвалидности.

Материалы и методы. Были ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов, посетивших кабинет РС ФГБУЗ СКЦ ФМБА России в 2014 году. Учетными признаками являлись пол, возраст, возраст начала заболевания, длительность заболевания, тип течения, симптомы начала заболевания, наличие установленной группы инвалидности. Анализ данных производили с помощью программы Statistica 9.0.

Результаты и обсуждение. В 2014 году кабинет РС посетило 389 больных с достоверным диагнозом РС (согласно критериям Мак Дональда), из 886 пациентов, состоящих на диспансерном учете в Красноярском крае на 01.01.2015г. Среди них количество женщин составило - 274 (70,4 %), мужчин 115 (29,6 %). Медиана возраста в общей группе составила 38 [30; 46], у мужчин 37 [28; 45], у женщин 38 [30; 46] года.

Медиана возраста к началу болезни составила 32 [25; 40] года. Средняя продолжительность заболевания к моменту анализа составила 4 [2; 8] года (от 1 до 23 лет). Распространенность РС в зависимости от возраста: до 19 лет -5 пациентов (1,3 %), от 20 до 29 лет - 91 пациент (23,4 %), от 30 до 39 лет - 122 пациента (31,4 %), от 40 до 49 лет – 103 пациента (26,4 %), от 50 до 59 лет – 56 пациентов (14,4 %), от 60 до 69 лет -11 пациентов (2,8 %) и от 70 до 79 лет – 1 пациент (0,3 %). Отчетливо видна высокая частота заболевания в возрастных группах от 20 до 49 лет, наибольшее число случаев зарегистрировано в группе 30 - 39 лет. Большое количество больных в возрасте от 40 до 71 года свидетельствует о длительности и доброкачественности течения заболевания.

В соответствии с принятой классификацией РС McDonald пациенты были распределены по разным типам течения заболевания: ремиттирующий тип РС отмечен у 270 (69,4 %) больных, вторично-прогродиентный – у 110 (28,3 %) пациентов, первично-прогродиентный – у 9 (2,3 %).

В ходе исследования уточнялись первые симптомы, расцениваемые в дальнейшем, как дебют заболевания. Моносимптомное начало заболевания отмечалось у 340 пациентов (87,4 %), из них: ретробульбарный неврит у 104 (30,6 %), двигательные нарушения у 100 (29,4 %), нарушения чувствительности у 80 (23,5 %), нарушения координации у 48 (14,1 %), НФТО у 8 (2,4 %). Полисимптомный дебют был выявлен в анамнезе у 49 пациентов (12,6 %). Наиболее часто, при полисимптомном начале, развивались двигательные и координаторные нарушения (у 8 пациентов); двигательные и чувствительные нарушения (также у 8 пациентов).

По наличию и степени утраты трудоспособности больные распределялись: отсутствие стойкой утраты трудоспособности – 110 чел. (28,3 %); I гр. инвалидности – 14 чел. (3,6 %), II гр. инвалидности – 46 чел. (11,8 %), III гр. инвалидности – 219 чел. (56,3 %).

Заключение: в результате анализа данных кабинета РС за 2014 г. было выявлено, что наибольшее количество обратившихся пациентов составляют лица молодого возраста, преимущественно женского пола (соотношение ж:м составляет 2,38:1 соответственно), преобладают больные с ремитирующим течением РС, в большинстве случаев заболевание пациентов, состоящих на учете, дебютировало с ретробульбарного неврита. Среди пациентов, посетивших кабинет РС в 2014 г. преобладали лица с III группой инвалидности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ распространенности рассеянного склероза в некоторых регионах Российской Федерации / Е. И. Гусев, И. А. Завалишин, А. Н. Бойко, Т. Д. Жученко // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. — Казань, 2001. — С. 66.

2. Завалишин И. А. Рассеянный склероз: современные аспекты этиологии и патогенеза / И.А. Завалишин, М.Н. Захарова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спец. выпуск «Рассеянный склероз». — 2003. — № 2. — С. 10-17.

3. Современная эпидемиология РС / Е.И. Гусев, А.Н. Бойко, И.А. Завалишин, О.В. Быкова // РС и другие демиелинизирующие заболевания: материалы международной конференции — Миклош, 2004. — С. 8-25.

4. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России / Е.И. Гусев, А.Н. Бойко, И.А. Завалишин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спец. выпуск «Рассеянный склероз». — 2002. — № 1. — С. 3-6.

5. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the international panel the diagnosis multiple sclerosis / N. McDonald, A. Compston, G. Edan // Ann. Neurol. — 2001. — V. 50. — P. 121-127.

УДК: 616.33/.34-002-053.2/.6(476.2)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. В. Валько, Т. С. Роговская
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: асс. С. К. Лозовик

Актуальность. В последние десятилетия сохраняется рост гастродуоденальной патологии среди детского населения. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки занимают от 50 до 60% общего числа заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

Многочисленные эпидемиологические исследования выявили связь возникновения гастродуоденальной патологии с Helicobacter pylori (Hp). Хеликобактерной инфекции подвержено около 60% населения планеты. Считается, что частота обнаружения хелибактериоза зависит от социально-экономического положения страны. Так в Бельгии она составляет 4,2 %, в Москве 69%, Минске 52%. Вариабельна частота обнаружения Hp при различных заболеваниях: у здоровых людей она составляет 10-12%, при хроническом гастрите – 80-100%, язвенной болезни ДПК – 85-95%, язвенной болезни желудка – 60–80%. Европейская группа гастроэнтерологов установила, что присутствие Hp увеличивает риск развития рака желудка примерно в 6 раз. Существующий длительные годы хеликобактерный

гастрит вызывает развитие атрофии и метаплазии, а в дальнейшем – неоплазии слизистой оболочки желудка, что диктует необходимость своевременной диагностики, адекватного лечения и динамического наблюдения пациентов с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта [2, 3].

Цель: изучить клинико-морфологические особенности гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в Гомельской области.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1) изучить особенности клинической картины хронических воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у девочек и мальчиков;

2) проанализировать результаты исследования биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка;

3) проанализировать данные ИФА на Нр;

4) определить роль наследственного фактора у детей с гастродуоденальной патологией;

5) оценить физическое развитие детей исследуемой группы.

Материалы и методы. Проанализировано 50 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении №1 УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница». Условием формирования группы было наличие в обследовании ребёнка ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, ИФА на Нр. Исследуемая группа - 50 детей в возрасте от 7 до 16 лет - разделена на 2 равновеликие подгруппы по половому признаку: 25 девочек и 25 мальчиков. При анализе данных учитывалось: наследственность, физическое развитие детей, особенности клинической картины, данные ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, ИФА - титр суммарных антител к Нр, наличие нарушений моторики верхних отделов ЖКТ.

Результаты. В исследуемой группе 38 (76%) детей проживают в городе (18 (72%) девочек и 20 (80%) мальчиков); 12 (24%) детей – сельские жители (7 (28%) девочек и 5 (20%) мальчиков).

Отягощенный по гастропатологии наследственный анамнез выявлен у 33 (66%) детей исследуемой группы, из них 16 (64%) девочек и 17 (68%) мальчиков. По мужской линии наследственный анамнез отягощен у 4 (16%) девочек и 8 (32%) мальчиков. По женской линий наследственный анамнез отягощен у 12 (48%) девочек и 11 (44%) мальчиков. Неотягощенный наследственный анамнез у 17 детей (9 (36%) девочек и 8 (32%) мальчиков).

При оценке физического развития детей с гастродуоденальной патологией в подгруппе девочек высокое физическое развитие выявлено у 5 (20%), среднее – у 4 (16%), выше среднего – у 6 (24%), ниже среднего – у 3 (12%), низкое – у 2 (8%), резко дисгармоничное – у 5 (20%). Физическое развитие гармоничное у 10 (40%), дисгармоничное

– у 15 (60%) девочек. В подгруппе мальчиков с гастродуоденальной патологией высокое физическое развитие выявлено у 5 (20%) детей, очень высокое – у 6 (24%), среднее физическое развитие – у 3 (12%), выше среднего – у 6 (24%), ниже среднего – у 1 (4%), резко дисгармоничное – у 4 (16%). Физическое развитие гармоничное у 10 (40%), дисгармоничное – у 15 (60%) мальчиков.

У детей исследуемой группы в ходе обследования выявлены гастриты, гастродуодениты, эзофагиты, нарушения моторики: гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) (табл.1).

Таблица – 1. Структура гастродуоденальной патологии у детей исследуемой группы

Патология	Девочки (25)	Мальчики (25)	Общее количество (50)
Гастрит	11 (44%)	11 (44%)	22 (44%)
Гастродуоденит	6 (24%)	6 (24%)	12 (24%)
Гастродуоденит, эзофагит, ГЭР	1 (4%)	6 (24%)	7 (14%)
Гастродуоденит, ДГР	5 (20%)	1 (4%)	6 (12%)
Гастродуоденит, эзофагит, ГЭР, ДГР	2 (8%)	1 (4%)	3 (6%)

В клинической картине хронических гастритов и гатродуоденитов болевой синдром присутствовал в 100 % случаев как у девочек, так и у мальчиков, диспептический синдром - в 88% среди мальчиков, в 76% среди девочек; астеновегетативный синдром в 40% среди девочек и у 12% среди мальчиков (табл. 2).

Таблица 2 – Клинические симптомы пациентов с гастродуоденальной патологией

Симптомы	Девочки (25)	Мальчики (25)	Общее количество (50)
Боли в животе без связи с приемом пищи	22 (88%)	18 (72%)	40 (80%)
Боли после еды	-	6 (24%)	6 (12%)
Боли в ночное время	1 (4%)	-	1 (2%)
Боли натощак	2 (8%)	1 (4%)	3 (6%)
Тошнота	12 (48%)	18 (72%)	30 (60%)
Изжога	13 (52%)	10 (40%)	23 (46%)
Горечь во рту	3 (12%)	1 (4%)	4 (8%)
Отрыжка	3 (12%)	7(28%)	10 (20%)

Головокружение	4 (16%)	-	4 (8%)
Головные боли	8 (32%)	3 (12%)	11 (22%)
Боли в области сердца	3 (12%)	-	3 (6%)

Результаты лабораторных методов исследования: в общем анализе крови у 11 (44%) девочек и 16 (64%) мальчиков, с гастритами и гастродуоденитами относительный лимфоцитоз, эозинофилия – у 3 (12%) девочек и 1 (4%) мальчика.

Для проведения скрининга на хеликобактерную инфекцию чаще используется серологический метод. Гистологический метод – наиболее объективный способ диагностики Нр-ассоциированных заболеваний, позволяющий не только обнаружить возбудителя, но и оценить степень воспаления слизистой оболочки желудка [3].

При гистологическом методе исследования Нр (+) выявлен у 12 (48%) девочек и 12 (48%) мальчиков; Нр (++) у 7 (28%) девочек и 4 (16%) мальчиков; Нр (+++) у 1 (4%) девочки и 3 (12%) мальчиков. Отрицательный результат у 5 (20%) девочек и у 6 (24%) мальчиков.

При серологическом методе титр суммарных антител к Нр 1:5 у 2 (8%) девочек и 1 (4%) мальчика; 1:10 – по 2 (8%) как у девочек, так и у мальчиков; 1:20 у 9 (36%) девочек и 6 (24%) мальчиков; 1:80 у 1 (4%) мальчика. Отрицательный результат у 27 (54%) детей.

Положительный результат обследования на Нр двумя вышеуказанными методами получен у 17 (34%) детей (9 девочек и 8 мальчиков); отрицательный результат у 5 (10%) человек. Результат: ИФА (+), биопсия (-) у 8 (16%) детей; ИФА (-), биопсия (+) у 20 (40%) детей исследуемой группы.

Морфологическая характеристика гастродуоденальной патологии: в биоптате слизистой оболочки антрального отдела желудка оценивали активность, выраженность процесса, обсемененность Нр. Основной показатель активности хронического гастрита – инфильтрация нейтрофилами. Активность может быть обусловлена также Т-лимфоцитами и другими эффекторными клетками, участвующими в повреждении ткани с разрушением желез. Лимфоцитарная инфильтрация коррелирует с выраженностью повреждения слизистой оболочки и обсеменённостью Нр. Оценка выраженности морфологических изменений более субъективна (табл. 3, 4).

Таблица 3 – Выраженность хронических гастритов у детей исследуемой группы

Выраженность	HP-	HP+	HP++	HP+++	Всего
Резко выраженные	-	1 (2%)	2 (4%)	1 (2%)	4 (8%)
Умеренно выраженные	1 (2%)	10 (20%)	7 (14%)	3 (6%)	21 (42%)

Слабо выраженные	8(16%)	13(26%)	2(4%)	-	23 (46%)
Обычного гистологического строения	2 (4%)	-	-	-	2 (4%)
Всего	11 (22%)	24 (48%)	11 (22%)	4 (8%)	50 (100%)

Таблица 4 – Активность хронических гастритов у детей исследуемой группы

Активность	HP-	HP+	HP++	HP+++	Всего
Высоко активные	2(4%)	5(10%)	1(2%)	-	8(16%)
Средне активные	-	2(4%)	4(8%)	4(8%)	10(20%)
Низко активные	-	6(12%)	4(8%)	-	10(20%)
Неактивные	7(14%)	11(22%)	2(4%)	-	20(40%)
Слизистая оболочка обычного гистологического строения	2(4%)	-	-	-	2(4%)
Всего	11(22%)	24(48%)	11(22%)	4(8%)	50(100%)

В подгруппе девочек чаще встречаются слабо выраженные, неактивные гастриты ассоциированные с Нр (+); у мальчиков чаще встречаются умеренно выраженные, неактивные гастриты ассоциированные с Нр (+).

Выводы:

1) Отличительных особенностей клинического течения гастродуоденальной патологии в подгруппах девочек и мальчиков не выявлено; преобладают болевой абдоминальный и диспептический синдромы.

2) По результатам морфологического исследования наиболее часто встречаются слабо и умеренно выраженные, неактивные гастриты, ассоциированные с Нр (+).

3) В большинстве случаев при ИФА титр суммарных антител к Нр отрицательный.

4) Более чем у половины детей исследуемой группы имеет место отягощённая по гастропатологии наследственность; по мужской линии наследственность отягощена в 2 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

5) В исследуемой группе преобладают городские дети, физическое развитие которых среднее, выше среднего и высокое, дисгармоничное за счёт избыточной массы тела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А. А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А. А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1. – № 1. – С. 12-16.
2. Гастроэнтерология детского возраста / под ред. С.В. Бельмера, А.В. Хавкина. – М.: Медпрактика-М, 2003. – Т.2. – 360с
3. Назаренко, О. Н. Обследование, лечение и реабилитация детей с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта : учеб.-методичсекое пособие / О. Н. Назаренко, С. Э. Загорский. – Минск, 2008. – 28с.

УДК 616-073.4-8.346.2-002.1

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

К.А. Вахидова, Е.А.Уварова
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научные руководители: д.м.н., проф. В.А. Белобородов, к.м.н., доц. Е.А. Кельчевская

Острый аппендицит (ОА) по-прежнему занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний, требующих неотложного оперативного лечения. Число аппендэктомий по отношению к другим экстренным операциям на органах брюшной полости достигает 50 % [4]. Актуальность вопросов диагностики и лечения ОА обусловлена стабильно высоким числом диагностических ошибок и необоснованных или запоздалых операций (35-45%), показателями летальности [5]. Частота послеоперационных осложнений после напрасных аппендэктомий выше, чем при деструктивных аппендицитах.

Анатомо-физиологические особенности илеоцекальной зоны в части случаев определяют трудности диагностики и запоздалую хирургическую помощь. Трудности диагностики также обусловлены разнообразием клинических и морфологических проявлений заболевания, отсутствием патогномоничных клинических симптомов и лабораторных показателей, особенностями течения заболевания у лиц разного возраста и гендерных особенностей.

Внедрение в практику современных инструментальных методов исследования (ультразвукового, компьютерной томографии, диагностической лапароскопии) позволяет значительно улучшить диагностику и снизить количество неблагоприятных исходов лечения ОА.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) рассматривается как достаточно информативный метод, к преимуществам которого относятся доступность, неинвазивность, возможность использования в динамике, отсутствие противопоказаний, быстрота получения информации [1, 3, 7, 8].

В Европейских странах УЗИ позволяет визуализировать червеобразный отросток у 70-80 % обследованных. Данные о точности ультразвуковой диагностики в нашей стране разноречивы. По результатам ряда исследователей, чувствительность метода колеблется в пределах 74-95 %, специфичность – 47,0-99,1 % и точность 71-98,3 % [1, 3]. По данным других авторов, точность диагностики составляет 50-63,3 % [2] или ниже 50 % [6]. Полезность рутинного УЗИ при ОА в настоящее время дискутируется [5]. Информативность повышается при цветном допплеровском картировании. В частности, дополнительно выявляется гиперваскуляризация стенки отростка на начальных стадиях воспаления.

Целью исследования являлось уточнить возможности УЗИ в диагностике ОА по материалам отделения неотложной хирургии городской больницы, оказывающей круглосуточную экстренную помощь.

Проведен ретроспективный анализ результатов УЗИ у 121 больных с подозрением на ОА, что составило 82,3% от числа оперированных за данный период (147 больных).

Результаты УЗИ сопоставлены с заключениями морфологического исследования червеобразного отростка, изучена зависимость их от формы ОА.

Основным признаком ультразвуковой диагностики ОА является визуализация червеобразного отростка в виде трубчатой слепо заканчивающейся структуры повышенной эхогенности и отсутствием перистальтики. Наружный диаметр его должен быть более 6 мм, толщина стенки более 2 мм со слоистыми контурами. При дозированной компрессии отросток ригиден.

К косвенным признакам относится увеличение диаметра и утолщение стенок слепой, восходящей и подвздошной кишки, наличие жидкости в правой подвздошной ямке, малом тазу и других отделах брюшной полости [2].

По данным проведенного анализа, у 10 (8,5 %) больных был простой аппендицит, у 73 (62,4 %) – флегмонозный, у 10 – гангренозный, у 2 (1,7 %) - аппендикулярный инфильтрат и у 26 (21,5 %) больных при гистологическом исследовании признаков воспаления в удаленном отростке обнаружено не было.

При УЗИ простой аппендицит не был визуализирован ни у одного больного, при «вторичном» аппендиците на фоне пельвиоперитонита в малом тазу обнаружена свободная жидкость.

При флегмонозной форме воспаления в червеобразном отростке прямые ультразвуковые признаки острого аппендицита были выявлены у 7 (9,6 %) больных, косвенные (свободная жидкость в правой подвздошной области и малом тазу) – у 23 (31,5 %). У 43 (58,9 %) больных при УЗИ брюшной полости получен ложноотрицательный результат.

У 12 (9,9 %) больных выявлены сопутствующие хронические заболевания органов брюшной полости.

Гангренозный аппендицит у 4 из 10 больных был осложнен перфорацией отростка, причем у одного больного перфорация наступила в момент операции. Визуализация отростка в виде неоднородных гиперэхогенных структур, окруженных полосками жидкости в 14 и 7 мм, отмечена у 2 больных. Косвенные признаки аппендицита, преимущественно наличие свободной жидкости обнаружены у 6 больных: в правой подвздошной области (5), в малом тазу (2) и под печенью – у 1 больного. У 2 больных отмечен ложноотрицательный результат.

Аппендикулярный инфильтрат диагностирован у 2 больных по характерным данным клинико-лабораторного и УЗИ, при котором определялись эхонеоднородные структуры размерами 30х26х35 мм и 42х62 мм. Больные не были оперированы, абсцедирование инфильтрата исключено при компьютерной рентгеновской томографии.

Истинно отрицательный результат УЗИ был отмечен у 19 (73,1 %) из 26 больных, у которых при морфологическом исследовании червеобразного отростка не выявлено признаков воспаления. В тоже время, у 7 (26,9 %) больных при эхолокации были отмечены косвенные признаки аппендицита (свободная жидкость в правой подвздошной области, утолщение стенки слепой кишки, трубчатая структура), что могло явиться причиной активной лечебной тактики.

Причинами низких показателей достоверности УЗИ являются невозможность выполнения прямой эхолокации отростка при нетипичном (ретроцекальном, ретроперитонеальном, тазовом) его расположении, сложность визуализации катаральных изменений в отростке, что соответствует данным других исследований [5].

На результаты исследования влияют также отсутствие отработанной методики обследования и общепринятых протоколов УЗИ при ОА, зависимость результатов от квалификации врача дежурной бригады.

Таким образом, ретроспективный анализ диагностических возможностей УЗИ, по нашим данным, показал неэффективность метода при простом аппендиците.

При деструктивных формах ультразвуковые признаки ОА были выявлены в 47,1 %, а в 52,9% случаев результат был ложноотрицательный. Наиболее информативным

исследование было при осложненных формах аппендицита и аппендикулярном инфильтрате.

Применение УЗИ не исключает вероятность необоснованных операций, которые составили 21,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белобородов, В. А. Ультразвуковое исследование в сложных дифференциально-диагностических случаях острого аппендицита / В. А. Белобородов, В. Г. Мясников // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. – Иркутск, 2001. - № 3 (17). – С 117-119.
2. Каманин, А. А. Современные медицинские технологии, используемые для диагностики острого аппендицита / А. А. Каманин // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова. – 2011. – Том XVIII. № 1. – С. 57-59.
3. Касимов, Р. Р. Современное состояние диагностики острого аппендицита / Р.Р. Касимов, А. С. Мухин // Современные технологии в медицине. - 2013. – Том 5. - № 4. – С. 112-117.
4. Современные аспекты лечения острого аппендицита / А.В. Дубровский, А.И. Ковалев, Д.Ю. Петров, А.В. Смирнов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Том 6. – № 3. – С. 375-384.
5. Сорока, А. К. Лапароскопия в проведении клинических и морфологических параллелей аппендэктомий / А. К. Сорока // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - № 1. - С. 12-15.
6. Тимербулатов, В. М. К дискуссии о лечебной тактике при остром аппендиците / В. М. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов // Хирургия. - 2014. - № 4. – С. 20-22.
7. Benjamin, I.S. Managing acute appendicitis / I.S. Benjamin, A.G. Patel // BMJ: British Medical Journal: International Edition. - 2002. - Т. 325. - № 7363. - С. 505-506.
8. Prospective evaluation of diagnostic modalities in suspected acute appendicitis / Tepel Ju., Sommerfeld A., Klomp H.Ju., Kapischke M., Eggert A., Kremer B. // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2004. - Т. 389. - № 3. - С. 219-224.

УДК: 61:658.114:005.511

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ СТРАТЕГИЙ РАЗВИТИЯ БИЗНЕСА В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.КРАСНОЯРСК.

Велиева А.Д.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра экономики и менеджмента
Научный руководитель: доц. Н.Н. Гнедых

Современные тенденции, происходящие в сфере отечественного здравоохранения, предполагают рациональное использование всех имеющихся ресурсов с ориентацией на оптимальные конечные результаты. Медицинские организации, обладая определенным потенциалом, функционируют во внешней окружающей среде, которая воздействует в свою очередь, на организацию и результаты ее деятельности. Спрос на качественные медицинские услуги, на быструю и своевременную помощь, без очередей и долговременных записей к узким специалистам, обусловил активный рост частных клиник, специализирующихся как в узком (например, стоматологические или гинекологические клиники и пр.), так и в широком (многопрофильные медицинские центры) сегменте. В условиях усиливающейся конкуренции среди частных медицинских учреждений крайне важными становятся грамотное управление и четкое видение актуальной стратегии развития. Данными факторами обусловлена актуальность выбранной для исследования темы.

Целью исследования является рассмотрение типов стратегий развития бизнеса частных медучреждений в г.Красноярске.

Частная медицина в нашем городе зародилась немногим более 20 лет назад, до этого альтернативы государственной медицине в нашей стране не было. Практикующие врачи, пришедшие в этот бизнес, открывали свои кабинеты, первые медицинские кооперативы. Первыми появились гинекологические, офтальмологические и лор-кабинеты. Постепенно врачи-бизнесмены расширялись: прием велся уже не в одном, а в нескольких кабинетах. Часть этих врачей, оказавшиеся наиболее успешными, открыли полноценные клиники. Однако частная медицина в полноценный отдельный рынок выделилась только в последние десять лет. Именно в это время открылось множество новых клиник. Направления, по которым стали работать частные клиники, увеличились, теперь их в клинике может быть до нескольких десятков. Сегодня в этом секторе проводят и серьезную диагностику, и сложные операции. В медицинском бизнесе появились непрофильные инвесторы, сюда вливаются солидные инвестиции.

На рынке частной медицины сегодня в нашем городе работают порядка 100 клиник. Исследования лаборатории ИНВИТРО показали, что большая часть клиник, а именно около 85% от всего их количества, сосредоточена на левобережье города Красноярска. По количеству клиник районами-лидерами являются Советский, Центральный и Октябрьский.

Типичная красноярская частная клиника занимает помещение площадью 350-450 кв. м. В среднем в ней работают 10 - 20 врачей. Принять такая клиника за год может в среднем до 5000 пациентов.

Клиники разделяются на многопрофильные и узкоспециализированные. Только порядка 20% представленных в Красноярске клиник оказывают широкий спектр услуг. Остальные клиники узкоспециализированные. В узкоспециализированном сегменте безусловное лидерство держится за такими направлениями, как гинекология, стоматология и офтальмология. Обусловлено большое количество узкоспециализированных клиник тем фактором, что такая клиника обходится инвестору в двадцать раз дешевле, чем универсальная. Во-первых, универсальная клиника требует гораздо больших затрат на оборудование. Во-вторых, чем больше услуг клиникой оказывается, тем сложнее становится процедура лицензирования медицинской деятельности, ведь оформление документов осуществляется на каждый вид услуг. Для каждого вида деятельности существуют свои требования и нормы, необходимые к соблюдению и отражению в документах. За счет более низких инвестиционных вложений, окупается узкоспециализированная клиника значительно быстрее.

Стоимость современного диагностического оборудования составляет от 1 млн. рублей. При этом раз в пять лет надо производить полную замену оборудования. Без этих инвестиций частная медицина не сможет конкурировать с государственной. Годовой оборотКрупной частной клиники достигает более 30 млн. руб. По статистике, каждый десятый красноярец хотя бы раз в год обращался в частную клинику. За последние пять лет число клиентов частных клиник выросло примерно в два раза. Если раньше в частную клинику приходили в основном пациенты с уровнем дохода выше среднего, то сейчас примерно 60 - 70% пациентов - представители среднего класса. Руководители клиник разделяют своих клиентов на постоянных и тех, кто приходит за разовой услугой. Доля постоянных клиентов в общем потоке составляет примерно 30 - 40%. Хотя массовым спрос на услуги частных медицинских клиник назвать пока трудно. В среднем одно посещение врача обходится пациенту в 600 - 800 руб. Стоимость лечения с учетом анализов и диагностики обходится от 5 тыс. рублей и выше. Нередки случаи, когда родители приводят на прием в частную клинику детей, при этом сами продолжают посещать муниципальные медицинские учреждения.

Рост рынку последнее время обеспечивали не только частные, но и корпоративные клиенты. Руководители предприятий среднего и особенно крупного бизнеса стали в качестве бонусов наряду с абонементами в бассейны и фитнесс - залы предлагать своим сотрудникам полисы ДМС. К руководителям крупных компаний пришло понимание, что

вкладывать в работника деньги надо, пока он здоров. Такие вложения возвращаются высокой производительностью труда, снижением потерь от болезней сотрудников. Плюсы добровольной страховки для компаний: во-первых, предприятие получает 3%-ную налоговую льготу, а во-вторых, полис ДМС повышает лояльность сотрудника к компании. Новые ДМС-клиенты в клинику приходят не только через страховые компании. Часто представители клиник самостоятельно выходят на руководителей некоторых крупных предприятий и рассказывают им, какие преимущества имеет полюс ДМС. Однако сейчас трудно прогнозировать, насколько ДМС будет востребовано в условиях кризиса, когда компании оптимизируют расходы, сокращают сотрудников. Вполне вероятно, что в условиях кризиса предприятия будут урезать расходы на ДМС в первую очередь.

В настоящее время в Красноярске стабильно работают 26 медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края и оказывающих урологические и гинекологические услуги. Для города с населением более миллиона человек, из которых 53% составляют женщины, конкуренция не достигает высокой концентрации. Учитывая, что постоянные пациенты клиники приносят, как правило, всего около 30% дохода, а остальные доходы дают разовые посещения (диагностика, разовые консультации, обращения при острых течениях заболеваний), одним из определяющих факторов доходности является не только качество обслуживания, но и территориальная расположенность. Так, например, клиника, расположенная на правобережье города, имеет намного меньшее количество прямых конкурентов в силу более низкой концентрации медицинских частных учреждений в этой части города.

Одной из таких клиник, осуществляющих деятельность в районах правобережья города, является Андро-гинекологическая клиника. Это первое частное медицинское учреждение подобного рода в городе и крае. С момента открытия, с 1997 года, в клинике сложилась четкая концепция диагностики, лечения и профилактики при нарушениях мужского и женского здоровья. Клиника своей основной задачей определяет оказание специализированной высококвалифицированной помощи жителям города и края. Для этого постоянно внедряются современные технологии лечения и диагностики, уделяется внимание повышению квалификации специалистов клиники.

Андро-гинекологическая клиника – организация, осуществляющая медицинскую деятельность на основе частной формы собственности. Применительно к таким организациям Гражданский кодекс РФ оперирует понятиями “юридическое лицо” и “организационно-правовая форма”. Юридическим лицом, согласно ч. 1 ст. 48 ГК РФ, признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или

оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде. Термином "организационно-правовая форма" объединены различные виды предприятий и организаций.

Для Андро-гинекологической клиники учредители выбрали распространенную форму - общество с ограниченной ответственностью (ООО). Создание, деятельность и прекращение существования ООО регулируются Федеральным законом от 08.02.1998 № 14-ФЗ "Об обществах с ограниченной ответственностью". Согласно ст. 2 Закона обществом с ограниченной ответственностью признается учрежденное одним или несколькими лицами хозяйственное общество, уставный капитал которого разделен на доли определенных учредительными документами размеров. Участники общества не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости внесенных ими вкладов.

Главный врач ООО «Андро-гинекологической клиники» - Харитонов Сергей Владимирович, Член Российского общества урологов, Член Евро-азиатской ассоциации сексологов, врач андролог-уролог. Общий стаж работы в медицине 30 лет. Из них 10 - заведующий отделением ГКБ №4, 15 лет- гл. врач ООО «Андро-гинекологической клиники».

Главный врач участвует в проведении занятий по повышению квалификации медицинского персонала по своей специальности. Планирует работу клиники и вместе с директором анализирует показатели его деятельности. Обеспечивает своевременное и качественное оформление медицинской и иной документации в соответствии с установленными правилами. Проводит санитарно-просветительную работу. Соблюдает правила и принципы врачебной этики и деонтологии. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям. Систематически повышает свою квалификацию.

В структуру клиники входят: врач маммолог, иммунолог-вирусолог, терапевт, эндокринолог, санолог, невропатолог - мануальный терапевт, физиотерапевтическое отделение, клиническая лаборатория,.

ООО «АГК» осуществляет деятельность в соответствии с законодательством РФ, имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности, уплачивает установленные

законодательством налоги, имеет ежегодную прибыль, направляемую на финансирование деятельности.

Основные направления работы клиники проводятся в области гинекологии (лечение бесплодия, планирование беременности, лечение патологии шейки матки, воспалительных заболеваний, ранняя диагностика фоновых, онкологических заболеваний шейки матки, придатков, молочных желез и пр.), андрологии – урологии (мужское бесплодие, секс-эректильная дисфункция, воспалительные заболевания мочевого пузыря, почек, патология простаты (аденома простаты), патология полового члена (болезнь Пейрони, фимоз), мужской климактерический синдром (Гипогонодизм)), а так же проктологии (ректороманоскопия, диагностика заболеваний прямой кишки (геморрой, трещины, полипы, рак, колит и др.), радиоволновое удаление новообразований ректальной области, иссечение трещины, дезартеризация геморроидальных узлов).

Так же клиника проводит ультразвуковую диагностику (все виды УЗИ).

В клинике производится забор всех видов анализов, без очередей и предварительной записи.

Специалисты клиники работают на современном оборудовании, используя новейшие технологии в диагностике и лечении.

Однако, прежде чем это все воплотилось, была проделана огромная работа по разработке и внедрению современных стратегий развития. В организации работы использовались самые современные технологии совершенствования управления медицинским учреждением, которые уже прошли апробацию в зарубежных и отечественных клиниках и были успешно внедрены во многих частных медицинских заведениях, работающих и сегодня.

В целях разработки стратегии развития андро-гинекологической клиники использовались в качестве перспективных организационно-управленческих технологий принципы структурной реорганизации (заключалось в развитии направлений видов деятельности, ориентированных на потребности пациентов), повышения качества оказываемой медицинской услуги на основе разработки и внедрения системы управления качеством, стимулирование разработки и внедрения новых технологий, наращивание конкурентных преимуществ за счет инновационного развития клиники на основе усиления взаимодействия с учебными кафедрами. В основу совершенствования работы структурных подразделений был положен процессный принцип управления, предусматривающий внутреннюю регламентацию процессов и процедур, определяющих эффективность лечебно-диагностического процесса, а так же использования ресурсной базы. С медицинским персоналом работа строилась с использованием принципов концепции управления

человеческими ресурсами. Данная концепция подразумевает отношение к персоналу как к наиболее ценному ресурсу клиники, нуждающемуся в постоянных капитальных вложениях для дальнейшего профессионального роста, обеспечения нормальных условий работы.

Основные направления развития клиники отбирались экспертным методом. Были созданы комиссии, которые включали руководителей разного уровня, в качестве основного метода был использован мозговой штурм и обсуждение предложенных альтернатив с целью выработки согласованного решения.

Для решения поставленных задач в среднесрочной перспективе были сформулированы следующие стратегии развития учреждения: структурная реорганизация, проведение кадровой политики, развитие инновационного потенциала, повышение эффективности системы управления.

В рамках стратегии структурной реорганизации были созданы собственная клиническая лаборатория, физиотерапевтическое отделение. Забор всех видов анализов, без очередей и предварительной записи, позволил значительно увеличить доходность клиники, как за счет дополнительного вида деятельности, так и за счет увеличения количества постоянных клиентов. Отделение физиотерапии позволило увеличить лояльность клиентов к клинике, одновременно расширив спектр услуг. Приобретение современного оборудования привело к росту производительности труда, увеличению фондоотдачи, росту качества услуг.

Проведение кадровой политики было сфокусировано вокруг вопросов повышения качества, как обслуживания, так и услуг. Был проведен мониторинг качества путем системы «тайный посетитель клиники», определены проблемные стороны, проведены тренинги персонала по вопросам разрешения конфликтных ситуаций, уделялось внимание повышению квалификации врачебного персонала.

Система управления была проверена на эффективность. Были выявлены следующие негативные моменты: чрезмерная авторитарность руководства, слабая корпоративная культура, разрозненность членов коллектива. Руководитель был направлен на бизнес-тренинг «Эффективный руководитель». Была проведена работа по сплочению коллектива, внедрена система морального поощрения. В результате улучшился морально-психологический климат.

В российской экономике сложилась кризисная ситуация, обусловленная рядом факторов, таких как: обострение внешних политических и, как следствие, экономических связей (санкции со стороны США и ЕС); падение курса рубля по отношению к иностранной валюте; снижением цены на нефть. Сегодня уже наблюдаются сокращения работников, закрытие многих коммерческих предприятий и организаций. Среднедушевые денежные доходы в 2014 году в Красноярском крае составляли около 25 тыс.рублей, в 2015 году рост

среднедушевых доходов сомнителен, при этом рост товаров народного потребления за последнее полугоде значителен, таким образом финансовое положение среднестатистического жителя ухудшается. С одной стороны, в условиях кризиса снижается риск усиления конкуренции, поскольку вхождение в отрасль требует значительных инвестиций. С другой стороны, снижение уровня жизни населения может несомненно отрицательно сказаться на доходах клиники. В этих условиях важно не только не потерять постоянных клиентов, но и постараться остаться привлекательными для того основного сектора пациентов, которые приходят в клинику разово или в случае крайней необходимости. Конечно, в частную клинику идут люди, имеющие стабильный доход. Кроме того, в условиях кризиса и стресса могут обостриться те или иные хронические заболевания. Поэтому при грамотном управлении в кризис не обязательно происходит потеря клиентов, не исключена вероятность даже некоторого увеличения пациентов.

В кризисной ситуации приходится действовать в условиях высокой неопределенности, дефицита времени и ресурсов. При разработке стратегии развития клиники в современных условиях основная задача — обеспечить в первую очередь предложение таких услуг, которые пользуются наибольшим и устойчивым спросом на рынке и приносят клинике основную массу прибыли. При разработке новой стратегии развития необходимо уделить особое внимание ценовой политике (сделать ее более гибкой, цены максимально привлекательными), снижать себестоимость; искать, как сэкономить на накладных расходах; установить жесткий контроль за финансовыми потоками.

Кризис — это время больших возможностей. Известно, что спад — это время передела рынка: кто-то теряет свои позиции и уходит с рынка, а кто-то захватывает эти позиции. Каждая клиника, вероятно, что-то теряет в условиях кризиса, но и у каждой в это же время появляются новые возможности. Нужна новая разумная стратегия поведения, которая не будет сводиться к попытке компенсировать неизбежные потери ценами, а станет ориентироваться на использование открывающихся на рынке больших возможностей, ведь эти возможности сумеют использовать только те медицинские учреждения, которые окажутся в состоянии приспособиться к новым условиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов, Е. Главная ценность - пациент [Текст] / Евгений Аветисов ; беседовал Владислав Дорофеев //Огонек. - 2014. - № 12. - С. 36-37

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 22.10.2014)

3. Машегов, А. Частные медицинские клиники / А. Машегов, , Ю. Спирина // Деловой квартал - Красноярск : журнал для бизнеса и карьеры. - 2014. - № 12.
4. Официальный сайт АГК / http://agk24.ru/
5. Тюшевская, О. Помощь оказана [Текст] / О. Тюшевская // Стандарты и качество. - 2014. - № 4. - С. 92-93
6. Федеральный закон от 08.02.1998 N 14-ФЗ (ред. от 05.05.2014) "Об обществах с ограниченной ответственностью"

УДК: 616.006.082

ОЦЕНКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

М.В. Вельман, Н.А. Байшева
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Факультет медицинской кибернетики и управления здравоохранением
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Ю. Сенченко

В структуре смертности от злокачественных новообразований более 30% занимают лица в возрасте моложе 60 лет, что свидетельствует о чрезвычайно высокой социальной значимости ранней диагностики, профилактики и лечения онкологических заболеваний.

Улучшение здоровья населения и демографических показателей является национальной стратегической целью, решать которую в сфере здравоохранения планируется путем повышения доступности и качества медицинской помощи. Существующие финансово-экономические механизмы, организационно-правовые формы и структура сети здравоохранения пока не обеспечивают необходимых уровней доступности и качества медицинской помощи, особенно для населения малых городов и сельской местности, снижают эффективность управления ресурсами и сдерживают структурные изменения в отрасли. Реализуемая в настоящее время широкомасштабная программа модернизации регионального здравоохранения призвана решить ряд существующих проблем.

Известно, что основная работа по раннему выявлению онкологических заболеваний ложится на общую лечебную сеть. Снижение запущенности в свою очередь предполагает соответствующее оснащение, подготовленность кадров, а также разнообразие форм организации работы. В настоящие время результаты деятельности медицинских учреждений

общего профиля по активному выявлению злокачественных новообразований не вполне соответствуют диагностическим возможностям современной медицины.

Оценка эффективности реализуемых противораковых мероприятий, научно обоснованное планирование и успешное управление онкологической службой, а также решение научных, практических и других задач невозможно без четко налаженной системы учета и своевременно поступающей для анализа информации.

В 2012 г. в онкологических учреждениях России среди всех выявленных в отчетном году злокачественных новообразований 51,8% (262 707 опухолей) были пролечены по радикальной программе, радикальное лечение 11,3% опухолей (57 132) не было закончено и будет продолжено в 2013 г. Отношение числа опухолей, лечение которых закончено, к числу опухолей I-III стадии, составило 72,0%. Отношение числа опухолей, радикальное лечение которых будет продолжено и не проводилось по причине отказа больного или противопоказаний, к числу опухолей, подлежащих радикальному лечению, составило в 2012 г. 99,3%.

В 2012 г. 13 254 опухоли не были радикально пролечены по причине отказа больного (опухоли I-II стадии составили 42,2%), что составило 2,6% общего числа вновь выявленных опухолей и 3,6% опухолей I-III стадии.

Существенные различия наблюдаются в величине показателей завершенности лечения разных нозологических групп злокачественных новообразований. Как и прежде, низким остается удельный вес закончивших радикальное лечение при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов, легкого, пищевода, желудка, поджелудочной и предстательной желез. Несколько более высокий процент закончивших специальное лечение в полном объеме отмечен в группе больных со злокачественными опухолями молочной железы, шейки и тела матки, щитовидной железы, губы и с меланомой кожи.

Удельный вес хирургического метода как самостоятельного вида лечения составил 50,4% (2011 г. - 49,5%), доля наиболее эффективного комбинированного или комплексного метода − 32,9% (2011 г. - 31,8%), доля лучевого метода - 11,3% (2011 г. – 13,2%).

Высокие показатели применения хирургического метода в качестве самостоятельного вида радикального лечения отмечены при раке почки (89,3%), щитовидной железы (86,1%), ободочной кишки (70,8%), желудка (69,1%), мочевого пузыря (63,1%), соединительной и других мягких тканей (62,1%), поджелудочной железы (61,5%), кожи (кроме меланомы) (60,3%), прямой кишки (55,8%), при меланоме кожи (79,7%).

Показатель частоты применения лучевого метода в качестве самостоятельного вида лечения преобладал при злокачественных опухолях губы (56,9%), кожи (кроме меланомы) (36,3%), шейки матки (31,0%), гортани (27,4%), глотки (25,6%), полости рта (24,0%).

Лекарственная терапия как самостоятельный метод противоопухолевого лечения применялась при злокачественных новообразованиях лимфатической и кроветворной ткани, лейкемиях (96,4%), лимфомах (65,7%).

Комбинированный или комплексный метод использовался в наибольшем объеме при лечении злокачественных новообразований яичника (77,2%), молочной железы (70,0%), тела матки (56,7%), гортани (47,7%), печени (45,5%), полости рта (43,0%), костей и суставных хрящей (42,7%),предстательной железы (42,0%), легкого (41,8%), прямой кишки (41,1%), поджелудочной железы (38,5%), глотки (37,7%), соединительной и других мягких тканей (36,9).

Химиолучевой метод в качестве самостоятельного вида лечения в среднем применялся у 2,1% больных. Наиболее высокие показатели использования этого метода отмечены при лечении злокачественных новообразований глотки (28,9%), полости рта (16,0%), шейки матки (10,3%), гортани (8,1%), трахеи, бронхов, легкого (7,3%), пищевода (5,8%), лимфом(16,4%).

Показатель применения хирургического метода лечения в комбинации с другими методами в целом по России составил 83,3%.

Лучевой метод в сочетании с другими методами нашел применение при лечении 13,4% злокачественных новообразований, в основном губы (57,8%), глотки (54,5%), шейки матки (41,3%), полости рта (40,0%), гортани (35,5%), пищевода (20,8%).

Лекарственный метод в сочетании с химиолучевым в основном использовался при лечении злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани (88,8%).

Отношение числа больных, лечившихся только амбулаторно, к общему числу закончивших радикальное лечение, характеризует возможности онкологических диспансеров в развитии и применении перспективных схем амбулаторной лекарственной и лучевой терапии. Эти схемы предусматривают существенное снижение затрат на лечение при полном сохранении его эффективности и являются щадящими в отношении психоэмоционального состояния пациентов. В 2012 г. в России данный показатель составил 13,9% (2011 г. - 14,2%).

Общее число больных, закончивших в течение 2012 г. лекарственное лечение (независимо от стадии заболевания и времени взятия на учет), составило 207 215 (6,9% от числа больных, состоящих на учете; 2011 г. - 6,3%), из них 12,5% (25 952) больные со злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной ткани.

Общее число больных, закончивших в течение 2012 г. лучевое лечение (независимо от стадии заболевания и времени взятия на учет), составило 109 006 (3,6% от общего числа больных, состоящих на учете; 2011 г. - 4,0%).

Таким образом, можно говорить об относительно стабильной специализированной онкологической помощи населению России. В ряде случаев неоправданно широкое применение только лучевого, химиолучевого или только хирургического метода лечения не может расцениваться как адекватное современным представлениям об оптимальных схемах лечения больных с солидными злокачественными новообразованиями, а, скорее всего, является проявлением субъективизма в определении радикальности лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артемьева Г.Б., Гехт И.А., Манухина Е.В. Комплексная оценка качества медицинской помощи в системе управления деятельностью медицинских организаций. // Методические рекомендации. Рязань. - 2011. – С. 20.
2. Колиева Г.Л., Воробьев П.А., Лукъянцева Д.В. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении //Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - № 3-4. - С. 3-7.
3. Колосницына М. Г., Шейман М. М. Экономика здравоохранения. // М.: ГУ ВШЭ. - 2009. – С. 49.
4. Лукьянцева Д.В. Прошлое, настоящее и будущее медицинских стандартов //Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - № 8. - С. 3-7.
5. Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А. Стандартизация медицинских технологий: вчера, сегодня, завтра //Фармацевтическая служба. - 2007. - № 9. - С. 50-52.
6. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения. // М.: Медицинское информационное агентство. - 2006. – С. 472.

УДК: 616.12-008.313-053.2/.6:616.33/3.342-036.12

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю.В. Венгертнер

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель асс. Т. Е. Бубневич

Актуальность темы. Первое место, в структуре заболеваемости кардиологической патологией детского возраста по Гомельской области, занимают нарушения ритма (НРС).

Патология верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) может приводить к функциональным расстройствам сердечно-сосудистой системы (ССС), возникающим опосредованно через вегетативную нервную систему (ВНС) [1, 2].

Симпатическая и парасимпатическая нервная система динамически взаимодействуют друг с другом, согласованно регулируя работу сердца и обеспечивая высокий уровень адаптации ритма сердца к потребностям организма. Дисбаланс в этом взаимодействии, возникающий при хронических заболеваниях верхнего отдела ЖКТ, способен приводить к функциональным нейрогенным нарушениям ритма и проводимости сердца [3, 4]. У детей встречаются те же многочисленные нарушения ритма сердца, что и у взрослых. К этим нарушениям относят и рефлекторные, возникающие по типу висцеро-висцеральных рефлексов. Во многих случаях такие аритмии принято считать временными, разрешающимися самопроизвольно при достижении ремиссии основного заболевания.

Нередко различные формы НРС у детей протекают бессимптомно, то есть, нет жалоб, неприятных ощущений. Поэтому крайне актуальным становится раннее выявление любых аритмий сердца у детей – определение их сложности, прогностической значимости и разработки адекватной тактики лечения и наблюдения за данной группой пациентов [4, 5].

Таким образом, пациенты, особенно подростки, с аритмическим синдромом, требуют дополнительного обследования на предмет хронической патологии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель работы. Изучить клинические проявления и особенности вегетативной регуляции у детей и подростков с аритмическим синдромом на фоне заболеваний органов пищеварения.

Задачи исследования

1. Изучить клинические проявления и характер различных нарушений ритма и проводимости у детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.
2. Выявить особенности вегетативной регуляции ритма сердца у детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы, оценить роль вегетативной дисфункции в развитии нарушений ритма и проводимости у данной категории больных.
3. Изучить структуру заболеваемости пищеварительной системы у детей и подростков с аритмическим синдромом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни стационарных пациентов. В исследование включены пациенты с нарушениями ритма сердца и имеющие хронические заболевания желудка и 12-иперстной кишки, поступившие в кардиоревматологическое отделение учреждения «Гомельская областная детская

клиническая больница» с целью обследования, уточнения степени аритмического синдрома, выбора тактики лечения за период февраль-июнь 2014 года.

Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-анатомический метод обследования, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного статуса, выраженность вегетативных нарушений, функциональные методы исследования: стандартная ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, ФГДС с биопсией.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено из 45 пациентов по половому признаку 15 девочек (33,3%) и 30 мальчиков (66,7%) имеют сочетание нарушения ритма сердца и заболевания желудка и 12-иперстной кишки. Среди детей и подростков частота встречаемости НРС в сочетании с заболеваниями желудка и 12-и перстной кишки чаще всего наблюдалось в возрасте 13-14 лет – 23 человека (51,1 %); старше 14 лет – 12 человек (26,7%), младше 13 лет – 10 человек (22,2%).

В клинике чаще всего выявляется синдром сердечно-сосудистых нарушений 45 человек (100%); астенический синдром 20 (44,4%), диспепсический синдром 19 (42,2%), цереброваскулярный синдром 16 (35,6%). Значительно реже выявлялись синдромы психических нарушений, вегетососудистой дистонии, респираторный синдром, каждый из которых по 4 человека (8,9%). Синдром сосудистых нарушений наблюдался у 2 детей (4,4%).

Толерантность к физической нагрузке и тип сосудистой реакции определялись с помощью тредмил-теста. Чаще всего встречалась средняя – 21 человек (46,6%), реже низкая – 12 детей (26,7%), высокая – 12 детей (26,7%) толерантность к физической нагрузке. Наиболее часто регистрировался гипотонический тип сосудистой реакции 22 ребенка (48,9%), реже – гипертонический 13 человек (28,9%), нормотонический 10 детей (22,2%).

Исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативная реактивность определялись методом кардиоинтервалографии [1]. Вегетативный тонус: ваготония 22 ребенка (48,9%), эйтония – 9 (20%), симпатикотония – 9 (20%), гиперсимпатикотония – 5 человек (11,1%).

Вегетативная реактивность: гиперсимпатическая 34 человека (75,6%), асимпатическая 9 (20%), нормальная 2 (4,4%).

Вегетативное обеспечение (ВО) оценивалось по клино-ортостатической пробе (КОП).

По результатам исследования у более половины детей определялось нормальное вегетативное обеспечение 23 (51,1%); избыточное ВО наблюдалось у 17 (37,8%) – тахикардитический 14 (82,4%), гиперсимпатический вариант 3 (17,6%); недостаточное ВО определялось у 5 (11,1%) – симпатикоастенический 1 (20%), астеносимпатический вариант 4 (80%).

Нами установлено, что среди НРС преобладают гетеротопные нарушения – суправентрикулярная экстрасистолия 20 (44,4%), среди номотопных – синусовая тахикардия 11 (24,5%). Сочетанные НРС – 9 человек (20%), представлены синусовой тахикардией, суправентрикулярной экстрасистолией, синдромом укороченного интервала PQ. Нарушения проводимости представлены СА-блокадой 2ст. – 5 (11,1%).

По результаты ФГДС: хронический гастрит выявлен у 26 человек (57,8%), гастродуоденит 19 (42,2%); воспаление ассоциировано с Helicobacterpylori у 22 человек (49%).

Выводы:

В исследуемой группе преобладают гетеротопные нарушения ритма. У всех детей с нарушениями ритма сердца и хроническими заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта выявлен синдром сердечно-сосудистых нарушений, у каждого второго – астенический и диспепсический синдромы.

В ходе исследования регистрировались в каждом втором случае исходный вегетативный тонус – ваготония, вегетативная реактивность гиперсимпатическая, нормальное вегетативная обеспечение.

Частота выявления хронических гастритов и гастродуоденитов в исследуемой группе примерно 1:1. В половине случаев, не зависимо от пола и возраста, выявлялся дуоденогастральный рефлюкс. В каждом втором случае у детей и подростков хроническое поражение желудочно-кишечного тракта ассоциировано с Helicobacterpylori.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн, А. М. Заболевания вегетативной нервной системы / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев. – М. : Медицина, 1991. – 624 с.

2. Дудников, Э. В. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного. тракта / Э. В. Дудников, С. Х. Домбаян // Южно-Российский медицинский журнал : Гастроэнтерология. – 2001. – № 5-6. – С. 15-17.

3. Кузьмина, А. Ю. Состояние сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта / А. Ю. Кузьмина // Лечащий врач. – 2004. – №4. – С. 9-11.

4. Мутафьян, О. А. Аритмии сердца у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение) / О. А. Мутафьян. – СПб.: Невский диалект, 2003. – 224 с.

5. Рыкова, С. М. Психовегетативные нарушения у больных с функциональными расстройствами верхних отделов желудочно-кишечного тракта и гастроэзофагеальной

рефлюксной болезнью / С. М. Рыкова, А. П. Погромов, Г. М. Дюкова, А. М. Вейн // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 4. – С. 21–25.

УДК: 616.12-053.2/.6-056.7

АНОМАЛИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е. Д. Верхогляд
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: асс. Т. Е. Бубневич

Актуальность темы. Патологические изменения сердечно-сосудистой системы нередко имеют место у детей с врожденными пороками развития (ВПР). Известно, что врожденная патология может быть как наследственной, так и приобретенной вследствие воздействия повреждающих факторов на плод с формированием эмбрио- и фетопатий [1].

По данным ВОЗ, ежегодно, появляются на свет 5 % детей с врожденной или наследственной патологией. Степень тяжести ВПР может быть различной: от малых аномалий до очень тяжелых системных поражений. Частота ВПР, требующих медицинского вмешательства, составляет приблизительно 3 % от всех живорожденных детей [2, 3].

В настоящее время можно проследить за развитием еще не родившегося ребенка, которому угрожает наследственное заболевание. Отбор случаев, требующих методов дородовой диагностики, производится при генетическом консультировании. Врач-генетик поможет определить, существует ли опасность рождения ребенка, отягощенного наследственными заболеваниями. При правильной диагностике, раннем распознавании наследственного дефекта и его эффективном лечении удается добиться определенной нормализации дефектов развития [3, 4, 5].

Сегодня с помощью дородовой диагностики можно предотвратить 20–25% случаев рождения детей с тяжелыми наследственными заболеваниями.

Для профилактики возможных наследственных заболеваний будущих детей каждому человеку необходимо:

- знание своей родословной и состояния здоровья близких родственников и предков в 3–4 предыдущих поколениях;

- использование возможности медико-генетического консультирования и дородовой диагностики для профилактики, предупреждения, коррекции и своевременного лечения наследственных нарушений жизнедеятельности и развития.

Цель. Изучение характера патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) при наследственных заболеваниях у детей.

Задачи исследования

1. Изучить возрастной и половой состав пациентов, структуру наследственных заболеваний.
2. Выявить аномалии сердечно-сосудистой системы у детей с наследственными заболеваниями.
3. Клинические проявления, характеризующие патологию сердечно-сосудистой системы у детей и подростков с наследственными заболеваниями.

Материалы и методы. Работа основана на результатах наблюдения 18 детей (9 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 5 до 15 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети с наследственными заболеваниями, поступившие в кардиоревматологическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с различными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы за период январь – март 2014 года. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-анатомический метод обследования, цитогенетический, физикальное исследование, выраженность вегетативных нарушений, функциональные методы исследования: стандартная ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, Эхо-КГ, УЗИ внутренних органов, почек, щитовидной железы; рентгенограмма органов грудной клетки, позвоночника; консультации специалистов: генетика, невролога, эндокринолога, ортопеда, офтальмолога, ЛОР-врача.

Результаты исследования. В выборку включены: 9 мальчиков (50%) и 9 девочек (50%). Возрастной состав: 5–10 лет 4 ребенка (22,2%), 12–15 лет 14 детей (77,8%). Большинство детей и подростков в исследуемой группе проживают в разных районах Гомельской области – 11 человек (61,1%), 7 детей (38,9%) – в г. Гомеле.

Диагноз наследственных заболеваний у всех детей верифицирован; все дети консультированы генетиком. Выявлены: синдром Жильбера – 5 человек; Марфана, Дауна, аномалад первой жаберной дуги – по 2 ребенка; синдром Нунан, Сотоса, Элерса-Данло, Дубовица – по 1 ребенку; миотония Томсена, митохондриальная болезнь (не дифференцированная), множественные стигмы дизэмбриогенеза – по 1 ребенку.

По характеру патологии сердечно-сосудистой системы чаще всего регистрировались: врожденные пороки сердца у 8 детей (44,4%), нарушение ритма и проводимости сердца – 8

детей (44,4%); идиопатический пролапс митрального клапана (ПМК) – 5 детей (27,8%), предельно широкий корень аорты – 2 ребенка (11,1%). У половины детей регистрировался синдром соединительнотканной дисплазии (сколиоз, деформация грудной клетки, плоскостопие) – 9 человек (50%).

В клинике чаще всего выявляется синдром сердечно-сосудистых нарушений 18 человек (100%); цереброваскулярный синдром 9 (50%); диспепсический синдром 5 (27,8%), астенический синдром 4 (22,2%). Значительно реже регистрировались синдромы психических, сосудистых нарушений, респираторный синдром – каждый из которых представлен по 1 человеку (5,6%).

Выводы. Исследуемая группа в равной степени представлена мальчиками и девочками. Значительная часть выборки – подростки, проживающие в различных районах Гомельской области (сельская местность).

По характеру патологии сердечно-сосудистой системы при наследственных заболеваниях у половины детей выявлены врожденные пороки сердца и, как следствие, нарушение ритма и проводимости сердца.

Каждый второй ребенок имеет клинические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани: сколиоз, деформацию грудной клетки, плоскостопие; у трети детей – идиопатический пролапс митрального клапана и предельно широкий корень аорты.

В клинике у всех детей выявлен синдром сердечно-сосудистых нарушений, у каждого второго – цереброваскулярный синдром.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология (наследственные синдромы) / Ю. М. Белозеров. – Элиста : ЗАОр «НПП «Джангар», 2008. – 400 с.

2. Наследственные болезни сердца у детей / под ред. Ю. М. Белозерова, Л. В. Брегель. – Иркутск, 2006. – 615 с.

3. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / С. И. Козлова и др. – М., 1996. – 410 с.

4. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А Мутафьян. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 480 с.

5. Царегородцев, А. Д. Кардиология детского возраста / А. Д. Царегородцев, Ю. М. Белозёров, Л. В. Брегель. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 784 с.

УДК 615.21-099

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

А.Е. Веселов, Н.Е. Дутова
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, к.м.н. Е.Н. Бочанова

Обеспечение безопасного применения лекарственных средств является одним из глобальных приоритетов современного здравоохранения. По данным ВОЗ нежелательные реакции лекарственных препаратов входят в десятку ведущих причин смертности во многих странах мира [1].

Вопросы безопасности противоэпилептической терапии играют особенно важную роль в связи с длительностью лечения и необходимостью регулярного приема ПЭП (ежедневно, обычно несколько раз в день). Показатели безопасности терапии значительно варьируют у разных ПЭП [Zaccara G., 2007]. Негативные последствия терапии, связанные с НЛЯ могут перевешивать любой положительный эффект терапии, связанный с редукцией приступов [Воронкова К.В., 2010].

Под НЛЯ подразумевают любое неблагоприятное явление, которое развивается в момент клинического использования лекарственного препарата и не относится к его заведомо ожидаемым терапевтическим эффектам [2]. НЛЯ имеют медицинское, экономическое, социальное значение [3]. И являются причиной 5% всех госпитализаций; развиваются у 10–20% пациентов; являются непосредственной причиной смерти у 0,1% больных, причиной отмены первого ПЭП в 10 – 27% случаев в зависимости от типа ПЭП [Kwan P, Brodie MJ. 2001]; снижают качество жизни пациентов; способствуют развитию недоверия больного к врачу; повышают стоимость лечения; приводят к резкому уменьшению назначений данного препарата, которое зачастую не соответствует реальной вероятности развития НЛЯ; могут симулировать различные заболевания, что приводит к ненужным обследованиям больного и к ошибкам в тактике лечения. Профилактика НЛЯ является одной из основных целей в оптимизации противоэпилептической терапии [Perucca E, Meador KJ. 2005].

Профилактика НЛЯ является одной из основных целей в оптимизации противоэпилептической терапии [Perucca E, Meador KJ. 2005].

Цель: Изучение частоты нежелательных лекарственныхреакций у пациентов разной возрастной категории, ассоциированных с приемом противоэпилептических препаратов.

Материалы и методы: В исследование включены 2000 карт пациентов, страдающих эпилепсией и принимающих ПЭП, обращавшихся за неврологической помощью в период с 2009 года по 2014 гг. Среди них у 288 пациента зарегистрированы нежелательные лекарственные реакции (НЛР), у 271 пациента НЛР ассоциированы с приемом ПЭП. *Критерии включения*: мужской и женский пол, дети и взрослые возрастом от 1 года до 79 лет, зарегистрированные нежелательные лекарственные реакции (НЛР) как на прием ПЭП, так и других препаратов по поводу сопутствующих заболеваний. *Критерии исключения*: отсутствие зарегистрированных НЛР в диагнозе и отсутствие заполненного извещения на НЛР.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7.0 [StatSoft, USA], SPSS 22.0.

Характеристика общей выборки: жители г. Красноярска – 137 человек (50,5%), Красноярского края – 84 человека (31%), других городов Российской Федерации – 49 человек (18,1%), граждане других стран – 1 человек (0,4%).

Дети от периода новорожденности до 13 лет 11 мес. – 52/271 (19,2%) человек.

Юношеский возраст (от 14 лет до 20 лет 11 мес.) - 37/271 (13,7%) человек.

Взрослые возрастом от 21 года и старше - 182/271 (67,1%) человек.

Также учитывались результаты следующих лабораторных исследований: терапевтического лекарственного мониторинга и фармакогенетического тестирования.

Результаты исследования: Общая выборка пациентов составила 271 человек в возрасте от 1 до 79 лет, медиана возраста – 25 [18; 32] лет, в том числе: 115 (42,4%) лиц мужского пола и 156 (57,6%) лиц женского пола. Согласно международной возрастной периодизации распределение пациентов с НЛР было следующим.

1 группа - детский возраст (от периода новорожденности до 13 лет 11 мес.) – 52/271 (19,2%) человек. Возраст детей с НЛР варьировал от 1 лет до 13 лет, медиана возраста составила 7 [4; 9] лет. Распределение по полу: 22 (42%) девочка, медиана возраста 5 [3; 8] лет, и 31 (58%) мальчиков, медиана возраста - 8 [4; 10] лет.

2 группа - юношеский возраст (от 14 лет до 20 лет 11 мес.) - 37/271 (13,7%) человек, возраст которых варьировал от 14 до 20 лет, медиана возраста составила 17 [16;

19] лет. Распределение по полу: 30 (81%) девушек, медиана возраста - 18 [16; 20] лет, и 7 (19%) юношей, медиана возраста - 18 [16; 19] лет.

3 группа - взрослые (от 21 года и старше) в количестве 182/271 (67,1%) человек, возраст которых варьировал от 21 года до 79 лет, медиана возраста составила 28 [24; 35] лет. Распределение по полу: 106 (58%) женщин, медиана возраста - 30 [26; 47] лет, и 76 (42%) мужчин, медиана возраста - 30,5 [25; 41,5] лет.

Распределение случаев НЛР по годам: 2009 г. - 4/271 (1,5%), 2010 г. – 11/271 (4,5%), 2011 г. – 112/271 (41%), 2012 г. – 62/271 (23%), 2013 г. – 41/271 (15%), 2014 г. – 41/271 (15%).

Терапевтический лекарственный мониторинг проводился 147/271 (54%) пациентам, среди них у 44 (30%) пациентов наблюдалась кумуляция ПЭП в плазме крови.

Фармакогенетическое тестирование проводилось лишь 63/271 (23%) пациентам, среди них 49/63 (77,8%) пациентов – «медленные метаболизаторы».

Выводы: Наше исследование показало, что НЛР наиболее часто встречаются в возрасте 18-32 лет, у женщин. Наибольшее число случае НЛР приходится на 2011 год. Терапевтический лекарственный мониторинг необходимый для достижения максимального терапевтического эффекта при минимальных токсических эффектах был проведен лишь у 54% пациентов с НЛЯ, в свою очередь из них у 30% наблюдалась кумуляция (накопление) ПЭП в плазме крови. Однако накопление ПЭП в крови может быть связано не только с дозой ПЭП, но и с индивидуальной особенностью их метаболизма в печени, для этого используется фармакогенетическое тестирование (ФГ), которое было проведено лишь в 23% случаев НЛР, при этом 77,8% пациентов являлись «медленными метаболизаторами».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Информационное письмо РосЗдравНадзора, 2014 ст. 2-3
2. Asscher A.W. et al., 1995 ст. 15-26
3. Bates D.W. et al., 1997; Classen D.C., et al., 1997, Борисова Е.В., 2006., ВоронковаК.В., 2010, ОросМ.М., Смоланка В.И. 2012 ст. 124-150

УДК 616.39-085.2/.3

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.Г.Вишнякова, М.Г.Петелина
Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии и социально-гуманитарных наук
Научный руководитель: старший преподаватель, Е.В.Штарк

Актуальность. Искусственный аборт — один из видов современной формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. Применение репродуктивных технологий в XX веке носит массовый характер и происходит на фоне принципиальных изменений их нравственной оценки и юридического статуса.

Последствия искусственного прерывания беременности можно рассматривать с нескольких точек зрения: это и психоэмоциональное здоровье, и медицинские последствия, которые, в свою очередь, представляют собой нарушения из-за механического воздействия на организм и нарушения гормонального фона потенциальной матери. Очень остро из-за совершенного аборта стоит вопрос о возможности повторной беременности.

В этой связи, предупреждение и снижение численности абортов является решением таких проблем, как: вырождение нации, подъем демографической ситуации страны и, несомненно, сохранение здоровья женщин.

Методы и материалы исследования. Материалом исследования выступило несколько нормативных правовых актов, регулирующих осуществление абортов.

Авторская анкета позволила нам исследовать отношение к искусственному прерыванию беременности, свойственное женщинам нашего региона.

Основная часть. Аборт – это искусственное прерывание беременности. Методы проведения аборта делятся на хирургические, и медикаментозные. Последствиями искусственного прерывания беременности являются сильные воспалительные процессы детородных органов, которые могут привести к раку или бесплодию.

Проанализировав статистические данные, мы пришли к выводу, что общее количество абортов в России с каждым годом сокращается. Но по настоящее время Россия является лидером среди других развитых стран.

Только по официальной статистике, в год в Красноярском крае совершается 30 тыс. абортов, 9 тыс. из них — в Красноярске.

Почему в России в сравнении с другими странами превалирует количество абортов? На этот вопрос косвенно можно ответить так: причинами являются: экономические трудности (нужда, "вздорожание жизни"); боязнь позора, то есть резкое осуждение внебрачных рождений; "упадок нравственности"; прогресс медицины, искусственный аборт перестал быть опасным для жизни женщины.

Снижать количество абортов можно и необходимо. В основе всего должно лежать нравственное воспитание личности! К тому же экономический фактор является одной из главных причин абортов. К примеру, страны Европы защищают и борются за каждую беременную женщину, именно по этим причинам количество абортов в данных государствах значительно ниже, нежели в России. Если в России пособие по уходу за ребенком выплачивают, пока ребенку не исполнилось 3 года, в некоторых странах данный временной промежуток увеличен до 11 лет, также матерям одиночкам предоставляются различные льготы, в т.ч. мамы работают неполный рабочий день, что не может не сказаться на самосознании женщины.

Проанализировав данные анкетирования, мы выявили, что у большинства респондентов-женщин в возрасте 15-35 лет резко негативное отношение к абортам, к тому же, 50% опрошенных считают, что аборт следует запретить на государственном уровне.

В России на данный момент законодательством принято считать эмбриона развивающимся ребенком с 13-й недели.

Статья 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» разрешает «аборт по просьбе» до 12 недель беременности, по социальным показаниям - до 22 недель, по медицинским показаниям – независимо от срока беременности.

Биоэтическая проблема аборта заключается в обосновании моральной допустимости или недопустимости аборта как практики вмешательства в жизнь человека на стадии внутриутробного развития. Кто имеет право решать за человека – жить ему или умереть?

Нравственная позиция врачебного сословия об этической недопустимости участия врача в производстве искусственного аборта заключена в фразе Клятвы Гиппократа: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария».

К ярким представителям противников искусственного прерывания беременности относился папа Стефан V. Широко известно его изречение: «Если кто посредством выкидыша устранит зачатое в чреве матери, он человекоубийца».

Василий Великий говорил :"Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению как за убийство"

Все, кто занимался исследованием вопроса прерывания беременности, обращали внимание на ответственность матери перед ребенком как беспомощным существом, которому нужна забота на всем протяжении периода его развития. Кроме того, в человеческом обществе существует понятие морального долга – долга сильного защищать и заботиться о слабом.

Необходимо корректировать нравственную позицию девушек с юного возраста. Это позволит избежать прерывания беременности, которое зачастую является необоснованными

объективными причинами. Кроме того, следует информировать подростков о возможных методах предупреждения нежелательной беременности. Именно в возрасте 13-17 лет подростки решаются на аборт по настоянию родителей, что вполне объяснимо из-за невозможности содержания семьи и прекращения учебной деятельности.

Нельзя не отметить, что это может снижать и уровень образованности населения в целом.

Выводы. Таким образом, решение женщины, делать аборт или нет, остается на её совести, вред аборта для организма неизбежен. Но это остается проблемой не только женщины или семьи как ячейки государства, но и самого государства, ведь именно в его руках сосредоточены методы регулирования рождаемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кэмпбелл А., Медицинская этика: Учебное пособие/ Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Перевод с англ. Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина// 2010. – 156-183 стр

2. Силуянова И.В., Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: Учебное пособие/ М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 31-39 стр

УДК 343.621

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

К.А. Вогур, Е.С. Соломатова

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ, Красноярск

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Руководитель: к.ф.н. доц. К.В. Науменкова

Актуальность: проблема аборта является острым вопросом в современном мире. Ежедневно в Государственную Думу поступают предложения с внесением изменений в Законодательство про предотвращению массового количества абортов в стране.

Цели: разобраться, какова статистика абортов в нашей стране, с чем это связано, что по этому поводу думает общество, рассмотреть этот вопрос с точки зрения религии.

Задачи: провести опрос среди студентов, чтобы понять, насколько осведомлены в вопросе аборта и, что думают по этому поводу будущие врачи.

Аборт (искусственный аборт, от лат. abortus — «выкидыш») — искусственное прерывание беременности. По современным медицинским стандартам, аборт проводится, как правило, при сроке до 20 недель беременности или, если срок беременности неизвестен, при весе плода до 400 г.

Аборты в Законодательстве. Общество и его мораль – реалии текучие, неустойчивые. То, что вчера считалось преступлением (к примеру, содомия в СССР), сегодня считают «альтернативной нормой». Это не значит, что всё население страны приняло «новую мораль». Но государство всё же «открыло ворота», в которые хлынули грязные потоки.

Одним из показателей о нравственном и интеллектуальном состоянии общества является отношение к абортам.

Морально-этические аспекты прерывания беременности не могут остаться не затронутыми современным человеком, несмотря на его религиозный и другие статусы.

Аборт входит в перечень видов медицинской помощи, покрываемых обязательным медицинским страхованием, то есть любая гражданка России имеет право на проведение аборта за счёт государственного бюджета.

При сроке беременности до 12 недель для проведения аборта достаточно желания женщины. При этом на сроках 4-7 недель и 11-12 недель аборт проводится не раньше, чем через 48 часов после обращения женщины в медицинское учреждение, а на сроках 8-10 недель — не раньше, чем через 7 дней после обращения.

Согласно Постановлению Правительства РФ № 98 от 6 февраля 2012 г. «О социальном показании для искусственного прерывания беременности», аборт на сроках 12-22 недель беременности может быть проведён в случае, если беременность наступила в результате изнасилования.

Если совершеннолетняя женщина была признана недееспособной, то аборт ей может быть сделан принудительно по решению суда, принимаемому по заявлению её законного представителя.

Общее число абортов в РСФСР более чем вдвое превышало число рождений с 1963 по 1980 гг. и с 1990 по 1996 гг.

Всего только с 1960 по 1990 г. в РСФСР произведено 143 288 тыс. абортов, с 1990 по 2008, — 41 795 тыс., что заметно превышает, к примеру, официальные данные потерь в ВОВ или недостаток трудовых ресурсов в сегодняшней России (в 20 млн чел), которым объясняют неизбежность привлечения иностранной рабочей силы.

По данным Левада-центра, в 2007 году 57 % россиян высказывались против запрета абортов, а в 2010 году число противников запрета абортов снизилось до 48 %. Доля

сторонников разрешения абортов только по медицинским показаниям за этот период выросла с 20 % до 25 %, а доля убеждённых сторонников запрета абортов — с 15 % до 16 %.

В 2011 году портал Superjob провёл опрос о мерах по ограничению права на аборт, которые рассматривались в тот момент в Государственной Думе. По результатам этого опроса, 91 % россиян поддерживают такие меры, как информирование о последствиях аборта, 45 % за направление женщины, решившей сделать аборт, на прослушивание сердцебиения плода, 65 % считают разумным предоставить ей «неделю тишины» на обдумывание решения. При этом 63 % респондентов уверены, что требование получать разрешение супруга на аборт приведёт к увеличению числа нелегальных абортов среди замужних женщин, 53 % высказались против выведения абортов из перечня бесплатных медицинских услуг.

В 2013 году по инициативе самарских депутатов был внесён законопроект, предлагающий внести поправку в статью 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которая выводит аборты из списка бесплатных медицинских услуг (за исключением аборта при угрозе жизни беременной женщины). Однако законопроект был возвращён решением Комитета ГД в связи с несоблюдением требований части 3 статьи 104 Конституции Российской Федерации и статьи 105 Регламента Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации (отсутствует заключение Правительства Российской Федерации).

После того, как мы видим эти неоспоримые доказательства, свидетельствующие о том факте, что развивающийся в утробе матери плод обладает статусом и природой человека (а не частью организма матери), вопрос об абортах должен отпасть сам собою. Если после зачатия возникает новая человеческая личность, то уничтожение этой жизни должно быть уголовно наказуемым преступлением.

Статус эмбриона в науке. Учёные пришли к выводу о том, 14 день развития выбран как точка отсчета в связи с очевидной дифференциацией клеток на популяции, которые дадут в дальнейшем внезародышевые структуры, например плаценту, и непосредственно зародышевые. Однако 14-й день является временем возникновения человеческой личности, с точки зрения ученых, главным образом потому, что это время утраты эмбриональными клетками тотипотентности – свойства, которое позволяет клеткам, будучи отделенными, развиваться в самостоятельный организм. То есть до 14-го дня эмбрион не может считаться личностью, т.к. его клетки, по мнению McCormick, «даже не знают, создадут они одну индивидуальность или две» [10].

Статус эмбриона в православии. Чтобы ответить на вопрос о времени возникновения человеческой личности необходимо обратиться к другим источникам. Православная

антропология ответ на этот вопрос дает на основании Священного Писания и Предания Церкви.

Новый Завет дает убедительные свидетельства о признании личностного характера эмбриона. Это свидание Богородицы и Елисаветы. Иоанн Креститель, находясь во чреве прав. Елисаветы на 6-ом месяце внутриутробного развития, исполнился Духа Святого и, по словам Писания, «взыгрался» (Лк. 1:36-45) – поскольку освящающее действие Бога может быть направлено только на личность, то здесь мы имеем свидетельство о признании личности у плода на стадии 6 месяцев внутриутробного развития.

Тот же описываемый эпизод из жизни Богородицы (Лк. 1:39-40) дает возможность сделать более смелые выводы. «Встав же Мария во дни сии, с поспешностью пошла в нагорную страну, в город Иудин, и вошла в дом Захарии, и приветствовала Елисавету». Взыграние Крестителя Иоанна и исполнение его Св. Духом произошло от того, что он узнал Своего Бога, находящегося в утробе Девы Марии. Значит, и Тело Господа было «одушевлено» в этот момент и вместе с душой испостасным образом было соединено с Божеством, т.е. Тот, Кто находился в утробе Богородицы, был Личностью. Расстояние от Назарета до города Иутты, где по преданию произошло свидание, равняется трем дням пути. Следовательно, мы имеем свидетельство Писания о наличии личности у эмбриона на стадии всего нескольких дней. Предание Церкви, установив праздник Благовещения, определяет пришествие в мир Бога Слова с первых моментов жизни Христа – еще находящегося в утробе Пречистой Девы. Такой святоотеческий взгляд подтверждается и каноническими прещениями в отношении совершивших аборт. «Умышленно погубившая в себе зачатый плод, – пишет свт. Василий Великий, – подлежит наказанию за убийство. А образовался ли или ещё не образовался плод, сие не разыскивается у нас в точности. Ибо виновная наказывается в этом случае не только за плод, который бы она родила, но и за злоумышление против самой себя; потому что женщины всего чаще умирают от таковых покушений. К сему же присоединяется и истребление зачатого плода – это, по умышлению отваживающихся на сие, другое убийство»

Исследование. Нам стало интересно, а как же к абортам относятся будущие врачи да и просто, что они знают об абортах. И мы провели исследования среди молодых людей нашего ВУЗа. Было опрошено 100 студентов КрасГМУ лечебного факультета. Было задано несколько вопросов, по которым мы получили следующие данные:

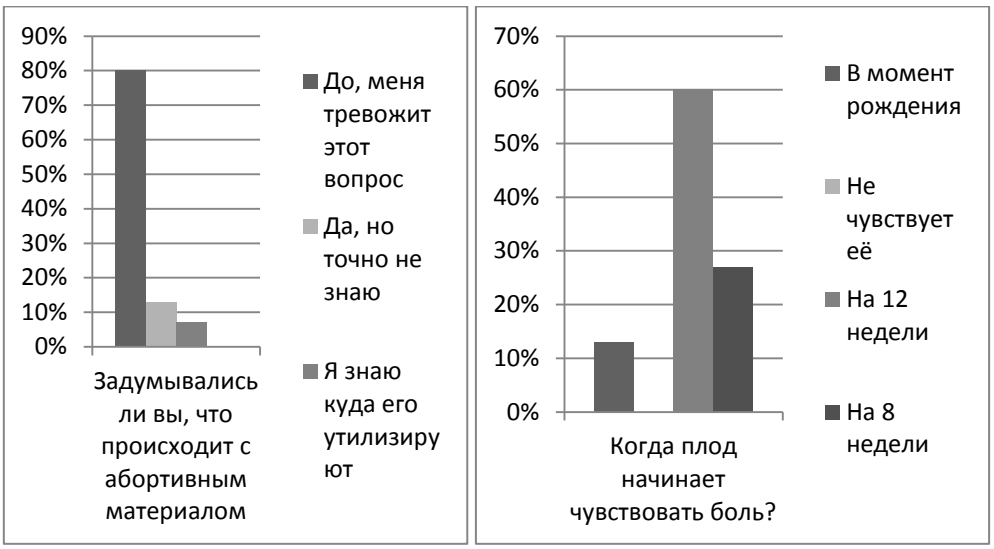


Рисунок 1 – Результаты анкетирования студентов

Анализируя результаты, мы можем сделать выводы, что большинство студентов против абортов и сделали бы всё возможное, для того, чтобы предотвратить их. Но самое главное, что подавляющее большинство отказалось бы в своей практике от проведения абортирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ФЗ от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Сакевич В. И. Аборт — одна из основных причин материнской смертности в России Демоскоп Weekly № 199—200 18 апреля — 1 мая 2005

3. Сакевич В. И. Новые ограничения права на аборт в России Демоскоп Weekly № 499—500 20 февраля — 4 марта 2012

4. Сакевич В. И. Аборт или планирование семьи? Демоскоп Weekly № 279—280 5 — 18 марта 2007

УДК 616.894-053.8:612.82:576.3

ИЗМЕНЕНИЕ МИГРАЦИИ И ПРОЛИФЕРАЦИИ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В.В. Волкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Кафедра биологической химии с курсами медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научные руководители: к.м.н., доц. Ю.К. Комлева, Ph. D., доц. О.Л. Лопатина

Вследствие большой частоты и особой тяжести последствий, болезнь Альцгеймера признана одной из главных медицинских и социально-экономических проблем современного цивилизованного мира [1].

Раньше молекулярные механизмы нейродегенерации, в частности болезнь Альцгеймера, традиционно ассоциировалось с реализацией цитотоксического потенциала клеток микроглии и развитием окислительного стресса, однако в последнее время все больший интерес представляет оценка роли астроглиальной активации, механизмов локальной гиперпродукции цитокинов, изменения экспрессии молекул, определяющих характер межклеточных взаимодействий.

Развитие болезни Альцгеймера может существенным образом влиять на функционирование нейрогенных ниш, эффективность нейрогенеза, направленной миграции и системной интеграции вновь образованных клеток, однако насколько однозначно такое влияние и как оно регулируется, остается не выясненным [2].

Именно поэтому целью данной работы стало изучение молекулярных механизмов, контролирующих эффективность нейрогенеза при экспериментальной болезни Альцгеймера.

Объектами эксперимента при этом были клеточно-молекулярные механизмы нейропластичности при экспериментальной болезни Альцгеймера.

Моделирование нейродегенерации проводилось на экспериментальных животных (крысы линии Wistar 7 мес.: экспериментальная болезнь Альцгеймера с интрагиппокампальным введением бета-амилоида 1-42, контрольная группа ложно-оперированных животных с введением растворителя для бета-амилоида – фосфатно-солевого буфера), нейроповеденческое тестирование животных (водный лабиринт Морриса - ВЛМ),

иммуногистохимический анализ, регистрация пролиферации и миграции клеток in vivo, методы статистической обработки данных. Были отобраны следующие группы животных:

1 группа – животные с введением PBS (ложно-оперированные животные) с тренировкой (обучением) в течение 5 дней в водном лабиринте Морриса

2 группа – животные с введением PBS (ложно-оперированные животные) без тренировки (обучения) в течение 5 дней в водном лабиринте Морриса

3 группа – животные моделью болезни Альцгеймера с введением бета-амилоида 1-42 с тренировкой (обучением) в течение 5 дней в водном лабиринте Морриса

4 группа – животные моделью болезни Альцгеймера с введением бета-амилоида 1-42 без тренировки (обучения) в течение 5 дней в водном лабиринте Морриса.

Верификацию модели болезни Альцгеймера осуществили окраской Тиофлавином S. После введения амилоида в ткани головного мозга наблюдались флуоресцирующие амилоидные бляшки зеленого цвета.

Для идентификации мигрирующих нейробластов крысам был введен BrdU (50 mg/kg, i.p.) дважды в день в течение 3 последовательных дней, начиная с 7 дня после введения бета-амилоида или фосфатного буфера в соответствии со стандартным протоколом. На 5 день после инъекций BrdU (14 день после моделирования) была проведена эвтаназия.

На 14 день через 30 минут после тестирования в ВЛМ осуществляли транскардиальную перфузию 4% параформальдегидом (PFA) с последующим забором головного мозга. Мозг фиксировали в 10% нейтральном забуференном формалине, после чего погружали в 20% раствор сахарозы.

С помощью вибратома изготавливали срезы толщиной 50 мкм. Изучали экспрессию маркеров методом непрямой иммуногистохимии для свободно плавающих срезов.

В срезах головного мозга было подсчитано количество клеток, экспрессирующих маркеры нейрогенеза в клетках астроглиальной и нейрональной природы на различных уровнях.

На первом этапе работы изучены механизмы развития нейровоспаления с участием клеток астроглиальной природы и их роль в регуляции пролиферации, дифференцировки и миграции клеток головного мозга при хронической нейродегенерации. Получены новые данные о жизнеспособности, миграционной активности нейрональных предшественников и эффективности интеграции нейронов в синаптические ансамбли в зависимости от характера активации или повреждения астроцитов при экспериментальной болезни Альцгеймера.

Основываясь на изучении поведения в двух разных протоколах, согласно которым различия состояли в особенностях тренировок животных, мы можем заключить, что:

1) моделирование БА приводит к нарушениям когнитивных функций и запоминания у животных, в частности, существенно подавляются возможности оперативной (рабочей) памяти;

2) обучение животных в ВЛМ способствует улучшению процесса консолидации памяти в контрольной группе животных и при экспериментальной болезни Альцгеймера, тогда как оперативная (рабочая) память значимо не меняется.

Изучена экспрессия нейрональных прогениторных клеток, которые дают начало последующему развитию клеток нейронального пути:

1) Количество промежуточных прогениторных клеток, известных как базальные прогениторные клетки Pax6, практически не изменилось при моделировании нейродегенерации (3,83±1,27) по сравнению с ложно-оперированными животными (5,83±0,91) ($p>0,05$).

2) Нейробласты P-NCAM оказываются более чувствительными к повреждающему действию бета-амилоида – отмечается снижение экспрессии нейробластов в субгранулярной зоне зубчатой извилины при БА (0,5±0,29) по сравнению с ложно-оперированными животными (4±0,49) ($p<0,05$).

3) При моделировании нейродегенерации количество BrdU+/P-NCAM+ клеток статистически значимо снижалось (0,5±0,29) по сравнению с ложно-оперированными животными (4±0,49) ($p<0,05$). Таким образом, токсическое действие бета-амилоида не просто вызывает снижение количества нейробластов в нейрогенной нише, но и нарушение миграции нейробластов по ростральному миграционному пути.

4) На выживаемость более зрелых нейронов, экспрессирующих BrdU+/NeuN+ (1,4±0,46 и 1,44±0,38, соответственно для нейродегенерации и ложной операции), бета-амилоид значимого влияния не оказывает (нет статистически значимого снижения).

5) При изучении экспрессии маркеров астроглиального типа в субгранулярной зоне зубчатой извилины гиппокампа при нейродегенерации наблюдается увеличение числа зрелых астроцитов S100beta (15,3±0,28), входящих в состав нейроваскулярной единицы, по сравнению с контролем (11±1,65) ($p<0,05$).

6) Количество промежуточных прогениторных клеток достоверно значимо не изменилось после обучения при моделировании нейродегенерации (6±2,65) (3,83±1,27 – без обучения) ($p=0,319$). На ложно-оперированных животных обучение также не оказывает значительного влияния (3,07±0,74 – после обучения, без обучения - 5,83±0,91) ($p=0,105$).

7) Обучение оказывает стимулирующее действие на экспрессию PNCAM клеток (нейробластов) (5,4±0,25) при нейродегенерации по сравнению с животными без обучения (2,23±1,05) ($p=0,029$). Обучение в ВЛМ на ложно-оперированных животных проявляется в

снижении количества нейробластов при обучении (4±0,2) по сравнению с группой без обучения (8±0,84) (p=0,012).

8) При изучении мигрирующих нейробластов при нейродегенерации у крыс с тренировкой памяти выявили значимое увеличение количества BrdU+/P-NCAM+ клеток 3,67±0,88 по сравнению с нетренированными крысами (0,5±0,29) (p=0,011).

9) При изучении выживаемости зрелых гранулярных нейронов в зубчатой извилине гиппокампа не было выявлено статистически значимых различий в субгранулярном слое зубчатой извилины NeuN клеток при проведении ложной операции с обучением 0,75±0,366 и без него 1,44±0,38 (p=0,311) и при моделировании нейродегенерации с обучением и без него (1,67±0,21 и 1,44±0,38, соответственно) (p=0,662).

10) При изучении экспрессии S100beta+ клеток установлено значимое снижение данных клеток при нейродегенерации после обучения (6,33±1,28) в сравнении с группой без обучения (15,3±0,28), так и в контроле (без обучения 11±1,65, с обучением - 5,4±1,26 ($p<0,05$).

В целом, при моделировании нейродегенерации происходит снижение пролиферации нейрональных стволовых клеток, снижение количества нейробластов, но не выживаемости клеток. Токсическое действие бета-амилоида не просто вызывает снижение количества нейробластов в нейрогенной нише, но и нарушение миграции нейробластов по ростральному миграционному пути. Это может свидетельствовать о том, что клетки начинают «избирать» другой этап дифференцировки и, возможно, приобретать глиальную судьбу. Не было зафиксировано снижение количества базальных прогениторных клеток, которые могут дать развитие как нейронам, так и клеткам глии.

При моделировании нейродегенерации мы наблюдаем одновременное снижение маркеров раннего нейрогенеза, количества нейробластов и пролиферации клеток, однако, увеличение числа зрелых астроцитов, экспрессирующих S100beta, преимущественно входящих в состав нейроваскулярной единицы головного мозга (увеличение экспрессии s100beta на фоне подавления начальных этапов нейрогенеза может свидетельствовать о том, что при экспериментальной болезни Альцгеймера именно s100beta астроциты в пределах нейрогенных ниш реагируют на стимуляцию репаративного нейрогенеза)

Обучение частично восстанавливает начальные этапы нейрогенеза, увеличивая резерв стволовых клеток и способствуя миграции клеток-предшественников по ростральному миграционному пути, вместе с тем, количество нейробластов и пролиферация клеток-предшественников нейронов и глии значимо не меняется, что свидетельствует о неэффективности нейрогенеза при токсическом действии амилоида.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Изменение структурно-функциональной пластичности головного мозга, индуцированные обогащенной средой / Ю.К. Комлева, А.Б. Салмина, С.В. Прокопенко, Л.А. Шестакова, М.М. Петрова, Н.А. Малиновская, О.Л. Лопатина // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2013. - № 6. - С. 39-48.
2. Hensley, K. Neuroinflammation in Alzheimer's disease: mechanisms, pathologic consequences, and potential for therapeutic manipulation / К. Hensley //Alzheimers Disease. – 2010. - № 21. – P. 1-14.

УДК 663.95:547.98

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЧАЕ РАЗЛИЧНЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК

М.О. Воробьева, Е.А. Овсянникова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Т. К. Захарова

Чай сегодня среди всего населения планеты занимает одно из первых мест среди других употребляемых напитков. Он получается варкой, завариванием или настаиванием листа чайногокуста, который предварительно подготавливается специальным образом. По наиболее известной (китайской) классификации выделяются типы чая по степени и характеру ферментативного окисления, происходящего с участием ферментов, содержащихся в чайном листе: зеленый (неокисленный или слабо окисленный), черный (сильно окисленный), белый (слабо окисленный, с минимальным количеством стадий обработки), желтый (слабо окисленный, проходит процедуру «закрытого томления» перед сушкой), красный (улун) (средней окисленности), пуэр (окисляется в течение всего срока хранения).[1] При заваривании того или иного типа чая ощущаются различные вкусы, ароматы, определенная терпкость и т.д. Данные свойства определяются химическим составом этого напитка. Чай содержит в себе кофеин, эфирные масла, дубильные вещества, а также витамины С, Р, В1, В2, К, РР. Чай - это приятный напиток, он может быть еще и лечебным. Чай оказывает различное воздействие на организм человека, а именно используется при лечении ряда заболеваний крови, ожогов, отравлений различного рода, воспалительных процессов, а также для укрепления сосудов, капилляров, уменьшения их

проницаемости . Чайный напиток также проявляет активные антиоксидантные свойства, выводит тяжелые металлы из организма, применяется в противорадиационной терапии, т.к. витамин Р усиливает воздействие витамина С, известного своими иммуномодулирующими свойствами, повышается иммунитет. [2]

Почти все эти свойства чая обусловлены содержанием в нем таких соединений, как дубильные вещества, или танины. Известно, что дубильные вещества относятся к продуктам вторичного метаболизма, обладающих биологической активностью, что определяет их как соединения, необходимые в обмене веществ человека. С точки зрения химии дубильные вещества– это вещества фенольной природы (сложная смесь более трех десятков полифенольных соединений, состоящих из танина, катехинов, полифенолов и их производных с молекулярной массой от 500 до 3000, способные образовывать прочные связи с белками и алкалоидами). Эти соединения называются так в связи с тем, что под их воздействием коагулируют белки, например, при обработке кожи, которая становится эластичной, приобретает устойчивость к воде. Танины делятся на гидролизуемые и конденсированные. Наиболее известен китайский танин, который в находится в чае. Он представляет собой гетерогенную смесь галловой и дигалловой кислот как в свободном виде, так и в соединении с глюкозой, причем к молекуле глюкозы может присоединяться разное количество молекул галловых кислот. [3] Обладают вяжущим действием, имеют горьковатый вкус. При нагревании и действием солей окисного железа дают черно – синее и черно – зеленое окрашивание. При соприкосновении с воздухом окисляются и превращаются во флобафены, дающие темно – бурую окраску. В горячем настое – чае – имеют яркую золотисто – коричневую или бурую окраску.

Чаще всего, дубильные вещества находятся в листьях, однако содержание этих веществ отмечается также в коре дуба, каштана и других растений. В нашем исследовании сделан акцент на содержание танинов в листьях чайного куста (TheaSinensis).

Во многих литературных источниках по описанию лекарственных растений отмечается содержание танинов, составляющее в среднем 0,3-4%, редко – до 34 % (Лапчатка прямостоячая). [4] Однако, исследуя различные типы чая, мы обнаружили, что конкретных количественных показателей содержания дубильных веществ для разнообразных в наше время торговых марок в литературе нет. Именно по содержанию танинов эксперты определяют качество чая. Следовательно, возникает проблема: какой тип чая полезнее? Чаи каких торговых марок лучше и ценнее? Данная проблема является очень актуальной с точки зрения нас, потребителей, т.к. мы употребляем чай для улучшения своего здоровья, а не наоборот. Проблема определила цель исследования: определить количественное содержание дубильных веществ в чае различных торговых марок. Задачи исследования:определить

методом перманганатометрического титрования количественное содержание дубильных веществ в чае различных торговых марок; сравнить количественное содержание дубильных веществ в чае различных торговых марок (листовые, пакетированные, китайские чаи).

Объектами исследования являются: черный листовой чай (GreenfieldGoldenCeylon, AhmadCeylonTea, Принцесса Канди); зеленый листовой чай (GreenfieldFlyingDragon,AhmadGreenTea); пакетированный чай: (Майский «Пряный восток», Майский «Медовый пряник», LiptonYellowLabelTea, LiptonOrientGreenTea); китайский чай (CherlTea (черный), Дарджилинг (черный), Си Ху Лун Цзин («Колодец Дракона с озера Си Ху») (зеленый), Бай Хао Инь Чжень («Серебряная иголка») (белый)).

Метод исследования основан на титровании перманганатом калия вытяжки, полученной из сухого, заваренного кипятком растительного материала определенной навески, с использованием индикатора (индигокармин). Средние результаты рассчитаны по формуле: $$\frac{x = (V - V^{\circ}) * 0,004157 * 125 * 100}{m * 5 * (100 - v)}$$ и представлены в табл.1. [6]

Таблица 1 - Содержание дубильных веществ в чае различных торговых марок

Торговая марка	Тип чая		Содержание дубильных веществ в сухом сырье на 1 грамм, %
Листовой чай			
Greenfield Golden Ceylon	Черный		6,8
Greenfield Flying Dragon		Зеленый	5,5
Ahmad Ceylon Tea	Черный		3,6
Ahmad Green Tea		Зеленый	2,6
Принцесса Канди	Черный		2,9
Пакетированный чай			
Майский «Пряный восток»	Черный		5,2
Майский «Медовый пряник»	Черный		4,2
Lipton Yellow Label Tea	Черный		1,4
Lipton Orient Green Tea		Зеленый	5,2
Китайский чай			
Cherl Tea	Черный		7,6
Дарджилинг	Черный		4,4

Си Ху Лун Цзин («Колодец Дракона с озера Си Ху»)		Зеленый	6,4
Бай Хао Инь Чжень («Серебряная иголка»)		Белый	3,8

По результатам исследования было установлено, что во всех исследуемых объектах изучения различное содержание дубильных веществ, в основном их больше в черном чае. Таким образом, выявлено, что: наибольшее содержание дубильных веществ в черном листовом чае торговой марки «Greenfield Golden Ceylon» и зеленом листовом чае торговой марки «Greenfield Flying Dragon»; наибольшее содержание дубильных веществ в пакетированных чаях «Майский «Пряный восток»» и «Lipton Orient Green Tea» (высокое количественное содержание дубильных веществ в данном типе чая наблюдается за счет различных добавок и красителей); наибольшее содержание дубильных веществ в китайском чае торговой марки «Cherl Tea» (черный чай) и «Си Ху Лун Цзин» («Колодец Дракона с озера Си Ху») (зеленый чай); наибольшее содержание дубильных веществ из всех представленных образцов – в китайском черном чае торговой марки «Cherl Tea».

На основании полученных данных определения количественного содержания дубильных веществ можно конкретно говорить об использовании изучаемых чаев, за исключением пакетированных, в лечении ряда заболеваний, требующих присутствия дубильных веществ, как бактерицидных, вяжущих средств, укрепляющих стенки кровеносных сосудов. Полученные результаты могут служить дополнительной информацией для тех, кто изучает различные типы чая с целью использования их в лечении ряда заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыбин Е.В. Искусство чайной церемонии. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – С. 187
2. Гневко М.В. Чай: лекарство или яд. – М.: АСТ; СПб.: Сова, Ч – 12 2006. – С. 143
3. Гребинский С.О. Биохимия растений. – Львов: Высшая школа, 1975. – С. 275
4. Захарова Т.К., Суркова Л.С., Демидчик И.Г. Определение содержания дубильных веществ в дикорастущих растениях/ Т.К.Захарова, Л.С.Суркова, И.Г.Демидчик // Ботанические исследования в Сибири. –2009. - № 17. – С.24 - 28
5. Теленкова Н.А. Чай – великий целитель. Сорта и их лечебные свойства, профилактика заболеваний. Травяные чаи, лечебные свойства, профилактика заболеваний. – М.:РИПОЛ классик, 2009. – С. 192

6. Жирнова Д.Ф., Фомина Л.В. Фитолекарствоведение: Лабор. практикум. Ч.1/Краснояр. гос. аграр. ун-т. – Красноярск, 2002. – С. 31
7. https://ru.wikipedia.org
8. http://jhana.ru
9. http://www.chay.info
10. http://teasoul.ru
11. http://chaepedia.com

УДК 616.366-002-089.87

ПРИЧИНЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОТОМИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Воронцов В.А., Фролов А.П.
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. А.П. Фролов

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛсХэ) по поводу хронического хронического калькулезного для большинства крупных многопрофильных лечебных учреждений стала обычной операцией. Однако широкое внедрение этого вмешательства привело к значительному росту числа тяжелых осложнений и переходов на открытую операцию, связанных зачастую с возникшими осложнениями [1,3,4]. Кроме того, в последние годы отмечается значительное расширение показаний к ЛсХэ, к которой ранее были противопоказания. В печати появляются публикации об успешно выполненных операциях при подобных ситуациях [1]. Тем не менее, лапаротомическая холецистэктомия (ЛтХэ) остается одним из основных методов лечения при спаечном процессе в брюшной полости. Частота конверсий при ранее перенесенных операциях на нижнем этаже брюшной полости составляет 2,8%, на верхних отделах живота – досягает 25% [3].

Цель исследования: провести анализ причин выполнения ЛтХэ, по поводу хронического калькулезного холецистита.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 10 случаев ЛтХэ по поводу хронического калькулезного холецистита у больных, которые находились на лечении в клинике общей

хирургии ИГМУ на базе 2 хирургического отделения ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №1» в 2014 г.

В плановом порядке в клинике по поводу хронического калькулезного холецистита было оперировано 249 (100%) больных. Из них 239 (97,6%) была выполнена ЛсХэ, 10 (2,4%) ЛтХэ. Среди 10 больных, которым была выполнена ЛтХ средний возраст составил 58,1 (46,7-69,5) лет, мужчин было 3, женщин – 7. У 4 больных имелась сопутствующая патология: артериальная гипертензия у 2 больных, ИБС – у 1, гепатит С – у 1, сахарный диабет 2 типа – у 1, спаечная болезнь – 1. Ранее 7 больных перенесли операции на органах брюшной. Из них 4 больным выполнены: овароэктомия, деторзия толстой кишки, резекция левой доли печени, резекция желудка по Бильрот-I. У 3 больных характер операции не установлен, один из них имел послеоперационный рубец после правосторонней люмботомии и боковую малую грыжу справа, у 2 других имелся послеоперационный рубец после верхнесрединной лапаротомии. Из 10 ЛтХэ 2 – являлись конверсиями, они были выполнены больным, которые ранее не были оперированы. Из них 1 больного причиной конверсии являлся инфильтрат подпеченочного пространства вследствие деструктивного процесса в желчном пузыре. У другого – выраженного рубцово-спаечного процесса в подпеченочном пространстве следствие перихолецистита. Остальным 8 больным выполнена ЛтХэ без эндоскопической попытки операции: из них у 5 показанием к проведению этой операции явились ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости, у 1 – операции на нижнем этаже брюшной полости, у 1 – необходимость симультанной операции брюшной по устранению боковой грыжи. У 1 больного, который ранее не был оперирован, показанием к ЛтХэ была выявленная рубцовая стриктура ретродуоденальной части общего желчного протока, которая требовала выполнения билидигистивного анастомоза. В ходе операции у 8 больных - установлено возможность выполнения ЛсХэ у 3 больных, которые ранее оперированы на верхнем этаже брюшной полости и у 1 больного, оперированного на нижнем этаже брюшной полости.

Выводы. Основными причинами выполнения ЛтХэ по поводу хронического калькулезного холецистита явились ранее выполненные операции на верхнем этаже брюшной полости, приведшие к спаечному процессу в этой области. В остальных случаях показаниями к лапаротомии были необходимость выполнения конверсий при ЛсХэ, симультантных операций и операций на общем желчном протоке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галлингер, Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций / Ю.И. Галлингер, В.И. Карпенкова // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – С. 3-7.

2. Bile duct injuries after laparoscopic and conventional cholecystectomy: operative repair and long-term outcome. Abstract book. 10 International Congress European Association for Endoscopic Surgery / J.M. Langrehr, S.C. Schmidt, R. Raakow et al. – Lisboa, 2002. – 155 p.
3. Effects of previous abdominal surgery incision type on complications and conversion rate in laparoscopic cholecystectomy /M. Ercan, E.B. Bostanci, M. Ulas // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2009. – Vol. 19, N. 5. – P. 373-378.
4. Laparoscopic cholecystectomy in critically ill cardiac patients / B.J. Carroll, M., Phillips E.H. Chandra, D.R. Margulies // Ann. Surg. – 1993. – Vol. 59, N. 12. – P. 783-785.

УДК: 616. 832 – 009.54

ОЦЕНКА УРОВЕНЯ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ПО ШКАЛЕ БЕКА)

Л. С. Гавердовская, К.Д. Яковлева, Е.С. Соломатова, К.А. Газенкампф
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО
Научные руководители: заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО -д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер,
руководитель НОЦ «Морфология» - д.м.н., проф., Н.Н. Медведева

Введение. Современное высшее образование и педагогическая практика совместно с решением проблемы профессионального и жизненного становления студента требуют глубокого анализа человека знания и учета личностных особенностей. Обучение в высших учебных заведениях сопряжено с большим количеством стрессовых ситуаций, которые влияют не только на качество образования, но и на здоровье студентов [5,2]

Переход из средней школы в высшую уже сам по себе является фактором стресса и сильного эмоционального напряжения, особенно если он связан с переездом из сельской местности в крупный город. Абсолютно новый коллектив, совершенно новые требования к образовательному процессу, огромный объём информации, и малый объём времени, выделенный на её усвоение, характерные для обучения в медицинских высших учебных заведениях, – резко увеличивают психоэмоциональную нагрузку [5]. Всё это может способствовать развитию депрессивной симптоматики.

Депрессивная симптоматика выражается в снижении самооценки, потере интереса к жизни, преобладанию негативных суждений, что в общем может приводить к снижению

успеваемости,а в дальнейшем, при прогрессирвоании ситуации – к развитию клинически значимой депрессии, требующей медикаментозного лечения.

Цель исследования изучить встречаемость депрессивной симптоматики у студентов первых курсов медицинского университета (на примере факультета фундаментального медицинского образования КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого).

Материалы и методы. 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).

Объектом исследования выбрана совокупность здоровых молодых людей (добровольцев). Все обследуемые были осмотрены нами активно и 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 50 добровольцев. Возраст испытуемых варьировался от 17 до 22 лет, средний возраст составил 18,8±0,91 [18; 19] лет. Распределение по полу: девушки – 38 (74%), юноши – 12 (26%), 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. 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 проводилось по «Опроснику депрессивной симптоматики Бека» с использование компьютерного программного обеспечения АПК «НС-ПсихоТест», элитная версия (Нейрософт, Иваново). Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью гистограммной оценки. Для сравнения параметрических (количество нормально распределенных признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента с учетом параметра равенства дисперсий. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v.7.0 (StatSoft, USA).

Результаты. В результате проведенного исследования нами показано, что у 29/50 (58,0±6,9%) студентов депрессивная симптоматика не выявлена. В то же время, у 15/50 (30,0±6,5%) студентов диагностирована умеренная выраженность симптомов, у 5/50 (10,0±4,2%) студентов отмечен критический уровень выраженности симптомов, а 1/50 (2,0±1,9%) студента наблюдалась явная выраженность депрессивной симптоматики (по суммарному баллу).

Таблица 6. Гендерные различия результатов тестирования по "Опроснику депрессивной симптоматики Бека"

Результаты тестирования	Когнитивно-аффективная субшкала		Субшкала соматизации		Суммарный бал	
	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %
Отсутствие симптомов	42,4%	76,6%	48,5%	88,2%	45,5%	82,4%
Умеренная выраженность	30,3%	11,8%	42,4%	11,8%	36,4%	17,6%
Критический уровень выраженности	18,2%	11,8%	6,0%	0%	15,1%	0%
Явная выраженность	9,1%	0%	3,0%	0%	3,0%	0%

По соматической субшкале у большинства студентов (62±6,8%) показатели тестирования были в пределах допустимой нормы. Критический уровень выраженности симптомов выявлен в 4±2,8% случаев, а явная выраженность депрессивной симптоматики – в 2±1,9% случаев. Число студентов с критическим уровнем выраженности депрессивных симптомов по когнитивно-аффективной субшкале составило 8/50 (16±5,2%) человек, а с явной выраженностью симптомов – 3/50 (6±3,3%) человека (табл. 1).

У девушек наличие симптомов депрессии наблюдалось в 54,5±8,6% случаев: у 12/33 (36,4±8,4%) - умеренная выраженность симптомов, у 5/33 (15,1±6,2%) - критический уровень выраженности симптомов, а у 1/33 (3,0±2,9%) студентки наблюдалась явная выраженность депрессивной симптоматики. Процент случаев с критическим уровнем выраженности и с явной выраженностью симптомов по когнитивно-аффективной субшкале составил 18,2±6,7% и 9,1±5,0% соответственно, что превышает аналогичные значения по субшкале соматизации – 6,0±4,1% и 3,0±2,9% соответственно. В то время, как у юношей наличие депрессивной симптоматики наблюдалось лишь в 17,6±9,2% случаев, все из которых укладывались в умеренную выраженность симптомов ($p = 0,0042$).

Выводы. Таким образом, по данным проведенного исследования частота встречаемости субдепрессивной и депрессивной симптоматики среди студентов 1-2 курсов ФФМО КрасГМУ была статистически значимо ($p < 0,05$) выше среди девушек по сравнению с юношами. Явная выраженность депрессивной симптоматики по обеим субшкалам была невысокой – максимально 9,1% - и наблюдалась только у девушек.

Полученные нами данные требуют продолжения исследования: привлечения к углубленному обследованию студентов ФФМО специалистов факультета клинической психологии, уточнения причин гендерных различий по данным показателям, включая общесоциальные и межличностные, поскольку известно, что именно на первых курсах высок процент психологических срывов и отчислений из университета. Это остро ставит задачу изучения предикторов успешной переработки стрессогенных жизненных событий и совладания со стрессом у студентов. Изучение процессов адаптации в ВУЗе, в частности, эмоциональных реакций на стресс позволит уточнить мишени психотерапевтических интервенций и задачи профилактики возникновения депрессивных и тревожных состояний, а также теснейшим образом связанного с этими состояниями суицидального риска [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евлокимова Я.Г. и др. Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов/ // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 7, № 2. – С. 38-43.
2. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов в условиях мегаполиса // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. - №49. – С. 270-274.
3. 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.
4. Ротштейн В. Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, №2. – С. 56-58.
5. Брагина К. Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т. 7 (2) / 2. — С. 849-851.

УДК 577.1:616.8

МОЛЕКУЛЫ - МИШЕНИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А.Э. Гаджиева, Д.Д. Гасымлы
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно - Ясенецкого
Кафедра молекулярной медицины и патологической биохимии
Научные руководители: д.м.н. Н. А. Малиновская, клин. орд. Э.Д. Гасымлы

По данным ВОЗ, численность людей пожилого и старческого возраста составляет около 300 млн. человек и к 2025-2030 г. составит более 760 млн. человек, что будет способствовать быстрому распространению дементных состояний, неуклонно ведущих к снижению качества жизни, инвалидизации населения и смерти. Тенденция роста нейродегенеративных заболеваний чаще наблюдается в цивилизованных странах, где среди лиц старше 65 лет они составляют от 5 до 10%, среди лиц старше 80 лет - от 20 до 50% . Из всех дементных состояний на долю болезни Альцгеймера приходится 40-90%. До 5% людей старше 65 лет и более 20 % лиц старше 80 лет. В настоящее время существующие методы лечения нейродегенеративных заболеваний малоэффективны. На сегодняшний день перспективой лечения болезни Альцгеймера, Паркинсона и ишемии головного мозга является таргетная терапия (воздействие на конкретную молекулу-мишень).

Цель работы - обзор литературы о возможных молекулах-мишенях при неврологических заболеваниях.

В задачи исследования входили: поиск и изучение литературы о возможных молекулах-мишенях, обобщение и систематизирование полученных данных.

В ходе изучения русско-язычных и иностранных статей были найдены следующие молекулы-мишени при болезни Альцгеймера: CD45, SIRT1, Интегрин MAC-I (CD11b/CD18), которые выполняют определенные функции в организме человека.

CD45 (тирозинспецифическая фосфатаза) выполняет важную функцию в передаче сигнала внутрь клетки с Т-клеточного рецептора и представлена на поверхности Т-клеток разными изоформами. Одна из функций этих изоформ - связывание Т-клеточного рецептора с корецепторами CD4 или CD8 , что обеспечивает эффективное прохождение сигнала от антигена внутрь клетки[4].

Молекула CD45 играет ключевую роль в механизмах Т-клеточной активации, что может организовать защиту от инфекции или аутоиммунного заболевания, путем воздействия на него определенного препарата.

SIRT1 (сиртуины) — является НАД+-зависимым ферментом, которому отводится важная роль внутриклеточных сенсоров уровня НАД+ и регуляторов метаболизма, в том числе в контексте контроля продолжительности жизни. В литературе обсуждается роль сиртуинов в регуляции синаптической пластичности, процессов запоминания, физиологического старения головного мозга, формирования поведенческих реакций при изменении метаболизма, а также в патогенезе болезни Альцгеймера. Предполагают, что экспрессируемый в ядерной мембране CD38 может регулировать биодоступность НАД+ для сиртуинов, тем самым влияя на их активность[4].

Мас-1 или CR3 — мембранный белок, являющийся поверхностным клеточным компонент комплемента iC3b, когда последний связан с чужеродными клетками. Связывание рецептора вызывает последующий фагоцитоз и деградацию чужеродной клетки[6].

Мас-1 способен модулировать процесс клеточного выбора: в присутствии интелейкина-2 он может приводить к увеличению продолжительности жизни иммунной клетки, а в присутствии TNF индуцирует апоптоз и селективное удаление клетки.

В дальнейшем обзоре литературы мы отметили некоторые потенциальные молекулы-мишени при ишемии головного мозга: (CD38, NCX-1 (ген-мишень), PGP, SkQR1, GLUT1, GLUT4).

CD38 – трансмембранный гликопротеид II типа, экспрессируемый преимущественно в головном мозге на активированных лимфоцитах и астроцитах. CD38 функционирует как фермент, утилизирующий НАД+ в клетке, превращая его в циклическую или нециклическую АДФ-рибозу. При динамическом снижении активности CD38 наблюдается глобальная ишемия головного мозга, поэтому этот фермент может оказаться мишенью терапевтического воздействия[6].

NCX1 (белок натрий-кальциевый транспортер-1) - убиквитарный протеин клеточной мембраны, который регулирует клеточный гомеостаз кальция и натрия в головном мозге[6].

В головном мозге NCX1 является новым геном-мишенью для HIF-1. HIF-1 во время ишемического прекондиционирования играет роль в сохранении жизнедеятельности клеток путем повышения транскрипции гена NCX1 и экспрессии белка[6].

PGP (P-гликопротеин) - тормозит процесс выброса препарата. Основной функцией этого белка в организме является его защита от токсических воздействий. Очевидно PGP, несет "барьерные" функции, защищая лежащие ниже клетки от вредных веществ. Характер экспрессии PGP в эпителии хороидного сплетения мозга свидетельствует об его роли в гематоэнцефалическом барьере [6].

SkQR1 очень эффективно защищает ткань мозга от ишемии, снижает неврологический дефицит. Также выявлены некоторые молекулярные механизмы защитного действия SkQR1[6].

GLUT1 и GLUT4 являются транспортерами глюкозы в головной мозг. При физиологическом голодании у здоровых людей отмечается снижение уровня инсулина и метаболизма глюкозы в головном мозге. Инсулинрегулируемый метаболизм глюкозы– ключевое событие в реализации нейрон-глиальных взаимоотношений, функционировании ГЭБ (гемато-энцефалический барьер), регуляции электровозбудимости, нейрогенеза и синаптогенеза в (пато)физиологических условиях[3].

Также в некоторых литературах по молекулярной медицине, авторы Шадрина М. И., Филатова Е. В., Сломинский П. А. отмечали следующие молекулы-мишени при болезни Паркинсона (CD38, CD157, Интегрин MAC-I (CD11b/CD18), PSD-95, PARP-1, HSP70, NMDA, LRRK2, JNK).

CD157, известен как стромальная клетка антиген-1 в костном мозге, что поддерживает выживание и функцию В-лимфоцитов и гемопоэтических или кишечных стволовых клеток. CD157 играет роль в качестве нейро-регулятора и выполняет двигательную роль при болезни Паркинсона[1].

PSD-95-белок, который организует молекулярную архитектуру синапсов и регулирует взаимодействие между ними и сигнализацию их молекул, что способствует запоминанию информации в головном мозге[2].

PARP-1 (поли (АДФ-рибоза) полимеразы-1), ДНК-связывающий фермент и регулятор транскрипции, играет важную роль в модуляции клеточного ответа на окислительный стресс и апоптоза, кроме того PARP1 имеет физиологическую роль в регуляции экспрессии альфа-синуклеина [5].

Накопление альфа-синуклеина во внутриклеточные включения, окислительный стресс и микроглии-опосредованного воспаления в черной субстанции являются важнейшими событиями в патогенезе болезни Паркинсона.

Hsp70 - молекулярный шаперон, как один из модуляторов неврологических расстройств. Модуляция HSP70 экспрессирует в дофаминэргических нейронах, улучшая здоровье этих клеток[2].

NMDA рецепторы важны для зависимой от активности синаптической пластичности, которые способствуют эффективности в передаче пресинаптических сигналов в головном мозге[2].

LRRK2 – ген-мишень, в котором происходит мутация при болезни Паркинсона. Этот ген может быть использованы в клинической практике при выявлении наследственных форм

болезни Паркинсона. Разработанные методы экспресс-тестирования мутаций в гене LRRK2 могут быть использованы в клинической практике при выявлении наследственных форм болезни Паркинсона, обусловленных мутациями в гене LRRK2. Это позволит проводить ДНК-диагностику членов семей больных при этом заболевании, обусловленной мутациями в этом гене, и осуществлять постановку на учет к невропатологу носителей мутаций до начала проявления клинических симптомов заболевания. Такой подход может способствовать повышению эффективности лечения болезни Паркинсона[5].

JNK-стресс-активируемые протеинкиназы, ингибирующие активность инсулиноподобного фактора и способствующие увеличению продолжительности жизни и обеспечивающие стрессоустойчивость. JNK киназы имеют 10 изоформ, происходящих из 3 генов JNK1, JNK2 and JNK3. JNK1 и JNK2 обнаружены во всех клетках и тканях. Воздействуя на JNK апоптоз и старение клеток сильно сдерживаются[5].

Таким образом, изучив 30 русско-язычных и 17 иностранных, выявлены основные молекулы, играющие роль в патогенезе неврологических заболеваний (болезни Альцгеймера и Паркинсона, ишемии головного мозга) и являющиеся потенциальными молекулами-мишенями для лечения этих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шадрина М. И., Значение митохондриальной дисфункции и окислительных повреждений в молекулярной патологии болезни Паркинсона/ Шадрина М. И., Сломинский П.А. // Молекулярная биология. –2008.–Т. 42–№ 5.– С. 809-819.
2. Экспрессия гена GSK3B в периферической крови –пациентов с болезнью Паркинсона/ Е. В. Филатова, М. И. Шадрина, А. В. Карабанов, П. А. Сломинский, С. Н. Иллариошкин, И. А. Иванова-Смоленская, С. А. Лимборская // Молекулярная биология. –2011. –Т. 45–№ 3.– С. 461-465.
3. Chiu S.L., Insulin receptor signaling in the development of neuronal structure and function/ S.L. Chiu, H.T. Cline // Neural Dev. – 2010. –V. 15. – P. 5–7.
4. Kahn C.R., Insulin action in the brain and the pathogenesis of Alzheimers disease/ C.R. Kahn, R. Suzuki // Diabetes, insulin and Alzheimer`s disease / Ed. S. Craft. Hardcover: Springer.–2010. –XIV. – 218 p.
5. Kalia S.K. Molecular chaperones as rational drug targets for Parkinson's disease therapeutics./ SK Kalia, LV Kalia, PJ McLean // CNS Neurol Disord Drug Targets. –2010 Dec.–9(6):741-53

6. Silveirinha V, Molecular targets underlying SUMO-mediated neuroprotection in brain ischemia. / Silveirinha V, Stephens GJ, Cimarosti H. // J Neurochem. – 2013 Dec. –127(5):580-91. doi: 10.1111/jnc.12347. Epub 2013 Jul 19.

УДК 614.253.89:159:616.831-005

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

И.А. Гаев

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ДПсхН, проф. Логинова И.О.

Актуальность исследования проблемы оказания психологической помощи семьям больных с острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт) связана с тем, что мозговой инсульт - наиболее часто встречающаяся форма поражения ЦНС. Сосудистые заболевания мозга – важнейшая медицинская и социальная проблема всех экономически развитых стран. В нашей стране происходит более 400 тысяч инсультов ежегодно, при этом за последние годы этот контингент больных значительно возрос и имеет четкую тенденцию к омоложению [1].

Инсульты условно можно разделить на кровоизлияние в мозг и инфаркт мозга. В первом случае причиной служит разрыв сосуда, во втором - закупорка сосуда тромбом или эмболом, либо спазм сосудистой стенки.

Чаще всего инсульты возникают у пожилых людей на фоне повышенных цифр артериального давления, распространенного атеросклероза, сахарного диабета. Однако в последнее время наметилась тенденция к омоложению данной патологии, что связывают с неблагоприятной экологической обстановкой, стрессами, злоупотреблением алкоголем, курением [2].

Клиническая картина заболевания достаточно многообразна и зависит от локализации и размеров очагов поражения в головном мозге. Следует отметить, что у большинства больных даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи сохраняются нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта, памяти. По данным ВОЗ, более 62% больных, перенесших церебральный инсульт, испытывают различной степени выраженности функциональный дефицит [2].

Поскольку более половины больных, имеющих те или иные последствия инсульта, являются людьми семейными, все большее значение приобретают психологические методы реабилитации, направленные не только на коррекцию внутренней картины болезни самого больного, но и на изменившиеся внутрисемейные отношения.

Острое нарушение мозгового кровообращения вне зависимости от тяжести состояния и характера течения заболевания навсегда изменяет жизнь пациента и его родственников.

Даже при незначительных последствиях перенесенного нарушения мозгового кровообращения стресс, переживаемый пациентом в процессе лечения и во время пребывания в стационаре, накладывает отпечаток на его поведение и в последующем. Это событие в определенном смысле становится переломным и чрезвычайно значимым в жизни пациента. Свою последующую жизнь пациент и его родственники отсчитывают от этого момента.

Наличие в семье больного делает ее весьма чувствительной и уязвимой в отношении ближайшего социального окружения. Родственники больных, перенесших инсульт, нередко находятся в состоянии постоянного психического перенапряжения. Такое перенапряжение может быть вызвано как физическими перегрузками и недосыпанием, так и с переживаниями по поводу судьбы близкого человека, с новыми заботами и нарушениями прежних жизненных планов, с изменением привычного образа жизни, отдалением прежних друзей, финансовыми трудностями. Родственники часто боятся возможного ухудшения состояния близкого им человека или же его смерти, что приводит к их чрезмерной опеке над ним [4].

Тяжелое влияние на окружающих нередко оказывают вызываемые болезнью изменения характера или настроения пациента, проявляющиеся в повышенной раздражительности или несдержанности, апатии или угнетенности, интеллектуальном снижении или поведенческой расторможенности. Иногда родные начинают винить себя в невольной причастности к случившемуся или в том, что были так мало внимательны к пострадавшему до болезни. Родственники могут испытывать угрызения совести и по поводу того, что они тяготятся вновь появившимися заботами и хотят вернуться к своей прежней жизни.

Психическое перенапряжение родственников отрицательно сказывается и на их собственном здоровье, и на судьбе самого больного. Больному важно помочь осознать и принять свое положение, предоставив ему объективную информацию о заболевании, его последствиях и перспективах восстановления нарушенных функций. Эти знания позволяют лучше решить вопрос, как приспособиться к болезни.

Не всегда надо рассказывать больному все негативные детали о его состоянии, чтобы защитить его от ненужных переживаний. Но все же, больной имеет право знать настолько

много о своем положении, насколько это возможно, и только достаточно полная объективная информация поможет ему принять рациональные решения, как жить дальше.

Родственникам больного, перенесшего инсульт, тоже нужна психологическая помощь. Инсульт резко меняет жизнь не только больного, но и его домочадцев. Они переживают случившееся не меньше, а часто даже больше самого пациента. На плечи родственников внезапно обрушивается огромная дополнительная нагрузка: в первый месяц они разрываются между домом, работой и посещениями больницы. Если восстановление нарушенных функций у пациента затягивается, долго не возвращаются свобода движений, память, речь, навыки самообслуживания, то у родственников больного накапливается хроническая усталость — и эмоциональная, и физическая, что, несомненно, понижает уровень их жизнестойкости в этих трудных условиях.

В ходе размерного, спокойного существования человек не задумывается, что его жизнь, жизнь его близких – это, то самое ценное, что у него есть, это то, что, потеряв невозможно приобрести ценой любых усилий. Внезапно столкнувшись с болезнью близкого человека, порой, семья не может найти физических и душевных сил для поддержки больного, справиться с ответственностью. Именно тогда, родственники заболевших, особенно остро нуждаются в помощи специалиста-психолога [4].

Работе с семьей присуща своя специфика, что обусловлено, прежде всего, тем, что семья является относительно закрытой системой. Кроме того, необходимо учитывать, что семьи обладают своими социокультурными особенностями. Именно в нашей стране семьям свойственна патриархальность, совместное проживание нескольких поколений, эмоциональная и материальная взаимозависимость членов семьи. Многие семьи являются функционально неполными, что частично связано с особенностями их культурно-исторического развития.

Родственники страдают от болезней своих близких не меньше, чем сами больные, но при этом должны быть сильными, мудрыми и не капризничать, потому что жертвы здесь - не они. Друзьям и родственникам больных людей тоже бывает трудно и плохо. Иногда даже труднее, чем самим больным. И им тоже нужно научиться, как жить в новой ситуации. И научиться обращаться со страданиями - своими и чужими.

Медико-санитарное просвещение населения на настоящее время признано одним из приоритетных направлений деятельности здравоохранения. Информированность населения о факторах риска развития той или иной патологии, здоровом образе жизни, поведении при наличии хронических заболеваний, а также осознание пациентами необходимости выполнения рекомендаций врача оказывают влияние на работоспособность и состояние здоровья населения, а также способы уменьшить заболеваемость и смертность.

Необходимость обучения не только самих пациентов, но и их родственников продиктована особенностями больных перенесших инсульт: ограниченными возможностями самостоятельного передвижения, нарушениями когнитивных функций [3].

Очевидно, что в нашей стране назрела необходимость создания специальных консультационно-психологических программ помощи родственникам тяжелобольных людей. Создание их должно опираться на четкую методологическую основу и иметь научное обоснование. Между тем социально-психологических исследований, направленных на изучение сопровождения и поддержки родственников тяжелобольных практически не существует.

Таким образом, создание школ здоровья для пациентов, перенесших инсульт и их родственников – актуальная задача.

Одной из основных целей занятий должно являться – восстановление душевного равновесия родственников пациентов, создание базы для поддержания этого равновесия. От того, в каком состоянии находятся родственники пациента, во многом зависит его жизнь и здоровье. Если – родственник находится в состоянии устойчивого душевного равновесия, если он мобилизован и внимателен, доверяет врачам и медсестрам, осуществляя посильную помощь, а не контроль, то не только для пациента создаются благоприятные условия, но и но и медицинский персонал относится к пациенту более чутко и внимательно. Объяснить это родственникам, находящимся в состоянии замешательства, отчаяния или смятения, нет никакого смысла. Даже если они согласятся, это не изменит их душевного состояния. Мы не можем заставить другого человека почувствовать то, что хочется нам, но мы можем помочь ему обрести свойственное именно ему ресурсное состояние [3].

Перенесенный инсульт вызывает целый ряд отклонений в поведении больного, что ухудшает взаимоотношения в его семье. Заболевание члена семьи влечет за собой изменения не только его собственного настроения и поведения, но и настроения и поведения здоровых её членов. Таким образом, первичной социальной средой, в которой осуществляется реадаптация больного к новым условиям психологического и физического существования является семья. Члены семьи, столкнувшись с фактом заболевания, также переживают различные психологические реакции, обусловленные необходимостью трансформации привычных способов социального функционирования [4].

Таким образом, в обычных условиях, без психологической коррекции, семья не способна стать терапевтической средой, столь необходимой на ранних этапах реабилитации после перенесенного инсульта.

Несмотря на актуальность данной темы именно с психологическими аспектами реабилитации после инсульта, проблеме психотерапевтического сопровождения

постинсультных больных и их семей уделяется недостаточно внимания, в ряде источников лишь указывается на важность подобных мероприятий [4].

Главными принципами психотерапевтического сопровождения семей постинсультных больных являются постепенность, поэтапность и комплексность его осуществления при обязательном контроле соматического состояния постинсультных пациентов. Важной особенностью комплексного подхода является то, что семейная терапия фактически является логическим продолжением индивидуальной психотерапии и повторяет её этапы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – 2006. - С. 24-96.

2. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова, 2013. – №13 - вып.2 «Инсульт», С. 7-63.

3. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Руководство для врачей/ под. Ред. В.И. Скворцовой. – 2008. - С. 6—35.

4. Яновская Е.М., Балунов О.А. Семейное консультирование в системе реабилитации больных, перенесших инсульт. - 2001, - С. 136-145.

УДК 618.14-006.36-089.819:616.147.16-005.7-036-073432.19

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.Р. Гайфуллина , С.В. Бабаева, А.И. Гахраманова, 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.

Одним из наиболее распространенных заболеваний женских половых органов, занимающее второе место после воспалительных заболеваний, выступает миома матки [5]. В последнее время увеличивается число женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, а также возрастных первородящих (после 35 лет). Обращает на себя внимание наличие миомы матки у молодых женщин; средний возраст ее выявления составляет 32 года. Симптомная миома матки в возрасте от 20 до 30 лет встречается у 5–7% женщин, в 30–40-

летнем возрасте – у 35-43%, у женщин, достигших пременопаузального возраста, частота миом достигает 55%, а по данным некоторых авторов, до 62% [4, 6, 7]. Хирургическому лечению подвергается до 70% пациенток с миомой матки. Оставаясь «любимой патологией» гинекологов, склонных к хирургической деятельности, лейомиома матки практически никогда не рассматривалась как заболевание, которое можно вылечить консервативно[8]. Поиск и оптимизация органосберегающих методов лечения миомы матки, в настоящее время, остаются актуальными, так как они должны помочь не только сохранить орган, но и снизить количество операций консервативной миомэктомии. Новейшие достижения рентгенохирургии позволяют предложить альтернативный малоинвазивный органосохраняющий метод лечения миомы матки – эмболизацию маточных артерий (ЭМА). В связи с возрастающим интересом к данной методике возникла необходимость оценки эффективности лечения миомы матки. Целью исследования являетсяоценка эффективности ЭМА у пациентов с миомой матки. Для достижения цели были поставлены следующие задачи - оценить клиническую симптоматику после ЭМА при миоме матки в отдаленном послеоперационном периоде; оценить степень уменьшения размеров миоматозных узлов 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 ± 6,0 года).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. Контрольное УЗИ с допплерометрией и/или МРТ выполняли на вторые сутки после процедуры, а также через 1 и 3 месяца, 6 , 9 и 12 месяцев после ЭМА. Первым проявлением эффективности ЭМА является уменьшение характерных клинических признаков. Непосредственно после вмешательства нормализуются менструальные кровотечения, уменьшается их объем и продолжительность. Уменьшение миоматозных узлов, а также общих размеров матки наиболее активно происходит в течение первых 6-8 месяцев после ЭМА. В среднем, к году объем узлов уменьшается более чем в 4 раза. Небольшие миомы исчезают полностью. Строго говоря, уже через 2 недели после ЭМА миомы замещаются соединительной тканью. По данным нашего исследования наибольший эффект от ЭМА наблюдался на сравнительно небольших узлах (до 5 см) и при интерстициальной

локализации. Таким образом, проанализированы результаты ЭМА у 25 женщин с симптомной миомой матки. В ходе исследования пришли к следующим выводам - эмболизация маточных артерий является высокоэффективным, малоинвазивным, органосохраняющим методом лечения геморрагического синдрома при миоме матки; ЭМА в ближайшем послеоперационном периоде приводит к полному устранению или критическому снижению (78%) клинических проявлений геморрагического синдрома, улучшая качество жизни пациенток; применение ЭМА позволяет уменьшить размеры миоматозного узла уже в раннем послеоперационном периоде на (16%) без хирургического вмешательства (ампутации, экстирпации матки); наилучший эффект от ЭМА получен при интерстициальной локализации миоматозных узлов, размерами до 5 см.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башмакова Н.В., Рощина М.О., Чистяков М.А. Оценка гистологических и иммуногистохимических изменений в эндометрии после проведения эмболизации маточных артерий по поводу миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 8. – С. 20-24
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ. – 2004. – 400 с.
3. Волков О.И., Самойлова Т.Е., Коков Л.С. Эмболизация маточных артерий для лечения лейомиомы матки. Тихоокеанский медицинский журнал. - 2009.- № 3.- С. 48-51.
4. Ланчинский В.И., Ищенко А.И. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 5-6. – С. 64-69.
5. Сидорова И.С. Миома матки (современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации и профилактики). – Миома матки. / Под ред. И.С. Сидоровой. – М.: МИА – 2003. – С. 5-66.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА 2003. – 559.
7. Pavlovich S.V., Volkov N.I., Burlev V.A. Proliferative activity and level of steroid hormone receptors in the myometrium and myoma nodes in different phases of menstrual cycle // Bull. Exp. Biol. Med. – 2003. – Vol. 13, № 4. – P. 396-398.
8. Shen Q., Hua Y., Jiang W. Effects of mifepristone on uterine leiomyoma in premenopausal women: a meta-analysis // Fertil. Steril. – 2013. –Vol. 100, № 6. – P. 1722-1726.

УДК 618.3-06:617-089-036.22

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ

Л. Р. Гайфуллина, К. В. Мороз, Е. С. Чванькова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана
Научный руководитель: к.м.н., доц. Серова Е. С., асп. Струзик А. С.

Беременные – одна из самых уязвимых групп хирургических больных [1, 2, 3]. В развитых странах экстрагенитальная патология занимает первое место в структуре материнской смертности [7]. Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном развития беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляется все осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде. По данным многих авторов, хроническими экстрагенитальными заболеваниями страдает 70% беременных [5]. Распространенность хирургических болезней у беременных составляет примерно 2:1000 – 8,5:1000 [4]. Целью данного исследования является углубленное изучение и анализ структуры хирургической заболеваемости, особенностей течения патологического процесса у больных исследуемой группы. Основной задачей работы является выявление характерных особенностей течения острых хирургических заболеваний и возможных недостатков лечебно-диагностической тактики ведения беременных, находившихся на стационарном лечении в отделениях общего хирургического профиля.В ходе исследования, был проведен ретроспективный анализ 126 историй болезни беременных, находившихся на стационарном лечении в отделениях общего хирургического профиля, в возрасте от 16 до 38 лет, в период с 2009 по 2014 год. Помимо этого, на 78% осуществлен активный патронаж женщин, включенных в основную группу исследования. Из исследования, в соответствии с установленными критериями, были исключены 6 беременных с иммунодефицитными состояниями (5 человек с иммунодефицитом на фоне ВИЧ-инфекции и одна больная с глубоким иммунодефицитом на фоне лимфопролиферативного заболевания). Так же из основной группы были исключены 6 беременных, преждевременно прекративших стационарное лечение по собственной инициативе (менее двух койко-дней). Таким образом, основная группа исследования составила 114 больных. Лечебно-диагностическая тактика ведения больных во всех случаях соответствовала рекомендациям министерства здравоохранения. Отклонения от указанного алгоритма и решения о необходимости оперативного лечения, во всех случаях, сопровождались заключением врачебного консилиума. Распределение больных по срокам беременности и нозологическим единицам представлено в таблице 1.

Таблица №1 – распределение больных по срокам беременности и нозологии.

	I триместр N=42 (36,8%)		II триместр N=45 (39,5%)		III триместр N=27 (23,7%)	
	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение
Острый аппендицит		Катаральный – 7 Деструктивный - 9		Катаральный - 6 Деструктивный - 13		Катаральный – 2 Деструктивный - 6
Острый панкреатит	5		7	1	5	
Острый калькулезный холецистит	5		6	3	1	1
Гастриты	10		4		6	
Кишечная колика	3		3			
Спаечная кишечная непроходимость			1			
Пиелонефрит и цистит	1		1		4	
Желудочно-кишечное кровотечение	2					
Всего:	26	16	22	23	16	9

Из таблицы №1 видно, что оперативное лечение понадобилось 48-и больным (42,1%). В случае с острым аппендицитом, за исключением двух случаев, операция была произведена в первые 24 часа с момента госпитализации (в большинстве случаев в первые 6 часов). Всем больным была выполнена стандартная аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову с учетом анатомических особенностей. Доля деструктивных форм аппендицита, подтвержденных гистологически, составляет 63,6% от общего количества прооперированных. Оперативные вмешательства по поводу острого калькулезного холецистита производились в срок от 12 часов до 6 суток с момента госпитализации. Всем больным была произведена холецистэктомия малоинвазивным способом. В одном случае операция закончилась наружным дренированием общего желчного протока. В 100 % случаев

патогистологическое заключение давало картину деструктивного холецистита. Операция по поводу острого панкреатита ограничилась лапароскопическим дренированием брюшной полости ввиду наличия мелкоочагового панкреонекроза с диффузным ферментативным перитонитом. Летальных исходов и случаев перинатальной гибели плода не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.Таким образом, число деструктивных заболеваний органов брюшной полости составило 28,9% от общего числа больных. Во всех случаях больным в разные сроки проводилось оперативное лечение. Несомненно, основным моментом в выборе тактики лечения является клиническая картина, динамика заболевания и, конечно, опыт и мастерство хирурга. Однако, проводя анализ историй болезни, особое внимание мы уделяли объективным, клинико-лабораторным показателям. Для стандартизации и объективизации оценки лабораторных данных, возникла необходимость рассчитать интегральный показатель тяжести и выраженности воспалительного процесса. Для всех больных был рассчитан лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Кальф-Калифа, в день поступления при консервативной терапии и в день операции в группе прооперированных больных. Для оценки объективности стандартных лабораторных показателей все больные были разделены на 3 группы. 1 группа: прооперированные больные с деструктивными заболеваниями (n=33).2 группа: прооперированные больные с не деструктивными заболеваниями (n=15).3 группа: беременные, получавшие стандартную консервативную терапию (n=66).

Таблица №2 – среднее значение ЛИИ

Группа 1	Группа 2	Группа 3
3,1 ± 0,9	2,6 ± 0,4	2,6 ± 0,8

Таким образом, установлено, что показатели ЛИИ сопоставимы во 2-й и 3-й группах, и достоверно отличаются от показателей в группе 1. Однако, в ходе анализа, было установлено, что ЛИИ обладает большой вариабельностью, в связи с чем не может служить объективным показателем для коррекции стандартной терапии, будь то назначение антибактериальных препаратов или формулировка показаний к экстренному оперативному лечению. В связи с этим, для исследуемой уязвимой группы больных, на наш взгляд, существует необходимость дополнения стандартной диагностической схемы наиболее чувствительными и специфичными лабораторными методами. Помимо трудностей в диагностике острой хирургической патологии у беременных, обусловленными изменениями топографии органов в связи с увеличенной маткой и снижением защитного напряжения мышц в связи с растяжением брюшной стенки, имеет место частое несоответствие степени

выраженности воспалительного процесса со стандартными лабораторными показателями [3, 6]. Данный факт, по-видимому, связан с физиологическим иммунодефицитом, присущим беременным. По нашему мнению, у беременных, госпитализированных с подозрением на острую хирургическую патологию, для большей объективности должны применяться дополнительные методы обследования: определение уровня в крови белков острой фазы и специфических антимикробных пептидов. Данные методы позволят объективно оценить выраженность воспалительного процесса и доказать его бактериальную этиологию [3, 8, 9]. На основании полученных данных может быть своевременно и адекватно назначена антибактериальная терапия и объективизирована формулировка показаний к оперативному вмешательству.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кондратина, Т. Г. Белки острой фазы воспаления и маркеры эндотоксинемии, их, их прогностическая значимость в гинекологической практике / Т. Г. Кондратина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. –№ 3. – С. 26-30.
2. Кох, Л. И. Острый живот в акушерстве: методическое пособие. / Л.И. Кох, И.А. Степанов – Томск, 2002. – 39с.
3. Оперативное лечение острого калькулезного холецистита во II триместре беременности / Ю. С. Винник, А. Т. Егорова, Е. В. Серова и др. // Врач. – 2014. – № 8. – С. 62-63.
4. Особенности интенсивной терапии острого панкреатита у беременных / В. С. Костенко, Т. П. Кабанько, В. С. Балацко и др. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Том 13. – № 2. – С. 287-289.
5. Струзик, А. С. Социально-экономическая эффективность использования специальных методов диагностики и прогнозирования течения калькулезного холецистита у беременных / А. С. Струзик, Е. В. Серова // Сборник научных статей студентов и молодых учёных, посвящённый памяти профессора В. К. Сологуба Молодой организатор здравоохранения. – Красноярск, КрасГМУ, ООО Версо.- 2013. – С. 324-328.
6. Шаймарданов, Р. Ш. Инструментальные методы исследования в диагностике острого аппендицита у беременных / Р. Ш. Шаймарданов, Р. Ф. Гумаров // Казанский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С. 622-625.
7. Ko, C. Biliary sludge and acute pancreatitis during pregnancy / C. Ko // Nature clinical practice gastroenterology & hepatology.– 2006 – Vol. 3, № 1. – P. 53-57.

8. Determinants of serum concentrations of lipopolysaccharide-binding protein in the adult population: the role of obesity / A. Gonzales-Quintela, M. Alonso, J. Campos, et al. // PLOS one. – 2013. – № 1. – P. 5-12.
9. Lipopolysaccharide binding protein – an inflammatory marker of prognosis in the acute appendicitis / C. Branescu, D. Serban, C. Savlovschi, et al. // Journal of Medicine and life. – 2012. – № 3. P. 342-347.

УДК 159.923.4:616.33-002.44

ТИП ТЕМПЕРАМЕНТА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гайфуллина Л.Р., Мунаварова С.С.
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра педагогики и психологии с курсом ПО
Научный руководитель: к.пс.н., доц. Чупина В.Б.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является весьма распространенным заболеванием, актуальность которого в значительной степени предопределяется сложностью этиологии и патогенеза, частым рецидивированием, а также недостаточной эффективностью проводимой терапии [7]. Современные представления об этиопатогенезе и методах лечения язвенной болезни базируются на взаимодействии многочисленных факторов, где немаловажную роль оказывает тип нервной системы, в частности особенности темперамента [1,2]. С целью изучения типа темперамента у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, нами было проведено анкетирование, в котором принимали участие 20 пациентов с диагнозом язвенная болезнь желудка. Критериями отбора участников тестирования явились: подтвержденный медицинский диагноз язвенной болезни желудка, отсутствие психических расстройств (не стоящие на учете у психиатра), добровольное участие в исследовании. Для исследования была использована методика Личностный опросник по Айзенку. В результате проведенного исследования было установлено, что 50% пациентов с сильным, неуравновешенным, подвижным типом нервной системы, для которых характерно резкость и стремительность движений, яркая выраженность эмоциональных переживаний. Такие люди склонны действовать из-за всех сил, истощаться больше чем следует, что соответствует холерическому темпераменту. 30% из исследуемых обладают меланхоличным

темпераментом, они сдержанны, нерешительны, им трудно долго на чем-то сосредоточиться [3,4]. 20% относятся к людям с сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы, для которых характерно быстрое приспособление к новым условиям, общительность, то есть это сангвиники. Таким образом, у пациентов с типом темперамента «холерик» болезнь встречается чаще, так как они менее устойчивы к эмоциональным стрессам и выявили, что большинство имеют склонность к нервно-психическим нарушениям, причем пациенты с отягощенной наследственностью имеют более выраженную интенсивность их проявления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак О. Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Современная гастроэнтерология. - 2003. - № 2 (12). - С. 65-67.
2. Бузунов А. Ф. Формирование психосоматической патологии. Язвенная болезнь. Жёлчнокаменная болезнь. - СПб. : Интермедика, 2003. – № 20. - С. 68.
3. Булгак К.И. О патоморфозе язвенной болезни. Врачебное дело.- 1988.- №6.- С.13-67.
4. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М.:Медицина.- 2001.- №12.- С.65-87.
5. Васильева Е.А. Профилактика язвенной болезни и её обострений. 2001.-№1- С.12-18.
6. Вотчал Б.Е. Роль психических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М.: Медицина, 1992. - №5.- С.79-81.
7. Губачев Ю. М. и др. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Ю.М. Губачев, О.Т Жузжанов – Алма-Ата: Казахстан, 1999. - №1.- С.8-18.
8. Ковалев В. В. Личность и нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М.: Медицина, 2008. -№ 1.- С. 102-114.

УДК 616.8-001-053.31-06:618.5-089.888.61

БИОМЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИИ

Л.Р. Гайфуллина

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. С.Л. Парилов, асс. А.К. Сикорская

Снижение младенческой заболеваемости и смертности в значительной мере определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения. В целях профилактики материнской и перинатальной смертности в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к расширению показаний для абдоминального родоразрешения [5]. Частота кесарева сечения, по данным различных авторов, колеблется от 3-6,5 до 24,8% [3, 5]. Показатель оперативного родоразрешения в нашей стране с 2001 г. вырос на 17,5% и в 2012 г. составил 159,1 на 1000 родов [5]. Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения диктует необходимость оценки биомеханизмов повреждающего действия на нервную систему плода, влияния на процессы его ранней и поздней адаптации. Многие авторы указывают, что адаптация детей, извлеченных операцией кесарево сечение, протекает более напряженно, чем у детей, родившихся естественным путем, связывая это с отсутствием воздействия на плод физиологически необходимого биомеханизма родов и стрессовой реакции плода на роды [1,4]. Во всех странах мира, в том числе и в России, отмечается рост частоты кесарева сечения [5, 10]. Поэтому целью данной работы является выявление возможных типичных деформаций костей черепа у ребенка при классических манипуляциях, применяемых акушером для извлечения головы из полости матки во время операции кесарево сечение. Для достижения цели поставлены следующие задачи: 1. анализируя литературные источники выявить типичные манипуляции акушера при выведения головы плода; 2. выявить биомеханизм сдавления руками акушера, приводящий к смещению костей черепа и, определить биомеханизм деформаций шейного отдела позвоночного столба; 3. определить могут ли указанные деформации головы и шейного отдела привести к травме центральной нервной системы. При анализе работ И.С. Цибульской (1989), И.Р. Елизаровой (1989), Э.Н. Ахмадеевой (1990), Ю.В. Дондюк (1990), И.Н. Холодовой (1990), А.М. Абубакировой (1990), С.Д. Шиловой (1994), Е.Н. Байбариной (2003), M. Stark (1994) замечено, что кесарево сечение до начала родовой деятельности является фактором риска для новорожденного[3,6]. Причина этого, авторы считают, отсутствие фактора родов, являющегося необходимой физиологической мерой воздействия на плод, обеспечивающей своевременный запуск компенсаторных реакций плода и наиболее оптимальное обеспечение перехода его к внеутробному существованию. По литературным данным, у новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, с первых дней жизни ЭЭГ имеет отклонения от возрастной нормы. Она может носить слишком уплощенный характер, либо наблюдаются слишком разнообразные формы пароксизмальной активности в виде спайк-разрядов, пиков, одиночных высокоамплитудных потенциалов, комплексов заостренных медленных волн.

Нормализация функционального состояния головного мозга у них может наступать лишь к 9-10 дню жизни. У детей после абдоминального родоразрешения уровень гормонов симпатико-адреналовой системы (САС) 2,5 раза выше, чем у новорожденных после самопроизвольных родов[2,7]. Что позволяет говорить о гиперсимпатикемии. При анализе англоязычных литературных источников, выявлено, что повреждения нервной системы плода при кесаревом сечении обусловлены самим механизмов извлечения головы. Наиболее часто используемой операцией кесарева сечения является операция в нижнем сегменте матки поперечным разрезом[6]. Поперечный разрез нижнего сегмента производят на уровне наибольшего диаметра головки, после чего в разрез вводят указательные пальцы обеих рук и, раздвигая их в стороны, расширяют рану в перешейке матки до крайних точек периферии головки. Затем 4 пальца (II—V) правой руки вводят в полость матки так, чтобы ладонная поверхность прилегала к головке плода, и, поворачивая головку затылком или лицом кпереди, производят соответственно ее сгибание или разгибание и осторожно выводят из матки, после выведения головки, захватывают ее ладонями обеих рук за боковые поверхности и осторожными тракциями постепенно извлекают одно и другое плечико, а затем и все туловище. В случае затруднённого выведения головки плода вместо кисти руки под нижний полюс головки можно подвести ложку щипцов и, слегка надавливая на дно матки, вывести головку из матки. Ладонная поверхность и пальцы руки акушера при выведении головы ребенка из полости матки давят на нее, и чем сильнее давление, тем сильнее деформация и может формироваться классическая черепно-мозговая травма сдавления головного мозга. Ротационно сгибательные и разгибательные манипуляции при извлечении головы ребенка приводит к дополнительной деформации шейного отдела позвоночника, формируя комплекс спинальной травмы. Стоит отметить связь биомеханизма травмы и позиции рук акушера по отношению головки ребенка при различных вида прилежания головки ребенка:- Если рука акушера находится ладонной поверхностью, относительно лица ребенка, то происходит давление на затылочную кость пальцев рук акушера с наползанием ее на теменные по ламбдовидному шву. Давление на подзатылочную ямку приводит к прогибанию сквама-латерального синхондроза в полость черепа с формированием перелома.- Если рука акушера находится ладонной поверхностью, относительно затылка ребенка, то происходит давление на подзатылочную ямку и височные кости пальцев рук акушера, что обуславливает наползание височных костей по чешуйчатому шву, лобных костей по венечному и затылочной по ламбдовидному - на теменные кости, смещение их краев в полость черепа с давлением на головной мозг и с возможным формированием отрыва чешуи височной кости от ее каменистой части. Указанные методы родоразрешения ведут к деформации головки плода, как проявление травмы сдавления и

ротационно-сгибательно-разгибательным деформациям позвоночного столба. Указанный анализ позволяет утверждать, что при расположении головы ребенка лицом вверх и затылочной областью вверх сдавление преимущественно происходить во фронтальной плоскости с элементами сагиттального сдавления. При давлении на подзатылочную ямку возникает локальный перелом сквама-латерального синхондроза. Совокупность и локализация поражения нервной системы при операции КС позволяет говорить, что они являются проявлениями механической травмой сдавления головы с ротационно сгибательно-разгибательной деформацией шейного отдела позвоночника, в результате действия на голову и шею ребенка травмирующих сил - пальцев рук акушера гинеколога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные аспекты родоразрешения в современном акушерстве//Тезисы докл. I Всероссийского съезда акушер-гинекологов и педиатров «Медико-социальные аспекты перинатолоши, современные технологии родоразрешения», Челябинск. 1992.
2. БарашневЮ.И. Неонатальная неврология: действительность, иллюзии и надежды// Акушерство и гинекология-1994. -№1.- С. 2-78.
3. Беличенко О.И., ДадваниС.А., Абрамова Н.Н., Терновой С.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний. – ВИДАР. -Москва. – 1998.- С.54-90.
4. Бодемер Ч. – Современная эмбриология - Изд-во «Мир», 1987.
5. БурдулиГ.М., Фролова О.Г. – Репродуктивные потери. – М., «Триада-Х», 2013
6. Заболеваемость и смертность новорожденных при абдоминальном родоразрешении // Современное акушерство и кесарево сечение: Сб. трудов, — М.- 2011.
7. Кириллова Е.А. – Клинические и генетические аспекты нарушений репродуктивной системы женщины - Акушерство и гинекология, 2001 .- № 6.
8. Максимова Е.В. – Онтогенез коры больших полушарий-М., Изд-во «Наука», 1980
9. Сотникова К.А. – Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных- «Медицина», 2006.
10. Цыбелова Э.М. Распространенность и клинические особенности течения ГИЭ у доношенных новорожденных, рожденных путем операции кесарева сечения // Материалы 8 Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2007.

УДК 005.334.2:8085

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ В ОЦЕНКЕ СПОРА КАК ВИДА РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

В. В. Галанин
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков
Научный руководитель: к. филол. н., доц. С. В. Волынкина

В повседневной жизни едва ли не каждому человеку приходится доказывать свою точку зрения, обосновывать собственные взгляды на жизнь, соответственно, периодические столкновения с таким видом речевой коммуникации, как спор, оказываются неотъемлемой частью существования человека в социуме.

В одной из своих работ известный российский кардиохирург Ю. А. Шнейдер делает важное замечание по теме спора: «Я не склонен доверять пословице: «В спорах рождается истина». Истина, как мне представляется, по сути своей вне спора: она бесспорна. Чаще в спорах рождается только склока» [7]. В противовес Ю. А. Шнейдеру, писатель Ч. Диксон утверждает: «Спор — это норма жизни. Если в вашей жизни нет споров, проверьте, есть ли у вас пульс» [3. С. 6]. Очевидно, что оппозиционность в трактовке понятия «спор» присуща не только большим учёным; противоречивость в оценке данного явления отражена и в устном народном творчестве (пословицах, поговорках, волшебных сказках и т. д.), и в произведениях художественной литературы, и, наконец, в суждениях, осуществляемых людьми в контекстах от бытового до официально-делового и научного.

В связи с этим нам представляется необходимым провести исследование, объектом которого является спор как вид речевой коммуникации; целью – выявление положительных и отрицательных аспектов репрезентации спора.

Названная цель предопределила решение следующих исследовательских задач:

1) изучить содержание, структуру и актуальные типологии спора;

2) определить основания для разграничения положительных и отрицательных сторон спора, приняв во внимание работы предшествующих исследователей;

3) дифференцировать качества спора с точки зрения отнесённости к положительному или отрицательному полюсу оценочной шкалы.

Материалом для анализа послужили работы ведущих учёных, занимавшихся проблематикой спора, работавших в русле эристики и конфликтологии, а также результаты

социологического опроса жителей города Красноярска возрастной группы от 16 до 20 лет как представителей прогрессивной части населения, отражающей современный взгляд и основные тенденции в развитии общественного мнения. В ходе исследования был использован ряд лингвистических и социологических методов, среди которых можно выделить комплексное изучение литературы, описание, сопоставительный и пофакторный анализ, а также анкетирование.

Согласно определению, сформулированному в словаре Д. Н. Ушакова, «спор – взаимное пререкание, словесное (устное или письменное) состязание, в котором каждая из сторон отстаивает свое мнение, свою правоту» [6. С. 777]. В свою очередь авторы учебного пособия по культуре речи Л. К. Граудина и Е. Н. Ширяев рассматривают понятие спора как форму доказательства противоположных мнений и поиск наиболее приемлемого решения: «спор — это публичное обсуждение проблем, интересующих участников обсуждения, вызванное желанием как можно глубже, обстоятельнее разобраться в обсуждаемых вопросах: это столкновение различных точек зрения в процессе доказательства и опровержения» [4. С. 149].

Вопрос о том, чего больше в споре – хорошего или плохого, не разрешен до сих пор. На сегодняшний день среди филологов, логиков и философов на этот счет нет единого мнения. Умение вести спор в оптимистическом ключе, используя его исключительно как средство идейного обогащения, очень высоко ценится в современном обществе, так как подобное умение полностью соответствует главным принципам и правилам ведения спора. Если же участник словесного противоборства преследует цель победы над противником, независимо от истинности мысли, то данный спор считается неэффективным и может привести к недопониманию сторон или даже конфликту.

Принимая во внимание совокупность теоретических изысканий по теме спора, в ходе настоящего исследования были определены базовые принципы для сравнения положительных и отрицательных качеств, на основании чего проведён пофакторный анализ, результаты которого оформились в следующую таблицу (см. таблицу 1):

Таблица 1 –Пофакторный анализ положительных и отрицательных сторон спора на основании теоретических источников.

Основание для сравнения	**Положительные черты**	**Отрицательные черты**
Цель	Решение проблем и задач, установление истины	Победа в споре любой ценой, воздействие на собеседника
Причина возникновения	Наличие разногласий и желание отстоять свою точку	Достижение корыстных целей

	зрения	
Выполняемая функция	Спор как средство проверки собственных идей и доказательств	Спор как средство разжигания конфликтов
Ожидаемый результат	Достижение компромисса, консенсуса	Манипуляция собеседником, попытка склонить его на свою сторону
Психологическая установка	Установка на эмпатию, активное слушание (умение слышать собеседника, уважать его точку зрения)	Установка на деструктивное поведение, эмоциональная глухота (нежелание слышать собеседника, стремление любыми средствами разрушить его доводы)
Стратегии и тактики ведения спора	Приведение объективных доказательств, рациональность доводов, аргументов; использование позволительных уловок	Приведение ложных доводов, использование грубейших, непозволительных уловок, выраженная агрессия
Характерные черты	Точность и объективность в изложении фактов; доброжелательный посыл в сторону оппонента и терпимость по отношению к его мнению	Субъективность в оценке и подаче фактического материала; деструктивное поведение и агрессивный посыл в сторону оппонента, нежелание слушать последнего, навязывание ему своей точки зрения

Исходя из приведенных выше данных, можно сделать вывод о том, что спор – это весьма неоднозначное явление речевой коммуникации, которое требует дополнительных методов исследования, таких, например, как изучение общественного мнения.

В ходе проведённого социологического исследования было опрошено 62 респондента в возрасте от 16 до 20 лет (студенты первого курса КрасГМУ). Из них мужчин (38,7 %), женщин (61,3%). Вопросы анкеты, представленные для рассмотрения респондентам, касались оценки спора как вида речевой коммуникации.

На вопрос: «Часто ли вам приходится вступать в спор со своими друзьями, родственниками и пр.?» 30,6 % опрошенных ответили: «да, часто», 37,1 % выбрали ответ: «периодически», а 32,3 % –ответ «довольно редко». Представленные результаты не показали значительных различий в распределении ответов, что может характеризоваться как гармоничное – равновесное – сочетание групп респондентов из числа тех, кто активно включается в спор и готов к прямой словесной борьбе, и тех, кто проявляет компромиссный тип поведения и стремится по преимуществу к бесконфликтной коммуникации, но в случае крайней необходимости готов вступить в вербальную дуэль.

Что касается определения спора как положительного или отрицательного явления в жизнедеятельности человека, то здесь анкетирование показало результаты, разительно отличающиеся от предыдущих: со значительным перевесом (46,8 % участников опроса) на первом месте оказался вариант «спор – это положительное явление». Ответы остальных респондентов распределились в две относительно равные группы: 27,4 % сочли спор явлением отрицательным, 25,8 % затруднились дать ответ на поставленный вопрос либо указывали два варианта ответа.

Также респондентам предлагалось аргументировать ответ на предыдущий вопрос посредством уточнения положительных и отрицательных качеств спора как средства речевой коммуникации. Так, ответы на вопрос «Какие положительные стороны спора Вы можете выделить?» оформились в несколько групп, представленных в таблице 2.

Таблица 2 – Положительные стороны спора в оценке фокус-группы

Вариант ответа	**(%)**
Возможность высказать собственное мнение	29
Установление истины, получение новой информации	24,2
Рассмотрение проблемы с разных сторон	19,3
Достижение компромисса, консенсуса	11,3
Отрицание положительных качеств спора	9,7
Выплеск отрицательных эмоций	3,25
Достижение победы, азарт и интерес в отношении состязания	3,25

На основании данных таблицы можно сделать вывод о том, что большинство опрошенных активно используют спор в своей речевой коммуникации и оценивают его как положительное явление. Среди положительных сторон спора, как правило, указывают возможность высказать собственное мнение, установить истину, рассмотреть проблему с разных сторон и, что особенно важно для данной возрастной категории, использовать спор для достижения компромисса, гармонизации социального взаимодействия.

Также участникам анкетирования предлагалось ответить на вопрос: «Какие отрицательные стороны спора вы можете выделить?». Полученные ответы, несмотря на формальную разнородность, также распределились по нескольким группам и представлены ниже в виде таблицы 3.

Таблица 3 – Отрицательные стороны спора в оценке фокус-группы

Вариант ответа	**(%)**
Ухудшение отношений, конфликты	53,3
Агрессия, ругань, негативные эмоции	25,8
Пустая трата времени	9,7
Отрицательных нет	6,4
Прямые физические столкновения, смертельный исход	4,8

Как видно из таблицы, абсолютное большинство респондентов (53,3 %) в качестве отрицательной стороны спора отметили возможность ухудшения отношений и опасность возникновения конфликта, способного привести к окончательному разрыву. 25,8 % опрошенных (а это половина предыдущего результата) основным негативным проявлением спора посчитали выраженную агрессию, сброс негативных эмоций на собеседника. Оставшиеся результаты представлены малочисленным количеством респондентов, мнения которых, хотя и были распределены по трём группам, по большей части представляют собой исключение, нежели правило. Так, около 10 % опрошенных сочли спор пустой тратой времени, 6,5 % выразили уверенность в том, что спор не имеет негативных проявлений, и наконец, 4,8 % респондентов рассмотрели в качестве нелицеприятной перспективы спора физическую расправу с возможным летальным исходом.

Таким образом, в результате проведённого исследования были выявлены многочисленные аспекты спора, позволяющие определить его как явление действительно неоднозначное. Планомерный анализ содержания, структуры и видов спора в конечном итоге привёл к выявлению семи классификационных оснований, дифференцирующих спор с точки зрения выделенности положительных и отрицательных признаков.

Классификация по семи основаниям нашла отражение и в ответах, полученных в ходе анкетирования. Выявленные здесь особенности коснулись, главным образом, общей оценки спора, а не частных положительных и отрицательных качеств. Оказалось, что, несмотря на многочисленные недостатки спора, подавляющее большинство респондентов однозначно идентифицируют его как явление не только положительное, но необходимое для достижения истины и выражения индивидуального мнения. Такой результат привёл нас к следующему исследовательскому выводу: современный человек рассматривает спор как некое коммуникативное поле, в центре которого находится собственно спор, построенный по правилам этики и морали. Кроме центральной части, в коммуникативном поле спора вырисовывается ряд периферийных зон – 1) зона манипулятивных техник и недопустимых уловок; 2) зона перехода к невербальным – физическим – столкновениям. Исследование общественного мнения показало, что ведение спора в обозначенных рамках

коммуникативного центра позволяет классифицировать спор как абсолютно положительное явление; всё отрицательное в споре создаётся за рамками обозначенного центра – периферийными зонами, где спор представляет собой уже не собственно спор.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, П. В., Панин, А. В. Философия / П. В. Алексеев, А. В. Панин. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Проспект, 2010. – 592 с.
2. Введенская, Л. А. Деловая риторика / Л. А. Введенская, Л. Г. Павлова. – 6-е. изд., перераб. – М. : КНОРУС, 2012. – 416 с.
3. Винокур, В. А. Уловки в споре / В. А. Винокур. – СПб.: Изд-во «РЕЧЬ», 2005. –144 с.
4. Культура русской речи / Отв. ред. д. ф. н., проф. Л. К. Граудина и д. ф. н., проф. Е. Н. Ширяев. – М.: Норма, 2004. – 560 с.
5. Риторика / В. А. Ефремов [и др.] // Под общ. ред. В. Д. Черняк. – М. : Изд-во Юрайт, 2013. – 430 с.
6. Ушаков, Д. Н. Большой толковый словарь русского языка / Д. Н. Ушаков. – М.: ООО «Дом Славянской книги», 2014. – 960 с.
7. Шнейдер, Ю. А. Спор или диалог? / Ю. А. Шнейдер // Роль дискуссии в развитии естествознания. С. 20.

УДК 2-46:614.23

МИЛОСЕРДИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ

М.Р. Галиева

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

Кафедра философии и социально – гуманитарных наук

Научный руководитель: к.фил.н., доц., К.В. Науменкова

Что такое милосердие? И существует ли оно в современном мире? Можно ли сказать, что милосердными рождаются, а не становятся? Или все же эта добродетель не переходит по наследству и ей нельзя научиться?

Найти ответы на поставленные выше вопросы жизненно важная необходимость для социального работника. Не имея милосердия как ключевого компонента мировоззрения, человек взаимодействуя с другими людьми, теряет себя как существо духовное и не может реализоваться как субъект социума. Люди, взаимодействующие друг с другом вне этических

категорий, больше похожи на роботов, которые выполняют определенные задачи, записанные на чипе, и не способны оценить ситуацию с точки зрения человечности – самого главного морального качества без которого человек лишь только животное.

Так что же такое милосердие? Если обратиться к Новой философской энциклопедии [1], то милосердие описывается как сострадательное, доброжелательное заботливое, любовное отношение к другому человеку; противоположно равнодушию, жестокосердию, злонамеренности, враждебности, насилию. Основой данного определения является – любовь к ближнему. В христианстве милосердие – основная добродетель, исполняемая посредством телесных и духовных дел милосердия (милости). Императивное требование к ее исполнению содержится в Новом зовете, оно фиксировано в заповеди, провозглашенной Иисусом Христом, в ответ на вопрос о высшем законе человеческой жизни: « …«возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим и всею душою твоею и всем разумением твоим - сия есть первая и наибольшая заповедь; вторая же подобная ей: «возлюби ближнего твоего, как самого себя»» (Иак. 12:30) [2]. Бог определяет в качестве императивного требования любовь к ближнему, делая эту заповедь, равной по значению заповеди о любви к Нему. В любом нуждающемся человеке следует видеть «образ Божий» независимо от его недостатков.

Что является делами милости? Кормить голодных, напоить жаждущего, одеть нагого или имеющего недостаток в приличной и необходимой одежде, посетить находящегося в тюрьме, посещать больных, беженцев принять в дом и успокоить, погребать умерших в нищете – все это относится к делам милости телесной. Духовные дела милости следующие: увещанием обратить грешника от заблуждения пути его (Иак. 5:20) [3], неведующего научить истине и добру, подать ближнему добрый и благовременный совет в затруднении или не примечаемой им опасности, молиться за него Богу, утешить печального, не воздавать за зло, которое сделали нам другие, от сердца прощать обиды.

Бог сотворил человека по своему образу и подобию, дав ему свободу воли. По нашему мнению, милосердными не рождаются, эта добродетель воспитывается в семье. Если родители с детства учат своих детей не обижать животных, уважать старших только на словах – это не даст положительных результатов. Все зависит от взрослого человека, который общается с ребенком. Одних слов недостаточно, важно своим примером показать насколько ты умеешь прощать, любить, сострадать.

Более понятным и близким для нас примером милосердия является Валентин Феликсович Войно – Ясенецкий. Отец, святителя Луки, Феликс Станиславович, будучи убеждённым католиком, не навязывал семье своих религиозных взглядов. Семейные отношения в доме определяла мать, Мария Дмитриевна, воспитывавшая детей в

православных традициях и активно занимавшаяся благотворительностью, она помогала арестантам, позднее — раненым Первой мировой войны.

Валентин Феликсович пишет о сложных раздумьях, метаниях в выборе жизненного пути: "Влечение к живописи было у меня настолько сильным, что по окончании гимназии я решил поступить в Петербургскую Академию художеств. Но во время вступительного экзамена тяжело задумался о том, правильный ли жизненный путь избираю. Недолгие колебания кончились тем, что я признал себя не вправе заниматься тем, чем мне нравится, и обязан заняться тем, что полезно для страдающих людей» [4]. Разве не является это примером самоотреченности во имя великой добродетели милосердия? Ведь не прими он тогда свое решение, сколько было потеряно жизней!

Он помогал людям спастись не только физически, но и духовно, благодаря своим проповедям. Прихожане слышали проповеди Владыки не только в воскресные и праздничные дни, но и в будние, после Литургии. Часто практически сутки прооперировав, вечером св. Лука шел через весь город пешком на его окраину, чтоб оказать милость духовного окормления своим прихожанам. Его слово имело особенную силу и действенность, потому что перед людьми стоял не кабинетный ученый, пересказывающий прочитанное в богословских книгах, а убеленный сединами старец-архипастырь с богатым житейским и духовным опытом, прошедший одиннадцать лет тюрем и ссылок и имеющий не только каноническое, но и моральное право учить народ и призывать его к подвигам во имя Христа.

До конца 1947 года он как хирург и профессор читал доклады, лекции врачам, оперировал больных и раненых. Конечно, Владыка хотел приносить пользу своим соотечественникам, врачуя их болезни. Но время неумолимо шло вперед, здоровье стало ухудшаться, зрение на единственном здоровом глазу притуплялось, медленно угасало, и к 1956 году Владыка полностью ослеп.

Подводя итоги своего сугубого служения - медицинского и архиерейского, он писал в письме: "Верно, конечно, то, что вы пишете о лечении больных. Но вы не знаете, как необычайно ценят меня как духовного врача. Очень многие говорят и пишут, что я оживил их духовно, возродил к новой жизни, и в самых трогательных выражениях изливают свою благодарность и любовь» [5].

Пример милосердия медицинских работников святителя Луки не является единственным, и сегодня среди нас существуют люди, о деятельности которых мы мало знаем, но которыми все же стоит гордиться. Это «Общество Православных врачей при Красноярском Государственном Университете им. В.Ф.Войно – Ясенецкого» состоящее из студентов, обучающихся на различных курсах, факультетах и специальностях, нашедших,

несмотря на плотный график и личные дела, время совершать дела милости. Руководит студенческим обществом доктор медицинских наук, руководитель Управления инновационной деятельности, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы, председатель Красноярской региональной общественной организации "Общество православных врачей имени Архиепископа Луки» Шульмин Андрей Владимирович.

Общество, еще очень молодое, но о его деятельности уже известно в медицинских кругах. Так, 22 апреля 2014 года духовник Общества Православных врачей, настоятель Лукинского храма при КрасГМУ, протоиерей Анатолий Обухов совместно со студентами вуза посетили Хосписное отделение красноярской межрайонной больницы №2. На Светлое Христово Воскресение они поздравили пожилых людей и персонал медицинского учреждения, вручили каждому небольшой пасхальный подарок и исполнили мини-концерты в каждой палате. На Пасху ими же совместно с ФФМО был проведен праздничный концерт в детском отделении Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 и Пасхальный квест для школьников в Детской библиотеке им. К.И. Чуковского.

В предновогоднюю ночь 30 декабря 2014 г. члены общества посетили совместно с священником храма св. Николая Красноярский дом-интернат №1. Пенсионерам из интерната было вручено 150 поздравительных открыток с Новым годом и Рождеством Христовым, каждому из поздравляемых, было уделено особое внимание.

Дела милости творятся не только студентами. При храме святителя Луки учреждено Сестричество милосердия, в состав которого входят в том числе и профессиональные медики. Оно несет медико-социальное служение в ожоговом отделении при Краевой клинической больнице № 1. Сестричество было учреждено в апреле 2007 года и в настоящее время объединяет 26 человек. Основателем единственного в г. Красноярске Сестричества милосердия является священник, а также действующий врач Анатолий Обухов. Сестры осуществляют медицинский уход за больными ожогового отделения, социальную поддержку, также проводят беседы с болящими о православном вероисповедании; готовят к таинствам; раздают крестики, молитвы, иконы, духовную литературу, организуют праздники Рождества и Крещения в ожоговом отделении, участвуют в Рождественских чтениях и благотворительных акциях.

По нашему мнению дела милосердия являются неотъемлемой частью медико-социальной работы. Не имея милосердия, человек не может реализоваться в любой из сфер деятельности связанной с помощью людям. Дела милости необходимы, и есть люди, которые в них нуждаются. Мы видим, что, несмотря на отречение большего количества людей от

добродетели, есть те, которые всеми силами стараются сохранить ее, одним из таких людей был св. Лука, его дело продолжают члены общества православных врачей.

Православие бережно хранит традиции милосердного отношения к ближним. Однако, в современном обществе очень не хватает людей подобных святителю Луке, княгине Елисавете Федоровне, праведной Иулиании Лазаревской, которые самозабвенно посвятили свою жизнь нуждам других людей. Спешите делать так, чтобы уважали и вас, а самое главное, чтобы вам было, за что себя уважать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новая философская энциклопедия // Институт философии Российской Академии Наук [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://iph.ras.ru/elib/1896.html
2. Бибилия. Евангелие от Марка // Rusbible.ru [Электронный ресурс]. - Режим доступа:http://rusbible.ru/sinodal/mk.12.33.html
3. Соборное послание святого апостола Иакова // Викитека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikisource.org/wiki/
4. Марущак В. Святитель-хирург. Житие архиепископа Войно-Ясенецкого. — М.: Даниловский благовестник, 2010.
5. Шаповалова. А. 25 лет архиерейского служения высокопреосвященного Луки, архиепископа Крымского и Симферопольского // Журнал Московской Патриархии. 1948. №06. С. 5.

УДК 618.11-006-07

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Д.Д. Гасымлы

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Научные руководители: д.м.н., доц. Т.А. Макаренко, аспирант Е.А. Борисова

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин смерти и инвалидизации населения как развитых, так и развивающихся стран. Экономические потери связаны со значительными затратами на социальное обеспечение и страхование в связи с

высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой, утратой трудоспособности.

В структуре онкологической заболеваемости в России за 2013 год рак яичника составил 2,5% всех злокачественных новообразований [2]. Летальность больных раком яичников на первом году после установления диагноза составляет 35%. Несмотря на увеличение объема оперативного вмешательства при новообразованиях яичников, появление новых возможностей диагностики (ультразвуковая, компьютерная, магнитно-резонансная томография) и новых лекарственных препаратов, отдаленные результаты лечения остаются неутешительными. Показатели пятилетней выживаемости, по данным различных авторов, колеблются в пределах 25-40% [2]. При этом пациентки с 1-й стадией заболевания имеют 5-летней уровень выживаемости 80-90%, тогда как с 3-4 стадией болезни – лишь 10-20%.

Исключительно важным фактором, влияющим на прогноз заболевания и на исход лечения, является раннее выявление опухолей, подозрительных на рак, и направление пациентов в онкогинекологические центры для своевременной диагностики и лечения.

Цель исследования - разработка научно-обоснованного алгоритма ранней дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных эпителиальных опухолей яичников.

Задачи:

1. Определить группу пациентов подозрительных на рак яичника на основании комплексной оценки эходопплерометрических показателей (эхогенность опухоли, внутренняя структура, наличие кровотока в перегородках и пристеночных включениях, дихотомический тип ветвления сосудов, максимальная артериальная и венозная скорость кровотока, минимальный индекс резистентности)
2. Изучить показатели СА-125 и НЕ- 4 у пациенток из групп риска по развитию злокачественных опухолей яичников.
3. Оценить эффективность диагностики злокачественных опухолей яичников с помощью комплексного эходопплерометрического исследования и онкомаркеров СА- 125 и НЕ- 4.

За период с 2012 по 2014 год в исследование были включены 54 женщины с опухолями яичников в возрасте от 24 до 74 лет, средний возраст 51±2,8 год. Всем пациенткам было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), а также изучен уровень онкомаркеров (ОМ) в сыворотке крови.

УЗИ выполнялось на аппарате «SONOACEX6» с использованием трансабдоминального датчика 2-8 МГц и эндокавитального датчика частотой 4 - 10 МГц. Применялись следующие режимы сканирования: В-режим **(**режим серой шкалы), D-режим

(Doppler) – исследование скорости движения потока в виде развертки допплеровской кривой, CD–режим (ColorDoppler - цветной допплер) - кодирование движущегося потока цветными пятнами разной окраски и интенсивности, PD–режим (PowerDoppler - энергетический допплер).

Для определения ОМ HE-4 и CA-125 проводился хемилюминисцентый иммуноанализ крови из кубитальной вены. С помощью иммунохимического анализатора ARCHITECTi2000SR применяя технологию хемилюминесцентных иммунных исследований на микрочастицах ChemiFlexCMIA (chemiluminescentmicroparticleimmunoassay) определяли присутствие канцерантигенов в образцах крови и их количественный подсчет. Для ROMA алгоритма - расчетный тест.

Все полученных в ходе исследования данные подвергались математической и статистической обработке данных с пакетом прикладных программ (Statistica 6.1; SPSS 12.0). Для ряда факторов будем проводить расчет показателей относительного риска по Mantel-Haensel (2002) согласно способу, принятому при эпидемиологических исследованиях по методу «случай-контроль». Для оценки диагностических методов (эхография с допплерометрией) вычисляли и анализировали следующие характеристики: чувствительность, специфичность, предсказательная ценность положительного результата, предсказательная ценность отрицательного результата, диагностическая точность (Власов В.В., 2002).

На основании комплексной оценки эходопплерометрических показателей определена группа пациенток подозрительных на РЯ. Выявлено, что после хирургического лечения и гистологического исследования удаленных препаратов у 37,03% (n=20) пациенток был диагностирован рак яичников (РЯ), а у 62,96% (n=34) - доброкачественные опухоли яичников. РЯ 1 стадии был выявлен у 9,25% (n=5), РЯ 2 стадии -у 3,7% (n=2), РЯ 3-4 стадии - у 24,07% (n=13). УЗИ имело специфичность 97%, чувствительность - 85%.

При использовании в качестве критерия дифференциальной диагностики только одного показателя – уровня ОМ СА -125 специфичность составила 62%, чувствительность 65%. При использовании только ОМ HE-4: специфичность - 97%, чувствительность - 65%, а двух показателей ОМ: СА-125 и HE-4: специфичность составила 70%, чувствительность 75%. Однако сочетанное использование УЗИ и ОМ имело специфичность 97%, чувствительность - 90%.

Таким образом, совместное использование УЗИ и ОМ при сравнимой специфичности изолированного применения УЗИ, позволяет повысить чувствительность диагностики рака яичников до 90%. Комплексное применение ОМ и ультразвуковой диагностики с допплерометрией в программе обследования пациенток с опухолями яичников, по-

видимому, позволит повысить точность ранней диагностики злокачественных новообразований придатков матки, а, следовательно, улучшить эффективность лечения и прогноз у этой категории больных. Однако для окончательных выводов требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дзасохов А.С. Сравнительная характеристика эффективности методов оксигенотерапии при комбинированном лечении рака яичников / А.С. Дзасохов // вестник новых медицинских технологий – 2013. – N 1. – С.35-39.
2. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. (ред.). Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2015. — 4-6 с

УДК 616.24-002.5-053-055(571.51)

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Э.М. Гахраманова, Е.А. Просвирина
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра туберкулеза с курсом ПО
Научный руководитель: д.м.н. ,проф. Н.М,Корецкая

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 неблагополучные. При этом четко прослеживается влияние уровня жизни населения на развитие туберкулеза, относящегося в РФ к социально значимым заболеваниям, которые представляют опасность для окружающих [6]. Немаловажное значение имеют также неадекватность законодательной базы, недостаточно хорошо разработанные механизмы ее реализации, дефицит ресурсов в социальной сфере и их нерациональное использование, большой резервуар туберкулезной инфекции, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, сочетание туберкулеза с ВИЧ инфекцией, недостаточная эффективность медицинских противоэпидемических мероприятий [4]. Показатель заболеваемости (ПЗ) туберкулезом наряду с показателем

смертности (ПС) и распространенности относятся к наиболее важным эпидемиологическим показателям, характеризующим ситуацию по туберкулезу. Кроме того, заболеваемость детей туберкулезом считается важным прогностическим и эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в регионе [1] .

Население различных половозрастных групп имеет разную степень восприимчивости к туберкулезной инфекции и вероятность контакта с ее источниками. Это обстоятельство может определять специфику проводимых противотуберкулезных мероприятий для лиц различного пола и возраста, а также необходимость проведения среди них целевых программ борьбы с распространением туберкулезной инфекции [3]. Таким образом, раздельный расчет заболеваемости, как по каждому полу, так и по отдельным возрастным группам, является одним из важных элементов статистического анализа распространения туберкулеза[15,17].

Оценку заболеваемости различных половозрастных групп также часто используют для косвенного определения тяжести эпидемической ситуации по туберкулезу в регионе или в стране в целом[1,3,5].

Цель работы. Проанализировать заболеваемость туберкулезом органов дыхания и оценить эпидемиологическую опасность заболеших в различных половозрастных группах.

Материалы и методы. В работе использовали материалы официальной статистики (форма №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и численность населения Красноярского края) за 2013,2014 гг. Анализировали показатели заболеваемости туберкулезом всего населения за 2012, 2013 и 2014 гг. в сравнении, ПЗ по возрастам и полу за 2013 и 2014 гг, ПЗ туберкулеза органов дыхания по возрасту и полу и его удельный вес среди всех видов, заболеваемость туберкулезом с бактериовыделением и удельный вес бактериовыделителей среди всех заболевших[2].

Результаты исследования:

На фоне снижения заболеваемости туберкулезом в целом по России за последние годы в Красноярском крае заболеваемость остается на высоком уровне[16].

В Красноярском крае туберкулезом чаще болеют мужчины: в 2014 году показатель заболеваемости мужчин в 1,4 раза выше, чем показатель заболеваемости женщин (см. Рис. 1).

Рисунок 1 – Заболеваемость туберкулезом населения Красноярского края за 2012-2014 гг.

Различные возрастные группы населения имеют разную степень восприимчивости к туберкулезной инфекции, поэтому уровень заболеваемости в этих группах существенно различается. При этом характер зависимости данного показателя значительно различается у мужчин и женщин (см. Рис. 2), что делает необходимым рассматривать регистрируемую заболеваемость в различных возрастных группах отдельно для каждого пола[10].

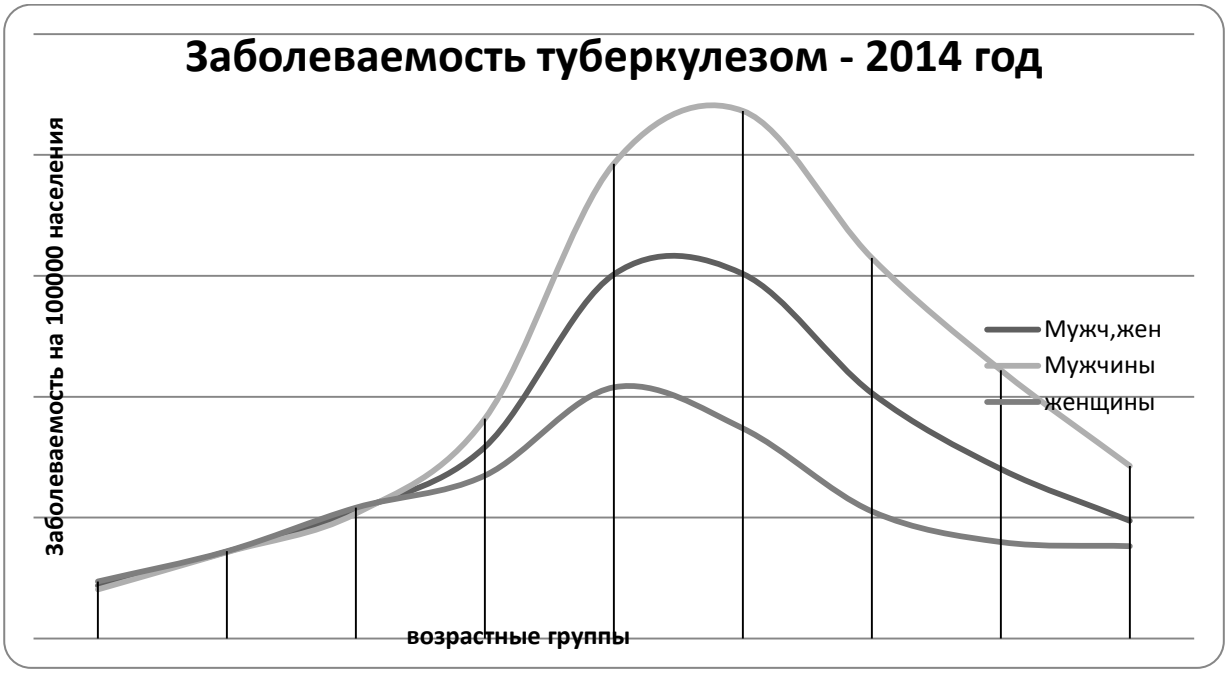


Рисунок 2 – Возрастно-половая структура заболеваемости туберкулезом населения Красноярского края за 2014 год.

Среди мужского населения Красноярского края наибольший риск заболеть туберкулезом имеет место в возрасте 25–44 года. Согласно данным, при анализе более узких десятилетних интервалов возрастов для постоянного населения можно выделить два выраженных пика показателя заболеваемости туберкулезом среди мужчин – в возрасте 25–34 и 35–44[11,12].

Социально-экономический ущерб, наносимый туберкулезом, можно оценить на основе абсолютного числа заболевших в той или иной возрастной группе населения: 60% больных мужчин приходится на экономически активный возраст 25–54 года.

Максимум заболеваемости среди женщин приходится на фертильный возраст 18–34 года (18 – 24 – 67,4 на 100 тыс. населения; 25 – 34 – 103,9 на 100 тыс. населения).

В целом, наличие максимумов регистрируемой заболеваемости в молодых наиболее экономически активных возрастах как у мужчин (25–34 и 45–54), так и у женщин (25–34) ,отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу в Красноярском крае и позволяет предполагать сохранение высокого уровня распространения болезни в ближайшее время[14].

Рост заболеваемости туберкулезом в молодом возрасте может отражать как некоторое ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу, так и улучшение качества мероприятий по его выявлению, которое может временно оказать влияние на количество случаев заболевания среди молодых лиц. Последние является наиболее трудным контингентом с точки зрения выявления, это наиболее экономически занятая группа населения, что может препятствовать своевременному обращению к врачу и явке на дообследование патологических изменений, выявленных при флюорографическом обследовании. Кроме того, эта часть населения, где в настоящее время высок процент лиц, работающих в негосударственных учреждениях, наиболее подвержена перемещениям и миграциям[8].

Другим важным прогностическим показателем, основанным на эпидемиологических и демографических данных, является заболеваемость туберкулезом детей. Несмотря на то, что параметр в значительной степени зависит от организации выявления и регистрации заболевания среди этой возрастной группы (0–14 лет), его высокий уровень требует принятия особых организационных решений и проведения целевых мероприятий[9].

В целом по Красноярскому краю за 2014 год заболеваемость туберкулезом в возрастной группе от 0 до 4 составляет 21,9 на 100 тыс. населения, и она увеличилась по сравнению с 2013 годом – 19,3 на 100 тыс. населения. В возрастной группе от 15 до 17 лет наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости в 2014 составила – 52,9 на 100 тыс. населения, в 2013 – 46,7 на 100 тыс. населения. В 2014 году снизилось количество

заболевших туберкулезом среди девушек в возрасте от 15 до 17 с 59,6 (2013 год) до 54,1 (2014 год).

При оценке эпидемиологической ситуации по туберкулезу особо рассматривают случаи выявления туберкулеза с установленным бактериовыделением. Важными характеристиками при этом являются заболеваемость туберкулезом с бактериовыделением. Особый интерес представляет доля бактериовыделителей среди больных туберкулезом легких. В 2014 году доля бактериовыделителей среди мужчин , заболевших туберкулезом, составила 47,8%, а среди женщин 40,1% (см. Рис.3). Столь высокий уровень бактериовыделителей среди женщин является крайне неблагоприятным прогностическим признаком, так как доказано, что больные туберкулезом женщины представляют большую эпидемиологическую опасность, ввиду с их более тесного контакта с детьми [7].

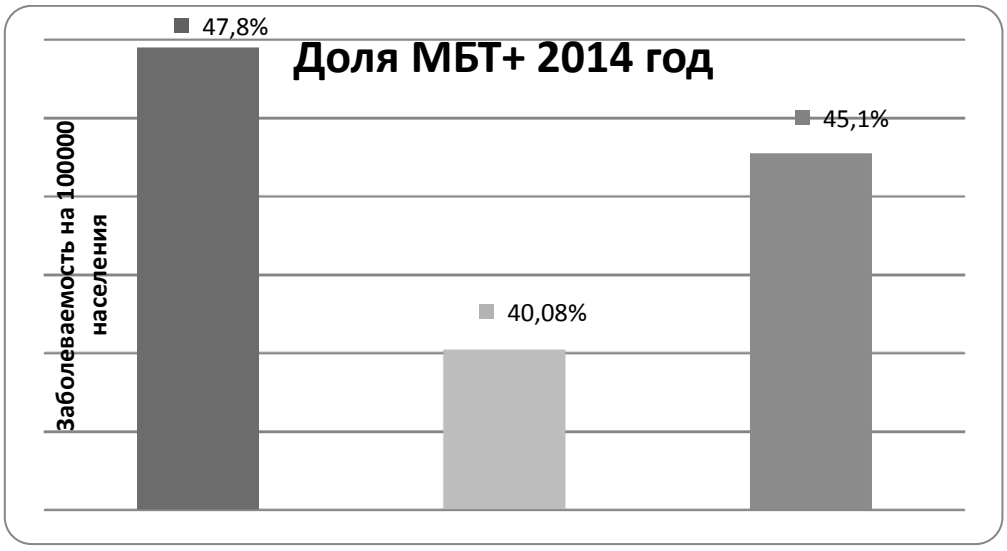


Рисунок 3- Доля бактериовыделителей среди больных туберкулезом в 2014 году.

Выводы:

1) За последние 3 года заболеваемость туберкулезом населения Красноярского края несколько снизилась со 132,2до 123,9 на 100тыс за счет мужчин - с 92,2 до 82,2. Однако в то же время наблюдается рост заболеваемости среди женщин с 56,8 до 58,4на 100тыс.

2) Мужчины в Красноярском крае болеют чаще женщин – показатель заболеваемости в 1,4 раза выше.

3) В половозрастной структуре заболеваемости туберкулезом наблюдаются 2 пика: в 25-34 и 35-44 года. Максимальный пик заболеваемости у мужчин приходится на возраст 35-44 года, у женщин на 25-34 года. Идентичные результаты получены и для туберкулеза органов дыхания.

4) Социально-экономический ущерб: за 2014 год 60% больных мужчин приходится на экономически активный возраст 25–54 года, 33,9% больных женщин на фертильный возраст 18-34 года тенденция к снижению с 28 до 19,3..

5) Самый неблагоприятный в эпидемиологическом плане возраст больных составил 35-44 лет у мужчин и 25-34 года у женщин. Около 45% больных этих возрастных групп оказались бактериовыделителями.

7) Среди детей 0-4 лет наметился рост заболеваемости туберкулезом с 19,3 до 21,9 на 100 тыс.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ факторов риска возникновения лекарственной устойчивости у больных туберкулезом гражданского и пенитенциарного секторов в Самарской области России / Я.М. Балабанова, М. Ради, К. Грэм и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких.- 2005. – №5. – С. 25–31.
2. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика / Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, А.В. Дергачев и др. // Проблемы туберкулеза.- 2003. – №7. – С. 4–11.
3. Государственная система мониторинга туберкулеза в России / Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, А.В. Гордина и др.– М., НИИФП ММА им. И.М. Сеченова, 2000. – С. 10–30.
4. Перельман, М.И. Туберкулез сегодня / М.И. Перельман // Материалы VII российского съезда фтизиатров. – М.: Бином, 2003. – 352 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ №109 от 23.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ №50 от 13.02.2004 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».
7. Ридер, Г.Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом / Г.Л. Ридер. – М.: Издательство «Весь мир», 2001. – 192 с.
8. Российский статистический ежегодник, Статистический сборник, ФСГС. – М., 2006. – С. 819.
9. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. Ю.Н. Левашова и Ю.М. Репина. – СПб.:ЭЛБИ-СПБ, 2006. – 516 с.
10. Скачкова, Е.И. Сообщение Workshop «Monitoring and Evaluation for National Tuberculosis Programs». – Kiev, Ukraine, May 23–26, 2006.

11. Сон, И.М. Значимость показателя заболеваемости для оценки эпидемической ситуации при разных уровнях распространенности туберкулеза, Автореферат дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук / И.М. Сон. – М., 1997. – С. 22.

12. Шилова, М.В. ТБ в России в 2005 году / М.В. Шилова – Воронеж, 2006. – С. 127.

13. Anti-tuberculosis Drug Resistance in the world. – Report N3, WHO, Geneva, 2004. – P. 300.

14. Dye Ch., Scheele S., Dolin P., Pathania V., Raviglione M. Global Burden of Tuberculosis. Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country, JAMA, August 18, 1999. – Vol. 282, – №7. – 677–686.

15. Farmer P. Pathologies of Power., University of California, Berkeley-Los Angeles-London, 2003. – 402 p.

16. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007.376).

17. Jakubowiak W.M., Bogorodskaya E.M., Borisov S.E., Donilova I.D., Kourbatova E.K. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions. – Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2007. – 11(1): 46–53.

УДК 616-053.31/.32-056.253:614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССАМИ ТЕЛА

А.П. Гачегов, Е.А. Малаший, Н.С. Конуркина

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

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

д.м.н., доц. М.Ю. Галактионова

В последнее десятилетие в нашей стране наблюдаются стремительные изменения в здравоохранении. Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из первостепенных задач нашего государства. Маловесные дети являются объектом пристального внимания, так как составляют группу высокого риска по частоте заболеваемости и смертности. Прежде всего, это относится к детям с массой тела 1500 гр. и менее (очень низкая масса тела) и, особенно с массой тела менее 1000 гр. (экстремально низкая масса тела).[2]

Риск гибели преждевременно родившихся детей во много раз выше, чем доношенных. Недоношенные дети вносят значительный вклад в формирование показателей перинатальной и младенческой смертности, они подвержены в неонатальном и постнеонатальном периодах высокому риску развития заболеваний и осложнений, часть которых может быть для них фатальными или наложить отпечаток на состояние здоровья, физическое и половое развитие в последующие периоды.[3]

В настоящее время, согласно результатам всеобщей диспансеризации ухудшается здоровье детей, растет число наследственной, врожденной и перинатальной патологии. Возрастает заболеваемость детей с психическими расстройствами, хронической патологией внутренних органов. Все большее число детей становится инвалидами, особенно это касается детей первого года жизни, и среди них особенно родившихся недоношенными. Особенно высок риск инвалидизации при рождении ребенка с очень низкой массой тела, менее 1000 гр. Недоношенность при рождении составляет в динамике последних лет в России от 3 до 16% от всех новорожденных и не имеет тенденции к снижению.[4]

Врачи-педиатры, осуществляющие ведение и лечение этих детей в раннем возрасте недостаточно осведомлены о понятии «скорригированный возраст» и его сопоставлении с фактическим, о сроках становления мышечного тонуса, а также основных психических и моторных функциях.[1]

Цель исследования: совершенствование системы медицинского обслуживания и выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела на педиатрическом участке.

Задачи исследования**:**

1. установить факторы риска, способствующие рождению детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела;
2. проанализировать показатели заболеваемости и ее структуру у недоношенных детей на первом году жизни;
3. изучение закономерностей психомоторного и физического развития детей, родившихся с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела на первом году жизни.

Материалы и методы**.** Проведен анализ форм № 112 недоношенных детей на педиатрическом участке за 2013-2014 годы (120 детей). Дети были разделены на 2 группы. В первую группу включены 40 ребенка с экстремально низкой массой, родившихся в 28-29 недель беременности, во вторую группу вошли дети, родившиеся недоношенными с сроком гестации с 30 до 37 недель – очень низкой массой тела. Проведена оценка динамики физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни. Оценка развития

недоношенных детей проводилась с учетом скорригированного возраста (скорригированный возраст – разница между фактическим возрастом и недостающими до недоношенного срока неделями гестации). Оценка физического развития недоношенных до 41-42 недели гестации проводилась по оценочным таблицам Т.М. Дементьевой и соавт. (1981 г.). Для детей старше 42 недель использовались центильные таблицы И.М. Воронцова (1986 г.). Ежемесячная прибавка в массе недоношенных оценивалась по дополнительным таблицам для недоношенных (справочное пособие для педиатров 1993 г.). Оценка нервно-психического развития проводилась с помощью шкалы И.М. Воронцова.

Результаты исследования. Большинство матерей в анализируемых группах находились в среднем репродуктивном возрасте. Средний возраст матерей 1 группы (ЭНМТ) с 18 до 25 лет, во 2 группе (ОНМТ) матери в возрасте с18 до 25 лет составляют 50 %, с 25 до 35 лет – 37,5 %, с 30 до 35 лет – 12,5 %. В группе детей с ЭНМТ 100% матерей с отягощенным акушерским анамнезом, гинекологическими заболеваниями, 75 % матерей имеют соматические заболевания. Во второй группе детей с ОНМТ – большинство матерей с отягощенным акушерским анамнезом – 62 %, соматическими заболеваниями – 62%, бесплодие в анамнезе, ЭКО – 25%.

Анализ социальных факторов риска показал, что у детей с ЭНМТ 100% матерей имеют средне-специальное образование, низкий социально-гигиенический уровень, низкий прожиточный уровень – одна семья (25%), вредные привычки имеют 25% матерей в первой и второй группе.

Таблица №1 – частота встречаемости социальных факторов риска у матерей в исследуемых группах.

	1 группа n=40		2 группа n=80	
Факторы социального риска	абс.	%	абс.	%
образование матери				
средне - специальное	40	100%	60	75%
высшее	-	-	20	25%
вредные привычки				
курение	-	-	20	25%
алкоголь	-	-	-	-
брак регистрирован	30	75%	80	100%
брак не регистрирован	10	25%	-	-
низкий прожиточный урове	10	25%	20	25%

без постоянной работы отец	10	25%	-	-
низкий социально-гигиенич	10	25%	20	25%
Непланируемая беременнос	-	-	-	-

Состояние здоровья матери, ее место жительства, возраст, образование, профессия, социальное положение семьи, наличие вредных привычек оказывают значительное влияние на показатели массы глубоко недоношенных детей, младенческую смертность и выживаемость на всех этапах медицинского обслуживания ребенка первого года жизни.

Лидирующее место для детей с ЭНМТ в неонатальном периоде занимает патология органов дыхания, ЗВУР, ВПС – 100 %, на втором месте заболевания ЦНС – 75 %. Для младенцев с ОНМТ характерны заболевания ЦНС – 100 %, внутриутробная гипоксия, ЗВУР – 50 %. Незрелые к своему гестационному возрасту 100 % детей с ЭНМТ и 62,5 % детей с ОНМТ.

В первой группе детей (ЭНМТ) на первом году жизни заболеваемость анемией, рахитом, бронхолегочной дисплазией отмечается в 100 %, заболевания ЦНС – 75%, пневмония, ОРВИ – 25%, отставание в нервно-психическом развитии – 25 %, отставание в физическом развитии – 75 %. Во второй группе детей с ОНМТ на первом месте заболевания ЦНС – 100 %, ОРВИ – 75%, на третьем месте – рахит, анемия – 37,5 %, отставание в физическом развитии – 37,5 %.

Показатели заболеваемости глубоко недоношенных младенцев отличаются от других групп недоношенных детей и обусловлены наличием у них с рождения бронхолегочной дисплазии, врожденных пороков сердца, незрелостью других органов и систем.

На темпы роста глубоко недоношенных детей оказывает влияние уровень морфофункциональной незрелости, гестационный возраст, степень перинатального поражения, соматические заболевания, развившиеся у ребенка на первом году жизни.

Оценку психомоторного развития недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении целесообразно начинать с 3 х месяцев постнатального фактического возраста, что совпадает с окончанием периода постнатальной адаптации. Нормой для этих детей может считаться соответствие 1 месяц (4 нед.) развития.

Выводы**:**

10. В соответствии с установленной структурой заболеваемости для глубоко недоношенных детей, доживших до года, рекомендуется разработать систему мер по предотвращению инфекционной патологии (индивидуальный прививочный календарь, комплексные мероприятия по повышению резистентности организма). С рождения

наблюдение детей педиатром, неврологом, офтальмологом, лор-врачом, ортопедом, иммунологом.

11. Правильная комплексная оценка параметров физического и нервно-психического развития ребенка с учетом скорригированного возраста не только является определяющим показателем прогноза его дальнейшего развития, но и способствует выбору эффективных методов лечения и выхаживания.

12. В целях сохранения здоровья и жизни родившихся детей, необходимо активно проводить санитарно-просветительскую работу среди подростков и семейных пар по вопросам полового воспитания, роли профосмотров, планирования беременности, вредных привычек, абортов, необходимости своевременного и постоянного контроля во время беременности в женской консультации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Въяскова М.Г. Показатели физического развития маловесных новорожденных 22-28 недель гестации / М.Г. Въяскова //. Педиатрия. – 1990. - №3.

2. Дементьева Г.М. Глубоко недоношенный ребенок / Г.М. Дементьева, П.С. Гуревич // Воронеж. – 1987.

3. Емельянова А.С. Выживаемость и развитие маловесных детей: автореф.дис. / А.С. Емельянова. - Воронеж, 1999.

4. Сахарова Е.С. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1000 гр. / Е.С. Сахарова, Е.С. Кешиян, Г.А Алямовская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. - №4.

УДК 616-091.1:06.053.7:004

ОФОРМЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПО СРЕДСТВАМ ПРОГРАММЫ «REPORTAUTOPSY»

А.А. Гертанова

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

Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО

Научный руководитель: ДМН, профессор А.К. Кириченко

Результаты патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа фиксируются в виде протокола вскрытия. Он оформляется проводившим вскрытие врачом в соответствии с формой учетной медицинской документации №013/у «Протокол

патологоанатомического вскрытия» или формой учетной медицинской документации № 013/у-1 «Протокол патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного» [1].

Протокол состоит из вводной части, содержащей основные сведения об умершем, включая клинический диагноз, описательной, в которую вносятся все выявленные макроскопические и микроскопические изменения и заключительной с патологоанатомическим диагнозом и эпикризом.

Основным разделом данного документа является описательная часть, представляющая собой полное объективное описание изменений, обнаруженных в ходе наружного осмотра и внутреннего исследования трупа. Эта часть протокола заполняется в определенной последовательности, с учетом пунктов, определенных указанным выше приказом МЗ РФ № 354н [1].

Несмотря на наличие регламентирующих документов, проведенный нами анализ 200 патологоанатомических и судебно-медицинских протоколов вскрытия, заполненных разными врачами соответствующих учреждений г. Красноярска и г. Москвы, показал значительную вариабельность в их оформлении. Протоколы различаются полнотой, объемом заполнения, нередко содержат непонятные и двусмысленные термины, что демонстрирует отсутствие единообразия в их заполнении.

Целью работы явилось создание компьютерной программы, позволяющей унифицировать оформление описательной части протокола вскрытия и сократить время, затрачиваемое на это.

Основным условием при разработке программы явилось её соответствие требованиям приказа Минздрава России №354н [1]. Созданная программа получила название «Report Autopsy». Она представляет собой удобный автоматизированный вариант стандартного протокола вскрытия и может быть установлена на рабочее место (компьютер) патологоанатома, проводившего вскрытие.

Краткий список возможностей «Report Autopsy»:

- Предоставляет пользователям возможность быстро и удобно вносить информацию о вскрытии, сокращая время на рутинную работу.
- Позволяет просматривать протокол патологоанатомического вскрытия и быстро находить нужную информацию в больших объемах медицинской документации.
- Позволяет самостоятельно настраивать удобный интерфейс и расширять контекстные справочники, с учетом индивидуальных предпочтений врача.

- Позволяет в электронном виде передавать соответствующим учреждениям протокол патологоанатомического вскрытия на различных носителях в формате, доступном для просмотра на любом компьютере.
- Исключает возможность повторного использования ранее составленного протокола, не позволяя оформлять «шаблонные» документы.

Преимущества «Report Autopsy»

1. Быстрое заполнение протокола патологоанатомического вскрытия

Программа «Report Autopsy» поставляется с уже готовыми формами ввода, разработанными совместно с патологоанатомами и судмедэкспертами и отлаженными в течение многих лет использования в медицинских учреждениях.

2. В программе предусмотрены инструменты, предназначенные для ускорения набора текстовой информации.

— Контекстные справочники прикреплены к полям ввода и содержат часто употребляемые термины и словосочетания. Стандартная поставка программы «Report Autopsy» включает множество готовых справочников, которые можно расширять самостоятельно.

— Удобное менюпозволяет быстро находить необходимый раздел в структуре протокола.

— Готовые шаблоны позволяют облегчить ввод однотипной информации.

— Удобный и простой переход между элементами программы позволяет работать с ней пользователям ПК с уровнем ниже среднего.

— Изменение цвета заполненных полей облегчает визуальное восприятие текста.

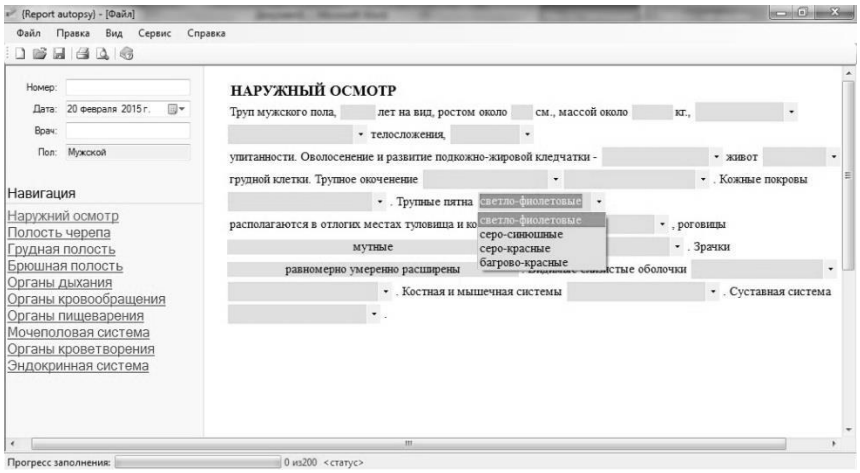


Рисунок 1 - Экран «Наружный осмотр». К каждому полю прикреплен собственный справочник. При переходе к определенному полю под ним автоматически становится доступным его справочник. При заполнении поля его цвет изменяется. Если необходимого

варианта в справочнике нет, его можно одноразово ввести вручную или внести в список справочника, для удобства многократного использования данного варианта.

3. Гибкая настройка структуры базы данных и интерфейса ввода

Данные можно вводить не только быстро, но и в полном соответствии с профессиональными потребностями специалиста. Стандартный набор экранных форм может быть легко изменен и расширен благодаря использованию встроенного редактора. Используя этот удобный инструмент, пользователь создает новые формы и поля ввода, меняет внешний вид рабочего стола и взаиморасположение основных объектов интерфейса. Таким образом, можно в любой момент отразить в системе нестандартные случаи или оптимизировать заполнение «Report Autopsy» с учетом личных предпочтений специалиста, не прибегая к помощи разработчиков.

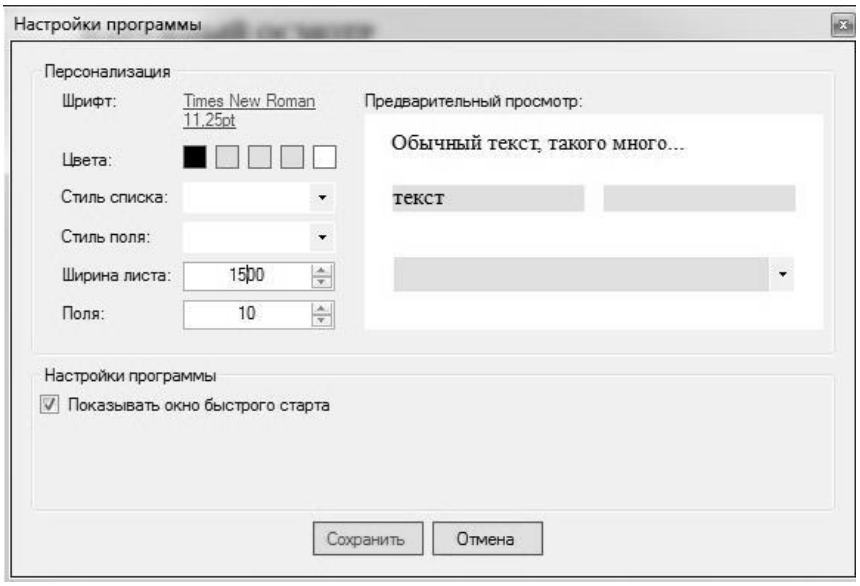


Рисунок 2 - Возможно редактирование любых экранных форм

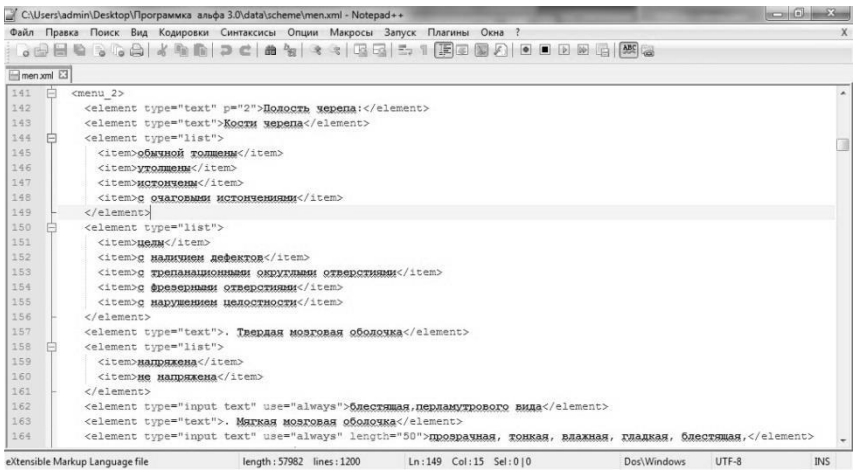


Рисунок 3 - Также возможно изменение структуры базы данных. В таблицы можно добавлять поля разных типов. Для этого разработана последовательная аннотация с шаблонами полей.

4. Формирование документов для печати

Работа с текстами может осуществляться посредством встроенного текстового редактора. Готовый документ конвертируется в файл с расширением .pdf.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный № 30612).

УДК 378.046.4:378.147:371.693

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ

С.П. Гималетдинова

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

Кафедра здравоохранения

Научный руководитель: к.м.н. Е.В.Таптыгина

По окончании симуляционного курса интерны и ординаторы Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ (далее – КрасГМУ) не только приобретают, но и отрабатывают до автоматизма уже

имеющиеся навыки и более уверенно их реализуют в дальнейшей медицинской деятельности. Применение фантомно-симуляционных методов обучения позволяет интернам и ординаторам приобретать опыт и быть уверенным в своих способностях в клинической практике. Одной из основополагающих составляющих в последипломной подготовке молодых специалистов является приобретение практических навыков по той или иной медицинской специальности. Приобрести такие навыки и отработать их до должного уровня позволяет использование симуляционного оборудования. В центре симуляционных технологий КрасГМУ возможна отработка различных практических навыков. От простейших (наложение повязок, постановка назогастрального зонда, определение групп крови) до узкоспециализированных манипуляций (эндоваскулярные, лапароскопические и эндовидеохирургические навыки). 16 января 2015 г. проведена первая в КрасГМУ эндохирургическая операция на крупном лабораторном животном (свинье). Анестезиологическое пособие проводил клинический ординатор 2 года обучения кафедры анестезиологии и реаниматологии КрасГМУ Шнакенберг Александр под руководством профессора Грицана Алексея Ивановича, ассистента Бичурина Рамазана Амировича, ассистента Сивкова Евгения Николаевича. Оперировали клинические ординаторы 2 года обучения кафедры хирургических болезней имени проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Евгений Чупраков, Игорь Носков и Жанна Бахтина под руководством профессора Первовой Ольги Владимировны. Были выполнены эндовидеохирургическая холецистэктомия, эндовидеохирургическаяспленэктомия. Таким образом, клинические ординаторы обеих кафедр смогли усвоить актуальные навыки, которые будут чрезвычайно полезны в будущей практической деятельности. Прохождение симуляционного курса интернами и клиническими ординаторами на сегодняшний день является обязательным. В процессе обучения молодые специалисты учатся взаимодействовать друг с другом, моделировать реальные условия и уверенно повторять одни и те же навыки. Концентрация симуляционного оборудования на одной территории позволяет начинать обучение интернов и клинических ординаторов с проверки остаточных вузовских навыков. В дальнейшем, обучающиеся проходят курс общеврачебным манипуляциям, после чего, интерны и ординаторы различных направлений переходят к изучению узкоспециализированных навыков. Использование симуляторов в последипломной подготовке позволяет не только овладеть различными врачебными навыками каждому специалисту, но и выработать умение взаимодействовать друг с другом, работать в одной команде. Возможность многократного повторения одного и того же сценария позволяет доводить овладение навыками до автоматизма. Наличие программируемых симуляторов центра дает возможность разрабатывать умение оказывать помощь в различных редких клинических ситуациях.

Целью данной работы является оценка эффективности проведения симуляционных курсов в ходе обучения интернов и клинических ординаторов первого года обучения. В центре симуляционных технологий КрасГМУ в обучении используются как простые фантомы, так и современные программируемые симуляторы для отработки простейших манипуляций, диагностических и лечебных процедур, первичной и расширенной реанимации, тактики ведения родов. Проведено анкетирование и оценка овладения практическими навыками до и после проведения симуляционного курса у 30 интернов и клинических ординаторов первого года.Результаты: по итогам анкетирования выявлено, что 40% опрошенных не имели даже теоретического представления о базовых манипуляциях (таких как катетеризация подключичной вены, основы транспортной иммобилизации, промывание желудка, постановка зонда Блэкмора, наложение швов и т.д.). У 60% тестируемых, ранее не практиковавшихся на фантомах, выявлено отсутствие многих навыков, необходимых для врачебной практики. Стоит отметить, что все опрошенные специалисты не достаточно уверены в уровне своих навыков. По окончании симуляционного цикла, вновь было проведено анкетирование и оценка практических навыков, показавших, что по окончании симуляционного курса интерны и ординаторы не только приобретают навыки, но отрабатывают до автоматизма уже имеющиеся навыки и более уверенно их реализуют в дальнейшей клинической практике. В 80% наблюдений слушатели курса уверенно и безошибочно выполнили манипуляции. В 15% были допущены незначительные ошибки и лишь в 5% молодые специалисты допустили грубые ошибки. По результатам нашего исследования видно, что кафедра – центр симуляционных технологий Красноярского медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого МЗ РФ позволяет молодым специалистам приобретать опыт и быть уверенным в своих способностях в клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дикман П. Симуляция и безопасность пациентов / П. Дикман, М. Мор // Материалы 1-й Всероссийской конференции по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, Москва, 2012. — М., 2012. — С. 44–50.

2. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / Под ред. чл.-кор. РАМН П. В. Глыбочко. — М. : Изд-во Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2012. — 120 с.

3. Мурин С. Использование симуляторов в обучении : переломный момент / С. Мурин, Н. С. Столленверк // Виртуальные технологии в медицине : науч.-практич. журн. — 2010. — № 1 (5). — С. 7–10.

4. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, М. Д. Горшков [и др.] // Виртуальные технологии в медицине : науч.-практич. журн. — 2013. — № 1 (9). — С. 8.
5. Пахомова Ю. В. О роли виртуальных симуляторов в учебном процессе подготовки врачей / Ю. В. Пахомова // Медицинское образование и симуляционное обучение :конф., г. Майнц, Германия, 26–27 ноября 2011. — Майнц, 2011.
6. Пахомова Ю. В. О роли виртуальных симуляторов в учебном процессе НГМУ / Ю. В. Пахомова // Конф., посвященная открытию симуляционного центра Российского научно-исследовательского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, 2012. — М., 2012.
7. Пахомова Ю. В. Роль симуляционных обучающих курсов в практической подготовке медицинских кадров / Ю. В. Пахомова, И. О. Маринкин, Е. Г. Кондюрина, Е. М. Яворский // Вузовская педагогика : материалы конф. «Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ», Красноярск, 2013. — Красноярск : Типография ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2013. — С. 482–484.
8. Риклефс В. П. Факторы успеха симуляционного обучения с использованием высокотехнологичных симуляторов в медицинском вузе / В. П. Риклефс, Р. С. Досмагамбетова // Материалы 1-й Всероссийской конф. по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, Москва, 2012. — М., 2012. — С. 78–82.

УДК: 366.626:661.12:616-001.17

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А.А. Гладина
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д.фарм.н., проф. А.И. Овод

Анализ лекарственного обеспечения в отдельных субъектах Российской Федерации служит дополнительным индикатором эффективности социально-экономической политики и критерием оценки мероприятий, проведенных в рамках реализации национальных проектов [3]. С необходимостью точного планирования ассортимента, категорий, дозировок лекарственных средств, согласования международных или патентованных названий неизбежно сталкиваются все участники рынка медицинских услуг: от медицинских

организаций (МО): районных поликлиник, стационаров, центров диагностики до аптек, страховых компаний и органов управления системы здравоохраннеия.

Целью нашего исследования является оптимизация лекарственного обеспечения стационарных больных (на примере ожогового отделения БМУ «Курской областной клинической больницы»).

Объекты исследования: ассортимент, закупочные цены на лекарственные препараты ожогового отделения за 2013 г. и 2014 г.

Задачи исследования:

- изучение и обобщение литературных данных о лекарственном обеспечении населения;

- проведение АВС – анализа ассортиментных закупок ожогового отделения за 2013 г. и 2014 г.;

- анализ ассортимента ожогового отделения по фармакотерапевтическим группам (ФТГ) за анализируемые периоды;

- разработка рекомендаций по формированию оптимальных ассортиментных закупок ожогового отделения;

Методы исследования: системный, логический, аналитический, контент-анализ, структурный, графический.

При формировании ассортиментного перечня лекарственных препаратов (ЛП) для стационаров за основу берутся стандарты медикаментозной терапии, которые все больше используют принципы доказательной медицины, согласно которым новые способы фармакотерапии подвергаются жесткому «отбору» в строгих клинических испытаниях с большим числом участников и с тщательным статистическим анализом [2].

Проблемы оптимизации лекарственного обеспечения стационарных больных рассматриваются с нескольких позиций: клинической, охватывающей вопросы использования рациональной фармакотерапии и обеспечения безопасности применяемых ЛП, и экономической, обусловленной затратами на приобретение ЛП для нужд стационаров и путями их минимизации в целях обеспечения доступности лекарственной помощи [1].

Основным финансовым источником для закупки медикаментов для лечения стационарных больных являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в связи с этим при представленном у фармацевтических дистрибьюторов широком ассортименте ЛП, экономическая доступность многих лекарств зачастую остается неприемлемой. При этом следует учитывать, что эффективность лечения стационарных больных во многом зависит от тех ЛП, которые были закуплены МО. Поэтому, существует вероятность того, что пациент, нуждающийся в лечении, его не

получает, что может увеличить риск осложнений и привести к более высоким затратам в будущем [2].

На первом этапе нашего исследования был проведен АВС-анализ, в ходе которго было выявлено, что перечень закупаемых препаратов составил 108 и 154 наименования за 2013 г. и 2014 г. соответственно, общий расход на закупку которых в 2013 г. составил 2,1 млн. руб. и в 2014 г. - 3,1 млн. руб.

По результатам исследования установлено, что в класс А в 2013 г. вошло 11 наименований лекарственных средств (ЛС) из 4 ФТГ. Суммарный расход на их потребление составлял 48, 28% (1018,2 тыс. руб.) от общей суммы расходов, затраченных на закупку ЛС. Класс В в 2013 г. включал 28 наименований ЛС из 13 ФТГ, суммарный расход финансовых средств на их закупку составлял 34,09% (719,1 тыс. руб.). В класс С вошло 69 наименований ЛС, суммарный расход средств на его приобретение составлял 14,06% (296,6 тыс. руб.) от лекарственного бюджета.

По результатам проведенного АВС-анализа установлено, что в класс А в 2014 г. входило 12 наименований ЛС из 6 ФТГ. Суммарный расход на потребления составляет 21,89% (677,2 тыс. руб.) от общей суммы расходов, затраченных на закупку ЛС. В класс В за 2014 г. входят 34 наименования ЛС из 14 ФТГ, суммарный расход финансовых средств на их закупку составляет 42,46% (1313,6 тыс. руб.) от общей суммы расходов на закупку ЛС. В класс С входят 138 наименований ЛС из разных фармакологических групп, суммарный расход средств на его приобретение составляет 27,01% (835,5 тыс. руб.) от лекарственного бюджета.

Таблица 1 - Сравнительная характеристика проведенных АВС-анализов за период 2013-2014 гг.

Группы	**Количество наименований**		**Удельный вес в общем количестве наименований, %**		**Годовой оборот, тыс.руб.**		**Удельный вес в общих издержках, %**	
	2013 г	**2014 г**	**2013 г**	**2014 г**	**2013 г**	**2014 г**	**2013 г**	**2014г**
А	11	12	10,18	7,79	1018,15	677,23	48,28	27,89
В	28	34	25,94	22,08	719,06	1313,58	34,09	42,46
С	69	108	63,88	70,13	296,66	835,52	14,06	27,01
Итого	108	154	100,0	100,0	2108,71	3093,08	100,0	100,0

Сравнительный анализ показал (таблица 1) что, прослеживается динамика увеличения количества закупаемых препаратов, что также влияет и на суммы финансовых средств затрачиваемых на их приобретение.

На заключительном этапе были сформированы списки основных ФТГ, которые необходимо закупать ожоговым отделением для качественного оказания медицинской помощи:

- обязательный необходимый минимальный перечень ЛП для закупок ожоговым отделением (19 ЛП в виде 6 ФТГ);

- обязательный перечень ЛП для закупок ожоговым отделением (15ЛП из 6 ФТГ);

- рекомендательный перечень ЛП для закупок ожоговым отделением (44 ЛП из 26 ФТГ).

Для полноценного лекарственного обеспечения стационарных больных ожогового отделения, МО необходимо закупать обязательный необходимый минимальный перечень лекарственных средств на сумму 1015894,00 тыс. руб. Если медицинская организация располагает значительным количеством денежных средств, то необходимо закупать обязательный перечень ЛС, который составил по сумме 481261,00 тыс. руб. Для рекомендательного перечня лекарственного обеспечения ожогового отделения, МО должна располагать суммой в размере 139147,38 тыс. руб.

Таким образом, исследования показали, что для формирования всех списков медицинской организации с целью оказания качественной медицинской помощи пациентам ожогового отделения необходимо запланировать финансовые средства в объеме 1637848,4 тыс. руб., но, в связи с нестабильной экономической ситуацией в нашей стране, суммы на закупку лекарственных препаратов для ожогового отделения могут изменяться.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балахонова, Е.Г. Методические подходы к оптимизации лекарственного обеспечения жителей сельских населенных пунктов: Автореф. дис….канд.фарм.наук: 14.04.03 / Е.Г. Балахонова; Алтайск. гос. мед. ун-т. – Пермь, 2012 – 23 с.

2. Касютина, О.Л. Разработка методических подходов по совершенствованию лекарственного обеспечения женщин в период беременности: Автореф. дис….канд.фарм.наук: 14.04.03 / О.Л. Касютина; Первый МГМУ им. Сеченова – Москва, 2013. – 24 с.

3. Кириленко, Н.Н. Фармакоэкономическое обоснование оптимизации лекарственного обеспечения стационарных больных со стабильной стенокардией: Автореф.

дис….канд.фарм.наук: 14.04.03 / Н.Н. Кириленко; Первый МГМУ им. Сеченова – Москва, 2013 – 23 с.

УДК 81’373. 232

ИСТОРИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ФАМИЛИЙ МОИХ ОДНОКУРСНИКОВ

Я.П. Гойколова, А.Г. Налтакян, Ю.А. Нурисламова, Т.О. Аксёненко
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж
Научные руководители: преп. Т.Г. Демиденко, преп. Л.Н. Коновец

Актуальность темы: Каждый из нас стремится понять происхождение своей фамилии, кем были наши предки, что может значить слово, сопутствующее нам всю жизнь. Родовое имя - часть полного имени, которая несёт информацию о происхождении человека. В наше время, как правило, используется только одно родовое имя — фамилия, в древности использовались и другие формы записи информации о предках в собственном имени человека. Наиболее простым видом родового имени является отчество, но существовало и матчество (имя по матери) и дедичество (имя по деду) — у арабов, к примеру. Полная цепочка родового имени могла достигать десятка имён.

Слово «фамилия» — латинского происхождения. В Римской империи оно обозначало общность, состоявшую из семьи хозяев и их рабов. Похожий смысл это слово позже имело достаточно долго в Европе и в России. Известны факты, когда даже в XIX веке крепостные крестьяне получали фамилию от своего господина. Только к XIX веку слово «фамилия» в русском языке приобрело своё второе значение, ставшее сегодня официальным и основным: «наследственное семейное именование, прибавляемое к личному имени».

В истории России были периоды, когда не принято было интересоваться своими корнями. Из-за этого многие из нас утратили связь поколений, редко кто может похвастаться родословным древом. Нам захотелось узнать происхождение своих фамилий, может быть, это станет для нас началом восстановления родословного древа.

Целью работы нашей команды является исследование истории происхождения фамилий однокурсников.

Задачи:

1. изучить, что такое фамилия;
2. определить способы образования фамилий;

3. распределить фамилии однокурсников по способам происхождения с помощью таблицы.

Объект исследования - студенты первого курса Фармацевтического колледжа. Предмет исследования – фамилии студентов.

Метод: исследовательский поиск и отбор информации, приём классификации.

Фамилия – наследственное родовое имя, указывающее на принадлежность человека к одному роду, ведущему начало от общего предка, или в более узком понимании – к одной семье. Фамилии у людей были не всегда. Но когда количество населения начало увеличиваться, экономика – развиваться, появилась потребность в фамилиях. И встал вопрос: «А из чего их создавать?» Современные исследователи выделили четыре основных способа образования фамилий.

1. Формирование фамилий на основе имён.

Значительное количество как русских, так и иностранных фамилий было создано на основе личных имён: Дмитриев, Иванов, Васильев и т.д. Кстати, многие думают, что некоторые фамилии образовались от названий животных. Это не совсем так. Изначально личные имена произошли от названий животных, а уже потом фамилии сформировались на основе этих личных имён. Например: фамилия «Волков» появилась не потому, что её обладатель был похож на волка, а потому, что кого-то в роду с этой фамилией звали Волком. На Руси были распространены также «птичьи» имена: Соловей, Сокол, Лебедь. От них произошли фамилии: Соловьёв, Соколов, Лебедев. Тюркские фамилии образовывались также, в основном, от имени отца, деда или прадеда. Эта традиция жива до сих пор. Появились фамилии после присоединения тюркских народов к России.

2. Формирование фамилий на основе прозвищ.

Этот способ очень похож на предыдущий. Во времена отсутствия фамилий их роль отчасти выполняли прозвища. «Смотри, вон Сашка Белый бежит!» - мог сказать русский крестьянин. «Белый» - это пример прозвища, которое позже трансформировалось в фамилию. На Руси фамилии крепостным крестьянам чаще всего давали помещики. Зачастую они придумывали их на основе прозвищ.

3. Формирование фамилий на основе профессий.

Этот способ образования фамилий свойствен всем народам. Профессия была той вещью, с помощью которой можно было идентифицировать людей в обществе. Поэтому неудивительно, что некоторые фамилии сформировались на основе названий профессий. Иметь такую фамилию было почётно. Например: Сапожников, Столяров, Кузнецов, Гончаров, Бочкарёв и т.д.

4. Формирование фамилий на основе географических характеристик.

Этот способ был в ходу только на первых порах. Крепостных крестьян порой называли одной-единственной фамилией в зависимости от поместья, к которому они были прикреплены. Этот метод образования фамилий в России можно назвать обезличенным. В некоторых случаях фамилии, образованные от географических объектов, присваивались служилым людям. Их основой становились географические названия, откуда родом был основатель этой фамилии - городов, деревень, сёл, станиц, рек, озер и т. д.

К данной группе можно отнести следующие русские фамилии: Казанцев, Новгородцев, Москвитинов, Тамбовцев, Астраханцев, Москвичев, и многие другие. В Европе было иначе – фамилии, образованные от названий родовых поместий, получали люди аристократического происхождения.

Сюда же можно отнести и «вотчинные» фамилии. Такие фамилии имели, в первую очередь, князья и бояре. Их фамилии происходили от названия их же удела. Так получили свои фамилии князья Вяземский, Мещерский, Коломенский и другие. Также подобные фамилии могли иметь и крестьяне. Многим крестьянам давали полную или измененную фамилию их бывшего владельца, помещика.

Мы определили самые распространённые способы образования фамилий на примере фамилий однокурсников.

Таблица 1 - Способы образования фамилий однокурсников

На основе имён	На основе прозвищ	На основе профессий	Географический способ	Тюркские фамилии
Герасимова (от Герасим)	Жаркова (от «Жаркий» - рыжий)	Сальникова (от «сальник» - торговец салом)	Завадский (узкое место на реке)	Магдеева (от «Магдей» - проповедник)
Корнева (от Корней)	Зацепина (от Зацепа)	Ткачёва (от «ткач» - изготовитель ткани)		Нурисламова (от «Нурислам» - свет)
Потапова (от Потап)	Зырянова (от Зырян)	Личадеева (от «лицедей», актёр)		Абдрахимова (от имён Абде и Рахим)
Аксёнова (от Аксён)	Печёнкин (от печь, печёнка)			Исмаилова от имени Измаил)
Васильева (от Василий)	Сопикова (от «Сопик» - торопливый человек)			Юсупов (от имени Иосиф)
Гапонова (от	Черных (от			

Гапон)	«Черныш» или «Черной» - смуглый)			
Радькова (от Радько, Родион)	Гойколова (от «Гойкола» - громкоголосый)			

Вывод: Каждая фамилия – это наследственное имя семьи, поэтому история каждого такого имени индивидуальна и неповторима. Именно в фамилии запечатлена своего рода живая история, которая хранит память о предках и раскрывает многие подробности нашего далекого прошлого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганжина, И.М. Словарь современных русских фамилий/ И.М. Ганжина - М.: 2001 - 672с.
2. Медведев, Ю.М. 10000 русских имен и фамилий. Энциклопедический словарь/Ю.М. Медведев - М.: 2009 - 464с.
3. Унбенгаун, Б.О. Русские фамилии/ Б.О. Унбенгаун – М.: 1989 - 443с.
4. Шейко, Н.И. Русские имена и фамилии/Н.И. Шейко - М., 2005 - 304с.

УДК 616.051+159.9

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

А.Ю. Гончарова
краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Ачинский медицинский техникум» (КГБПОУ АМТ), г. Ачинск
Научный руководитель преподаватель КГБПОУ АМТ, О. В. Перевалова

Приоритетами развития в современной системе здравоохранения Российской Федерации становится профилактика заболеваний, первичная медицинская помощь, патронаж и реабилитация, а также развитие системы ранней диагностики заболеваний, дистанционного контроля за состоянием здоровья пациентов на основе современных информационных технологий, в том числе с использованием электронных мобильных устройств (eHealth). В этих условиях в системе оказания медицинской помощи населению возрастает роль медицинских сестер как специалистов среднего звена, изменяются требования к их профессиональной компетентности.

Медицинская сестра – становится главным помощником врача, причем не только в плане ухода за больным, но и в освоении и использовании современных медицинских технологий и оборудования. Успешность проведения медицинских процедур во многом определяется умениями медицинской сестры подготовить к ним пациента, создав, в том числе, положительный психологический настрой, контролировать исправность работы оборудования во время медицинской процедуры, а также умениями слаженно и эффективно работать в команде с врачом и коллегами [3].

Работа медицинской сестры сопряжена со значительным вложением физических и душевных сил. Способность к восприятию переживаний ближнего, искреннее понимание своего долга перед другими людьми, осознание того, что ты можешь и должен помочь заболевшему человеку обрести полноту существования, то есть стать здоровым, являются нравственными и психологическими основаниями профессиональной деятельности медицинской сестры [4]. Чтобы осуществить поддержку, медсестра должна быть готова к сопереживанию, проявлению доброты, отзывчивости, участия. Однако в ряде случаев просто хороших человеческих качеств недостаточно, чтобы применять их профессионально, с высокой степенью надежности, надо усвоить определенные элементы медицинской психологии, в том числе:

— умение создать положительный эмоциональный настрой на выздоровление, защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление, помочь поверить в себя, в положительный исход выздоровления;

— умение вести беседу, учитывая культурный уровень собеседника, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства, оценивая при этом достоверность сообщаемых сведений, не обижая пациента недоверием;

— умение интерпретировать невербальную информацию (мимику, жесты, позы и пр.), учитывая детский или пожилой возраст пациента, специфику заболевания, индивидуальные особенности личности;

— умение владеть собой и быть терпеливым.

В процессе профессиональной подготовки будущей медицинской сестры большое внимание уделяется освоению теоретических знаний в области медицинских наук, практических навыков проведения медицинских процедур, освоению современных, в том числе информационно-коммуникационных технологий. Вместе с тем, для овладения профессиональными компетенциями необходим опыт практической деятельности, поскольку именно через практическую деятельность будущий специалист может осознать социальную

значимость избранной профессии, получаемых знаний, а также наличие собственных дефицитов и ресурсных возможностей для их преодоления.

Большие возможности для включения в профессионально-направленную практическую деятельность предоставляет волонтерское движение «Vita», организованное в Ачинском медицинском техникуме [1,2]. Волонтером может стать каждый студент с первого курса, причем решение оказывать безвозмездную помощь нуждающимся он принимает добровольно. Волонтерское движение в техникуме организовано по нескольким направлениям: донорство, оказание помощи людям с ограниченными возможностями здоровья, ветеранам, пожилым и тяжелобольным людям, пропаганда здорового образа жизни.

Опыт участия в волонтерской деятельности по направлению пропаганда здорового образа жизни среди подростков и молодежи, профилактика заболеваний, аддиктивного поведения, помогает студентам-волонтерам не только укрепиться в правильности профессионального выбора, но и приобрести дополнительные знания о методах профилактики заболеваний; факторах, влияющих на репродуктивное здоровье человека; умения грамотно и убедительно вести просветительскую работу с подростками и молодежью, учитывая возрастные особенности, используя современные информационно-коммуникационные технологии, интерактивные методы.

В качестве волонтеров студентам приходится разрабатывать и проводить в школах, на пришкольных площадках мини-уроки с использованием мультимедийных презентаций, видеороликов на темы: «Репродуктивное здоровье человека», «Вредные привычки», «Скажи сигарете – нет!» «Берегись автомобиля!» (профилактика дорожного травматизма детей и подростков), обучать ребят азам первой медицинской помощи [1,2]. Слушатели всегда задают множество вопросов, с удовольствием отрабатывают «манипуляции» на фантомах и на себе. Проведению мини - уроков предшествует серьезная подготовительная работа, во время которой волонтерам приходится определять и выбирать наиболее актуальные для слушателей темы, создавать мультимедийные презентации и видеоролики, психологически готовиться к выступлению перед аудиторией, для того чтобы создать положительный настрой на восприятие информации, заинтересовать слушателей, ясно и убедительно донести до них значимую информацию.

Опыт участия в волонтерском движении позволил убедиться в том, что настоящим специалистом - медицинской сестрой, может стать только человек, который уже с начала своего обучения прошел достаточно серьезную школу самовоспитания и не утратил в бурях переживаний человечность, но укрепил собственную душевность; не стал черствым, не

закрылся от людских страданий, но стал крепче и увереннее в собственных силах, научился дисциплинировать себя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Колодина О.П., Цюренко О.В. Проектная деятельность как фактор формирования профессиональных компетенций студентов//Сборник материалов краевой педагогической конференции средних профессиональных медицинских образовательных учреждений Красноярского края: «От знаний и умений к компетенциям, от компетенций к профессионализму».- Красноярск. -2014. - С.17-19.
2. Стельмах Т.И., Япина М.И. Проблемы духовно-нравственного воспитания студентов и пути их решения (Из опыта работы коллектива Ачинского медицинского техникума)//Сборник материалов краевой педагогической конференции средних профессиональных медицинских образовательных учреждений Красноярского края: «От знаний и умений к компетенциям, от компетенций к профессионализму». - Красноярск. - 2014. - С.17-19.
3. ФГОС СПО по специальности 060501 «Сестринское дело»// http://www.fgou-vunmc.ru/news/?ELEMENT_ID=1482
4. Юстус И.В., Трушина О.Ю. Профессиональное общение медсестры как фактор повышения качества жизни инкурабельных больных// http://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-obschenie-medsester-kak-faktor-povysheniya-kachestva-zhizni-inkurabelnyh-bolnyh

УДК 005.332.4:12

КОНКУРЕНЦИЯ КАК ПУТЬ К САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ИЛИ САМОРАЗРУШЕНИЮ

М.Е. Горбань

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Л. Д. Рассказов

Одной из актуальных проблем современности выступает проблема конкуренции. Конкуренция существует в обществе не только в экономической форме, она представляет собой и специфическое общественное явлении, включённое в сеть общесоциологических

закономерностей и неразрывно связано с социальной жизнью. Обоснование данной проблемы становится актуальной задачей для философии, социологии, политологии и общества в целом. Рассмотрим конкуренцию как комплексное общественное явление.

Целью работы является непосредственное сравнение течения конкуренции времен СССР и современной России, а так же, всесторонне рассмотреть конкуренцию в современном обществе.

Конкуренция свойственна всем живым организмам, начиная от бактерий: борьба за пищу, местообитание; заканчивая людьми: конкуренция за место работы, за любовь, за лучшие условия жизни.

Какова же сущность конкуренции, позволяющая говорить о ней как о движущей силе общества? Бесспорно, конкуренция была, есть и будет, но вопрос в другом: в какой степени конкуренция проявляется в сегодняшней России и во времена СССР?

Окунемся во времена СССР. Разумеется, конкуренция существовала и в советской системе. О ней так красочно пишет В. Резун: «Так в конкуренции гибли выдающиеся проекты. Так создавались великие летчики: «если ты не рвешь жилы», то ты сгодишься лишь на то, чтобы кого-нибудь «прикрывать», и в ближайшем бою будешь сбит. Если ты активен - уже тебя будут прикрывать, «на тебя будут работать»». То есть, выполнять черновой отупляющий труд. Конкуренция за работу на современном станке. За получение жилья. Конкуренция между городом и деревней, в которой более организованный и богатый город довел деревню истощения.

Вспомним школьную форму. Изо дня в день девочки и мальчики были одеты одинаково, на первый взгляд, никакого самовыражения, но это сдерживало школьников в выборе одежды в рамках приличия. Все равны, никаких преимуществ одного ученика перед другим.

Присмотримся к современной России. Конкуренция везде, даже там, где ее, казалось бы, не должно быть. Начнем с детей. Придя в детский садик, можем наблюдать картину: «молодой бизнесмен» ловко демонстрирует своим «подчиненным» новый сотовый телефон. Конкуренция в данном случае разворачивается не между детьми, а между родителями, которые хотят показать, что именно их ребёнок лучший в коллективе. В дальнейшем переходим в школу. В подсознании у нашего «бизнесмена» заложено то, что он лучше всех во всем и тут начинается конкуренция по-взрослому, которая оборачивается конкуренцией между родителями. Но не по каким-то выдающимся способностям, а по толщине кошелька. В результате чего дети богатых родителей легко оттеснили детей бедных родителей.

Что касается интеллектуального труда, то, например, в компьютерном бизнесе разрешены ошибки, подчас фирма не несет за них ответственности. Поэтому в результате

конкуренции допускается масса ошибок из-за спешки. То есть, для настоящего ученого конкуренция с себе подобными - не просто разобщающий фактор, а толчок к производству некачественной продукции. Таким образом, для ученого или художника - если они действительно таковыми являются - отношения частной собственности являются неприемлемыми.

Не стоит говорить о конкуренции только с отрицательной стороны, стоит взглянуть на её плюсы. Есть мнение, что отсутствие конкуренции приводит к отсутствию «стимула» - к просиживанию на рабочем месте и некачественной продукции. Теперь каждый предприниматель будет гнаться за высоким статусом, производя все лучшие и оригинальные продукты потребления.

«Без соревнований мы были бы одноклеточными» Доктор Грегори Хаус. Развитие и усовершенствование несет в себе конкуренция, но есть право на жизнь мнению, что не стоит конкурировать с кем-то, необходимо самосовершенствоваться и конкуренция будет между самим собой вчера, сегодня и завтра. С каждым днем вставать на ступеньку выше относительно своих достижений. Доктор философии Том Питерс рекомендует нам: «Не надо участвовать в забеге с конкурентами. Надо ставить свой забег и бежать в одиночку». Ведь в этом и отражается истинный смысл положительный аспект конкуренции.

Конкуренция цивилизационная форма вражды. Цивилизационной она становится благодаря тому, что эта вражда государством вводится в рамки закона. Л. Мизес разграничивает взгляды на явление конкуренции и выделяет ее разновидности в соответствии с двумя системами общественной жизни: «Социалисты утверждают, что капитализм деградирует, что он не совместим с человеческим достоинством, что он губит интеллектуальные способности человека и лишает его нравственной чистоты. При капитализме каждый вынужден смотреть на своего соотечественника как на конкурента. Врожденные инстинкты человеколюбия и товарищества превращаются, таким образом, в ненависть и безжалостное стремление к личному успеху за счет всех остальных людей. Но социализм возродит добродетели человеческой натуры. Дружелюбие, братство и товарищество станут характерными чертами будущего человека. Но прежде всего, необходимо уничтожить худшее из всех зол – конкуренцию». Л. Мизес подчеркивает, что конкуренция несовместима с лучшими качествами человека, поскольку в условиях конкуренции стремление к личному успеху сопровождается ненавистью и осуществляется за счет других людей.

В завершении вышесказанному хочется отметить, Шарль де Голль был прав, сказав: «Всегда выбирайте самый трудный путь — на нем вы не встретите конкурентов». Что объясняется отхождением от конкуренции и развитие человека как личности. Конкуренция

подлежит всестороннему анализу в тех сферах, где она необходима, приемлема, оправдана и актуальна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Летунова О. В. Социально – философский анализ конкуренции / О. В. Летунова // Вестник Сибирского государственного аэрокосмического университета имени академика М. Ф. Решетнева. – 2006. – №2. – С. 159-162.

УДК 616.831-005-08:78

АРТ-ТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

В.В. Гребенцова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО

Научный руководитель: к. п. н., доцент И.О. Кононенко

В современном мире человек испытывает большие нагрузки, что зачастую приводит к усталости, искажениям работы организма. Это проявляется в сбоях психоэмоциональной сферы человека, заболеваниях жизненно важных систем организма, в том числе и сердечно - сосудистой системы.

Инсульт является важной медико – социально - психологической проблемой, это одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. Заболеваемость инсультом составляет 2,5–3 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде инсульта в России достигает 35%, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года после перенесенного инсульта; в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов.

Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения. К труду возвращается 20% лиц, перенесших инсульт, причём одна треть заболевающих инсультом – люди работоспособного возраста. Таким образом, в России инсульт ежегодно развивается у 400–450 тыс. человек, примерно 200 тыс. из них погибают. В стране проживают более 1 млн. человек, перенесших инсульт, причем 80% из них являются инвалидами.[1]

Одной из наиболее серьезных психологических проблем больных, перенесших тяжелое заболевание головного мозга, считается потеря веры в себя и в будущее, изменение привычных представлений человека о себе. Отсутствие заметного и быстрого улучшения у пациентов, изначально преисполненных нереальными ожиданиями, приводит к ощущению безнадежности, беспомощности.

Таким образом, нарушения в психоэмоциональной сфере являются значительным препятствием для реабилитационной работы с пациентами, перенёсшими острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), и приводят к наиболее тяжелым последствиям в отдаленные периоды, что и делает этот вопрос достаточно актуальным.

В настоящее время привлекает к себе все большее внимание во всем мире в реабилитации больных после инсульта арт-терапия - метод лечения, основанный на применении художественного творчества. Можно выделить несколько направлений, которые используются в арт-терапии в качестве коррекционной работы: музыкотерапия, фототерапия, изотерапия, драматерапия, танцедвигательная терапия и т.д.

Работа психолога в арт-терапевтическом методе не имеет директивный характер, основная задача заключается в оказании помощи человеку в преодолении болезни, решении определенных проблем, разрешении конфликтов, улучшении эмоционального состояния. Работа с клиентом в арт-терапии это «движение от бессмысленности к смыслу, от слабости — к силе, от фрагментарности — к единству, от неуверенности в себе — к самодостаточности».[4]

В России арт-терапия используется недостаточно широко, поэтому я решила попробовать отдельные её направления в реабилитационной работе с больными после инсульта.

С целью проверки эффективности влияния комплексной психологической реабилитации на эмоционально-поведенческую сферу пациентов в остром периоде инсульта, была обследована группа пациентов на базе регионального нейрососудистого центра КГБУЗ Краевой клинической больницы №1 в городе Красноярске.

В исследовании принимали участие 15 больных после инсульта: 12 женщин (80%) и 3-ое мужчин (20%), в возрасте от 30 до 73 лет, с высшим и средним уровнем образования и диагнозом ОНМК в остром периоде. Для исследования эмоциональной сферы больных использовала госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [5], методику САН [3].

В ходе исследования было выявлено, что в экспериментальной группе (15 чел) у 2 человек (13,3%) имелись клинические проявления тревоги и депрессии, а у 7 (46,7%) - субклинические проявления тревоги и депрессии, что негативно влияло на общее состояние

пациентов. Субклинические проявления тревоги были выявлены у 3 человек (20%); у остальных (20%) – присутствие субклинической тревоги и клинической депрессии.

Используемые тренинговые занятия были направлены на восстановление двигательной активности больных с помощью ритмичной музыки, в сочетании с движениями в такт, повторением различных ритмических структур, на улучшение эмоционального и психологического состояния, повышение творческой, энергетической и мозговой функции организма. За время участия в тренинге больные инсультом получали новые способы снятия психоэмоционального напряжения, способы преодоления тревоги и депрессии. Использование музыки широко применяют во многих странах для лечения, реабилитации и профилактики различных нарушений: эмоциональную нестабильность, поведенческие нарушения, соматические нарушения, психосоматические заболевания, психические отклонения. Поэтому в реабилитационной работе с больными предпочтение было отдано использованию специально подобранных музыкальных произведений для улучшения эмоционального фона и мотивации, а также снижения чувствительности к боли. Приемы музыкотерапии, способствующие этому, включают прослушивание классической музыки, просмотр картин под звуки природы, применение дыхательных техник, техники визуализации. В качестве музыкальных произведений были использованы такие композиторы как Бетховен, Вивальди, Чайковский, Моцарт и Фриц.

У участников была возможность с помощью музыки повысить эффективность метода визуализации, а также других приемов, усиливающих эффект релаксации.

Вместе с тем структура тренинговых занятий составлялась с учетом личностных особенностей больного и его заболевания. Так, больные с нарушением речи выполняли упражнения на проговаривание, пропевание отдельных звуков и их сочетание, отбивание ритма под различные музыкальные произведения для восстановления ритмических структур, создание мотивации на активность. Для придания большей энергии телу, улучшения самочувствия, снижения психического и физического напряжения, все больные делали упражнения на двигательную активность: корригирующие гимнастические упражнения по методу профессора Ю.А. Афанасьева [2] вместе с динамическим музыкальным сопровождением; использовалась пальцевая гимнастика;

Необходима способность регулировать собственные эмоциональные состояния у таких больных, поэтому были предложены дыхательные техники, упражнения на визуализацию, прослушивание композиций классической музыки, фототерапия. Пациентам, у которых не было грубых нарушений двигательной активности, были предложены упражнения изотерапии.

При проведении занятий с больными после инсульта я фиксировала, что больные с нарушением чувствительности начинали чувствовать тело «покалывания, импульсы в руке, подрагивания», о чём больные сами сообщали.

У пациентов с нарушением двигательной активности после проведения тренинга (сочетания ритмичной музыки и гимнастики) наблюдались заметные улучшения в динамике двигательной активности на пораженной части тела.

Чтобы улучшить речь и коммуникативные способности человека, перенесшего инсульт, использовала отбивание ритма под музыку, подобранную мелодию. Пациенту предлагались действия, которые тренируют мимические мышцы и мышцы рта, это рифмовка и пение, а также распевчатое произнесение слов.

Эмоциональная сфера таких больных значительно улучшалась, после проведенных тренингов. Пациент чувствовал себя лучше, ощущал свою необходимость. Больные становились более активны в эмоциональном плане, жизнерадостны, ориентированы на выздоровление.

С помощью тренинга пациенты по-другому стали смотреть на свою жизнь, параллельно проводила с ними беседы на тему о том, чтобы хотели пациенты осуществить в дальнейшем, делала акценты на ценностно – смысловые ориентации больного: желание пациента больше не попадать в больницу, заботу о своих родных, нежелание взваливать больше той нагрузки (физической и психологической), которую смогут перенести.

После проведенной работы (тренинги) с больными в экспериментальной группе результаты диагностики показали, что у всех пациентов, с которыми проводились занятия с использованием комплексной программы психологической реабилитации, имеется положительная динамика в эмоциональной сфере. А именно, у 10 пациентов с проявлениями субклинической тревоги и депрессии были намечены значительные улучшения в психоэмоциональном состоянии, с субклинических показателей (8-9 баллов) они снизились до нормальных значений (от 5 до 7 баллов). У остальных 4 пациентов с проявлением клинической тревоги и депрессии показатели снизились до субклинических проявлений (варьировали от 6 до 8 баллов), с проявлением субклинической тревоги и клинической депрессии (оставшийся 1 пациент) показатели снизились до нормальных.

Эмоциональное состояние пациентов с ОНМК улучшилось после проведения тренинговых занятий. Снизились показатели клинической депрессии и тревоги до субклинических (26,7%), субклинические показатели тревоги депрессии по шкале HADS достигли нормальных значений (73,3%).

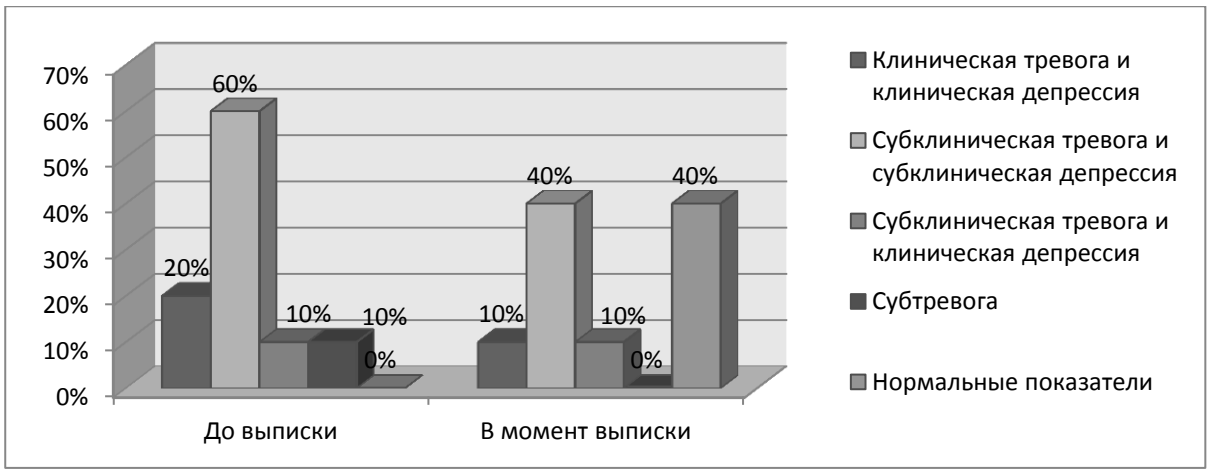


Рисунок 1 – Сравнение результатов в контрольной группе до и после выписки больных с ОНМК

Оценка психического состояния и психоэмоциональной реакции больных (опросник САН) показала, что у 100% исследуемых улучшилось самочувствие, у 93% повысилась активность, у 87% наступило улучшение настроения.

Таким образом, результаты проведенного тренинга показали, что использование методов арт-терапии воздействуют на психоэмоциональное состояние больного. Общение с психологом, дифференциация своих переживаний, творческое самовыражение, позволяет снизить эмоциональное напряжение больных за счет отреагирования переживаний, способствует большей мотивации к выздоровлению через активизацию побуждения пациентов к самостоятельному творчеству. Изменения, которые отмечают пациенты, существенно повышает эффективность реабилитационных мероприятий в острый период инсульта, увеличивая вероятность более полноценной интеграции пациента в свою среду.

Считаю, что проблема психологического сопровождения личности в период болезни, которая приводит зачастую к инвалидности, социальной дезадаптации, нуждается в дальнейшем исследовании и разработке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. 2001.

2. Грёнлюд Э., Огнесян Н.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004. – 288 с.

3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Шарай В.Б, Мирошников М.П. Опросник САН. 1973.

4. Копытин А.И. Практикум по арт-терапии. - СПб: Питер, 2001. — 448с.

5. Zigmond A.C., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. // Acta Psychiatr. Scand. 1983 - Vol.67 - P.361 - 370.

УДК 339.138:615.322:615.254

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В.Н. Гридасова
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д. фарм. н., проф. А. И. Овод

На протяжении всей истории человечества растительный мир был источником ценных лекарственных средств. К середине 20-х годов XX века лекарства, изготовленные из растений, составляли 70-80% всех медикаментов. Даже сегодня треть препаратов добывают из растительного сырья. Значительное развитие фитотерапия приобрела в последние десятилетия. Врачи всех специальностей широко пользуются многими растениями и изготовленными из них фитопрепаратами [3,5].

В последние годы среди населения пользуется спросом группа лекарственных средств (ЛС), содержащих комплексы биологически активных веществ из лекарственного растительного сырья (ЛРС). Они обеспечивают мягкое, умеренное действие, низкую токсичность, практическое отсутствие аллергических реакций, комплексное воздействие на организм, минимальные побочные действия, постепенное, медленное развитие терапевтического эффекта, пероральное введение или наружное применение [1].

Данный сегмент рынка достаточно велик: ВОЗ прогнозирует на ближайшие годы рост доли лекарственных средств из растительного сырья до 60% мирового фармацевтического рынка, что делает лекарственные растительные препараты весьма перспективным объектом управленческих инноваций в аптечной организации [2].

Следует отметить, что в настоящее время производство в России растительных экстрактов и новогаленовых препаратов для использования в изготовлении лекарственных средств, настоек, сиропов, масел, суппозиториев и мазей, а также некоторых других лекарственных форм на основе растительного сырья развивается, и доля фитопрепаратов на рынке продолжает увеличиваться. Однако сказывается отсутствие маркетинговой поддержки, которая характерна для традиционных препаратов, а без нее на

фармацевтическом рынке сложно представить себе широкое экономическое признание многих растительных лекарственных средств [4].

Изучение ассортимента ЛС, которые в своем составе содержали бы высоко биологические соединения растительного происхождения, является актуальной проблемой, поскольку спрос на них стремительно растет. Для лечения и профилактики заболеваний мочеполовой системы на фармацевтическом рынке присутствуют лекарственные препараты растительного происхождения, действие которых обусловлено биологически активными веществами, которые входят в их состав и обладают спазмолитическим, антисептическим, противовоспалительным, мочегонным действиями.

Цель исследования: проведение маркетингового исследования рынка лекарственных препаратов растительного происхождения, применяемых для лечения мочеполовой системы.

Объекты исследования– сеть аптек ООО «Азон» Брянской области, г.Трубчевск, ассортимент, цены на ЛС растительного происхождения для лечения мочеполовой системы.

Для проведения исследования использованы официальные справочные издания о лекарственных средствах: Государственный реестр ЛС, Энциклопедия лекарств и товаров аптечного производства, Справочник Видаль (интернет версии).

Методы исследования: системный анализ, логический, контент-анализ, структурный, сравнительный, комплексный маркетинговый анализ.

Для достижения поставленной цели в ходе исследования необходимо было решить следующие задачи:

– анализ литературных источников по вопросам особенности применения лекарственных средств растительного происхождения;

– провести анализ ассортимента лекарственных средств растительного происхождения для лечения мочеполовой системы фармацевтического рынка России и ; представленных в г. Трубчевск Брянской области;

– провести сравнительный анализ ассортимента лекарственных средств растительного происхождения для лечения мочеполовой системы российского и локального фармацевтических рынков;

– разработать рекомендации по оптимизации ассортиментной политики аптек г. Трубчевск;

– разработать информационно-консультативное обеспечение для фармацевтических работников по вопросам оказания лекарственной помощи населению;

– провести медико-социологические исследования потребителей ЛС растительного происхождения.

На первом этапе исследования по результатам маркетингового анализа установлено, что ассортимент зарегистрированных в России ЛС растительного происхождения включает 38 торговых наименовании (ТН), представленных в виде 86 лекарственных препаратов (ЛП). Фармацевтический рынок г.Трубчевск представлен 16 ТН и 22 ЛП.

В ходе анализа глубины ассортимента установлено, что из 86 предложений ЛП растительного происхождения для лечения мочеполовой системы, зарегистрированных в РФ, на региональном рынке представлены только 22 (25,6%); из 38 ТН – 16 (42,1%). В результате коэффициент глубины ассортимента ($К_г$) составил по ЛП – 0,25, по ТН – 0,42.

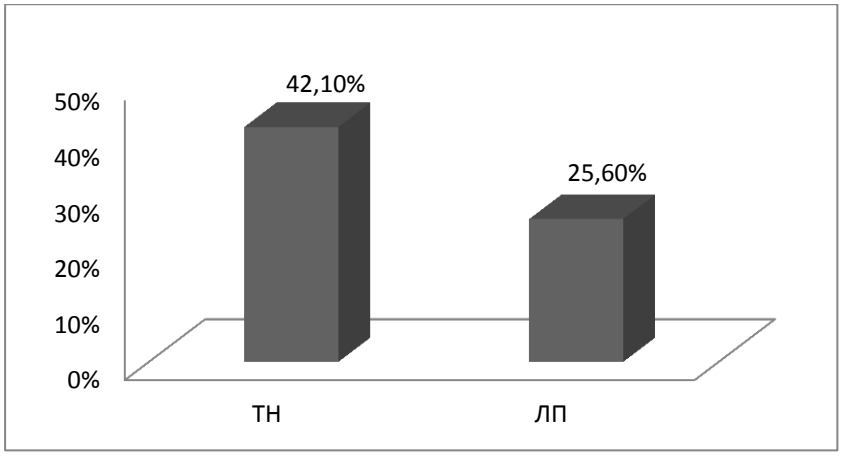


Рисунок 1 – Структура ассортимента лекарственных препаратов растительного происхождения для лечения мочеполовой системы

На втором этапе исследования по результатам маркетингового анализа составлен макроконтур российского фармацевтического рынка и мезоконтур фармацевтического рынка города Трубчевск анализируемой группы препаратов (рис. 2). Установлено, что и на российском (69,8%), и на региональном рынке (68,2%), ассортимент характеризуется наличием в основном отечественных препаратов. Зарубежные ЛП имеют меньшую долю как на фармацевтическом рынке страны (30,2%), так и локальном рынке (31,8%). По виду преобладают твердые ЛФ и на рынке России (78,9%), и на региональном рынке (72,9%). Индекс обновления ассортимента за 2012-2014гг. составляет: на фармацевтическом рынке страны – 13%, на рынке г.Трубчевск – 9,1%.

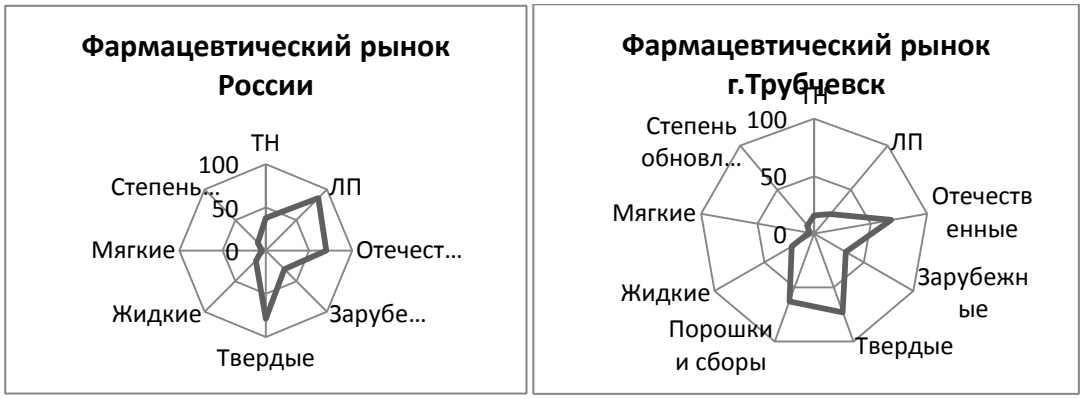


Рисунок 2 – Ассортиментные контуры российского и локального фармацевтических рынков ЛС растительного происхождения для лечения мочеполовой системы

Для анализа экономической оценки лекарственной терапии на региональном рынке с помощью метода группировок Стреджерса были выделены границы стоимости лекарственных препаратов данной группы.

Таблица 1 – Группировка стоимости лечения мочеполовой системы ЛС растительного происхождения

п/п	Границы, руб.	Кол-во ЛС	Доля, %
	Низкая 21,60 – 99,99	10	45,45
	Средняя 100,00 – 199,99	2	9,10
	Высокая 200,00 - 350,45	10	45,45
	Итого:	22	100,0

Анализ данных таблицы 1 свидетельствует о том, что затраты на лечение заболеваний мочеполовой системы ЛС растительного происхождения характеризуют как низкие и высокие (по 45,45%), только 9,1% ЛС имеет среднюю стоимость. Низкой стоимостью облает лекарственное растительное сырье (от 21,6 до 57,2 рублей).

На заключительном этапе было проведено медико-социологическое исследование потребителей ЛС растительного происхождения. В результате которого установлено, что основными покупателями ЛС растительного происхождения являются женщины (88%) в возрасте от 36 до 55 лет (58%). Выявлено, что 54% опрошенных предпочитают лечиться ЛС растительного происхождения, 42% считают, что достаточно информированы о растительных ЛС, 78% хотели бы получать дополнительную информацию о данных ЛС, 86%

используют ЛРС в домашних условиях (чаи – 32,9%); наиболее часто ЛС растительного происхождения применяют для лечения простудных заболеваний (44,4%).

Таким образом, мониторинг состояния российского и локального сегментов фармацевтического рынка ЛС растительного происхождения для лечения мочеполовой системы, показал недостаточную доступность этой группы препаратов для населения г.Трубчевск и определяет основные направления развития регионального сегмента рынка. Это, например,расширение ассортимента за счет увеличения количества торговых наименований ЛС: ависан, панавир, пермиксон, простагут, проставерн уртика, простанорм, простаплант, спазмоцистенал, спеман, таденан, трианол, трибестан, цистон, цистенал.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости регулярного проведения маркетинговых исследований регионального рынка для повышения доступа к ЛС растительного происхождения для лечения мочеполовой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьева, Т. Г. Основные маркетинговые тенденции формирования ассортимента лекарственных средств растительного происхождения на российском фармацевтическом рынке / Т. Г. Афанасьева, Н. Б. Дрёмова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2012. - №10 Вып.18/4. - С.88-91.
2. Афанасьева, Т.Г. Разработка методических основ управления бизнес-процессами в аптечном сегменте фармацевтического рынка (на примере лекарственных растительных препаратов): автореф. д-ра фарм.наук: (14.04.03) / Т.Г.Афанасьева; Омская государственная медицинская академия].- Москва, 2014.- 500 с.
3. Ермоленко, Т.И. Перспективы применения фитопрепаратов в лечении мочекаменной болезни / Т.И.Ермоленко // Научные ведомости БелГУ. – 2014. - № 18(129) Вып. 27. – С.205-212.
4. Зорина, О. Будущее официальной фитотерапии и фитофармакологии в России / О.Зорина // Провизор – 2010. - №6. – с. 27-30.
5. Самылина, И. А. Лекарственные растительные сборы / И.А. Самылина, А.А. Сорокина, Н.В. Пятигорская // Фарматека. – 2010. –№ 10. – С. 80-82.

УДК 616.831-005-06:616.89-008.46-08:004.42

КОМПЬЮТЕРНЫЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ И РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫЕ ИГРЫ В КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

О. Д. Гриценко, Д. А. Дуж
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО
Научный руководитель: асс., А. Ф. Безденежных

Актуальность проблемы. На сегодняшний день около 9 млн человек страдают цереброваскулярными заболеваниями. Основное место среди них занимают острые нарушения мозгового кровообращения.[3] Согласно Российскому регистру инсультов ежегодно регистрируется около 450 тыс. случаев инсульта. Заболеваемость инсультом составила 3,52 случая на1000 населения в 2009 г. и 3,27 — в 2010 г., смертность — 1,19 и 0,96 на 1000 населения соответственно.[4] Кроме того, инсульт - основная причина стойкой инвалидизации, так как более 10% перенесших инсульт, постоянно нуждаются в посторонней помощи и уходе. [1] Остаточные явления после перенесенного инсультавыявляются примерно у 2/3 больных, из них у 50% — когнитивные нарушения. Чаще всего встречаются легкие и умеренные КН, в большинстве случаев поддающиеся коррекции и восстановлению. [2] К основным методам когнитивной реабилитации относятся: медикаментозное лечение, занятия с нейропсихологом, когнитивный компьютерный тренинг. Занятия с нейропсихологом – это золотой стандарт когнитивной реабилитации, но они требуют особой подготовки со стороны специалиста (большое количество стимульного материала), кроме того, нейропсихолог есть не во всех ЛПО, и такие специалисты выполняют, в основном, диагностическую работу. Поэтому занятия по когнитивной реабилитации могут быть проведены лишь с небольшим количеством пациентов.

Другое направление когнитивной реабилитации – когнитивный компьютерный тренинг – является сравнительно новым методом. Эффективность компьютерной когнитивной реабилитации подтверждена различными исследованиями. [5;6] Причем многие авторы отмечают, что этот метод эффективен не только у пациентов после ОНМК. Исследователи считают, что эти программы могут использоваться в настоящее время при любых когнитивных нарушениях, независимо от приводящих к ним причинам.[5] 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. Данный метод имеет важные преимущества: возможность индивидуальной реабилитации пациентов дома самостоятельно или с помощью ухаживающих; продолжительная стимуляция нескольких когнитивных функций; автоматическое изменение нагрузки, подсчет баллов; подход имеет более низкую стоимость. 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 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; провести с пациентами занятия, используя нейропсихологические компьютерные игры и по 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. 62 пациента были рандомизированы в 3 группы: основную, группу активного контроля и группу пассивного контроля. В основной группе (22 человека: 12 мужчин и 10 женщин, в возрасте 57,5 лет [54; 62]) пациенты в дополнение к комплексному восстановительному лечению в центре нейрореабилитации работали с нейропсихологическими компьютерными программами. В группе активного контроля, состоящей из 20 пациентов (12 мужчин, 8 женщин) в возрасте 54,8 лет [52; 60], пациенты играли в развлекательные компьютерные игры. В группе пассивного контроля, представленной 20 пациентами (14 мужчин и 6 женщин) в возрасте 60,2 [59;64], 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 эпиприступов или эпиактивности на ээг, возраст за рамками заявленного, грубые когнитивные или афатические нарушения, наличие патологии зрения и слуха, препятствующих проведению занятий.

Оценка неврологического статуса проводилась с использованием шкалы оценки неврологического дефицита при инсультах Национального Института Здоровья NIHSS. Для оценки когнитивного статуса применялись следующие шкалы: краткая шкала оценки психического статуса MMSE, батарея лобных тестов FAB, монреальская шкала оценки когнитивного статуса MoCA, тест рисования часов, таблицы Шульте. Функциональный статус оценивался по шкале ежедневного инструментального функционирования IADL. Оценка эмоциональной сферы проводилась по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Оценка пациентов проводилась до и после лечения. По окончанию курса также оценивалось общее впечатления врача и пациента (CGIS и PGIS).

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 арканоидов. Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Статистика 7». Использовались непараметрические статистические методы для сравнения групп до начала вмешательства Kruskal-Wallis тест, $p>0,05$. Для оценки достоверности изменений в каждой группе после лечения использовался Wilcoxon Matched Pairs Test, $p<0,05$. NonparametricMann-WhitneyUTest, $p<0.05$ использовался для оценки достоверности различий между группами после лечения. Также рассчитывался коэффициент эффективности – модуль отношения разности значения до и после к максимальному значению $r=[(N_{после}-N_{до})/N_{макс}]$ (наибольшая эффективность при r ближе к 1).

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, $p<0,05$), FAB (на 2 балла, $p<0,05$), MoCA (на 4 б., $p<0,05$), тест рисования часов (на 0,5 б., $p<0,05$), таблице Шульте (на 18 б., $p<0,05$). Также наблюдалось статистически достоверное улучшение в неврологическом статусе: NIHSS (на 1 б., $p<0,05$); в инструментальном статусе:

IADL (на 2 б., $p<0,05$); отмечено статистически достоверное снижение уровня тревоги (на 1 б., $p<0,05$).

В группе активного контроля после занятий с использованием развлекательных игр наблюдалось статистически достоверное улучшение по следующим когнитивным шкалам: MMSE(в среднем на 2 балла, $p<0,05$), FAB (на 2 балла, $p<0,05$), MoCA (на 4 б., $p<0,05$), таблице Шульте (на 1,5 б., $p<0,05$). Выявлено улучшение в неврологическом статусе (NIHSS (на 2 б., $p<0,05$)), статистически достоверное снижение уровня депрессии (HADSD (на 2 б., $p<0,05$). В группе пассивного контроля выявлено статистически достоверное улучшение по 1 когнитивной шкале: FAB (на 0,5 б., $p<0,05$). Выявлено улучшение в неврологическом статусе (NIHSS (на 1 б., $p<0,05$)) и в эмоциональной сфере (HADSD (на 1 б., $p<0,05$).

Сравнивая результаты между группами после лечения, мы обнаружили статистически достоверные различия между основной группой и группой пассивного контроля по следующим шкалам: FAB, MoCA, таблице Шульте, GISP (Mann-Whitney U Test, $p<0.05$). После периода наблюдения, мы наблюдали статистически значимые изменения между группой активного контроля и группой пассивного контроля по следующим шкалам: таблице Шульте, GISP, GISC (Mann-Whitney U Test, $p<0.05$). 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. Но после периода наблюдения были отмечены статистически значимые улучшения по шкале общего впечатления пациента в группе, где пациенты играли в развлекательные компьютерные игры в сравнении с основной группой (Mann-Whitney U Test, $p<0.05$).

При оценке показателя эффективности гмежду основной группой и группой пассивного контроля, были обнаружены статистически достоверные различия по шкале MoCA (rMoCA, $p<0.05$) и таблице Шульте (rShulte, $p<0.05$). Сравнивая показатели эффективности между основной группой и группой активного контроля, мы обнаружили статистически значимые отличия по шкале MoCA (rMoCA, $p<0.05$). При сравнении показателя эффективности групп активного и пассивного контроля статистически достоверных отличий не выявлено.

Выводы: дополнительное проведение курса когнитивной реабилитации с использованием компьютерных нейропсихологических программ является эффективным методом восстановления когнитивных функций у пациентов в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта в сравнении с применением общего курса реабилитации без когнитивной коррекции. Улучшение в эмоциональной сфере во всех группах свидетельствует о том, что курс реабилитации благоприятно сказывается на

эмоциональном фоне пациентов. Пациенты группы активного контроля получили большее удовлетворение от занятий в сравнении с другими группами. Учитывая данные анализа показателей коэффициента эффективности r, можно говорить о том, что специализированный компьютерный тренинг эффективнее применения развлекательных компьютерных программ (rMoCA, p>0,05). Также, важно отметить что, только в основной группе после занятий отмечалось статистически достоверное улучшение функционального статуса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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. - 624 с.

2. 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.

3. Новикова Л.Б.,Церебральный инсульт. Нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения: атлас исследований.//Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. - 152 с.

4. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009—2010)//Л.В. Стаховская, О.А. Клочихина, М.Д. Богатырева, В.В. Коваленко// Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 5. – С. 4-10.

5. Assessingandrestoringcognitivefunctionsearlyafterstroke/Zucchella C, Capone A, Codella V, Vecchione C, Buccino G, Sandrini G, Pierelli F, Bartolo M.//Functional Neurology - 2014. - №29 – p. 255-262

6. 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 Calabr_o, M.D., Ph.D.,GiuseppeGervasi, Ph.D., Simona De Salvo, M.sC., LillaBonanno, M.sC., Ph.D.,

Francesco Corallo, Psy., Maria Cristina De Cola, M.sC., and PlacidoBramanti, M.D.// Disability and Health Journal – 2014. - №7 – p. 356 – 360

УДК 582. 734. 4 : 547. 9

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПОДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ЛАПЧАТКИ СЕДОВАТОЙ, ЛАПЧАТКИ ТРЕХПАРНОЙ, И ЛАПЧАТКИ ГОЛЬДБАХА

К.А. Гумбатов
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии
Научный руководитель: к.б.н., доц. Савельева Е.Е.

Актуальность темы: Лечение различных болезней с помощью лекарственных растений часто является высокоэффективным, безвредным и практически не имеет противопоказаний. Раздел медицины основанный на научном изучении и использовании с лечебной или профилактической целью лекарственных растений или препаратов, получаемых из них, называется фитотерапия. Одной из задач фитотерапии является расширение ассортимента и поиск новых лекарственных растений, исследование фармакологической активности и получение препаратов. Перспективными растениями для внедрения в медицинскую практику являются представители рода лапчатка (PotentillaL.): лапчатка трехпарная (P. tergemina), лапчатка Гольдбаха (P. goldbachii), лапчатка седоватая (P. canescens). Лапчатки широко распространены по всей территории России, особенно в Сибири.

Цель исследования: изучение фенольных соединений подземной части лапчатки трехпарной, Гольдбаха и седоватой.

Задачи:

- установить группы фенольных соединений подземной части лапчатки трехпарной, Гольдбаха и седоватой.

- идентифицировать методом тонкослойной хроматографии фенольные соединение в исследуемых объектах.

Материалы и методы. Объектом исследования является подземная часть лапчатки седоватой, лапчатки трехпарной и лапчатки Гольдбаха, собранные в Хакасии и Томской области. Для установления групп фенольных соединений в сырье, использовали классические фитохимические реакции.

Полученные результаты.

Опыт 1. Лактонная проба. К 2 мл спиртового извлечения прибавили 5 капель 10 %-ного спиртового раствора калия гидроксида, и нагревали на водяной бане в течение 5 мин (при наличии кумаринов раствор желтеет). Содержимое пробирки охлаждали, добавляя 2 мл очищенной воды, хорошо перемешали, и прибавили 10 %-ный раствор хлористоводородной кислоты до кислой реакции (по лакмусу). Возникла опалесценция и помутнение. Следовательно, это указывает на возможное присутствие кумаринов в сырье.

Опыт 2. ТСХ определение флаваноидов. Метод тонкослойной хроматографии (1 г измельченного сырья помещали в колбу вместимостью 100 мл и залили 25 мл 70 % этилового спирта, затем колбу нагревали на плитке в течение 10 мин с момента закипания спирта в колбе. После охлаждения полученное извлечение отфильтровали через бумажный фильтр. Извлечение нанесли на пластинку «Sorbfil ПТСХ-П-А-УФ» (Россия) размером 10×10 см. Пластинку поместили в хроматографическую камеру с системой растворителей *н*-бутанол-уксусная кислота-вода (4:1:5). После хроматографировали восходящим способом в течении 30 - 35 мин. Пластинку высушивали на воздухе в течение 5 мин и просматривали в УФ свете, отмечая зону флуоресценции. В качестве детекторов использовали: пары аммиака; 2% спиртовой раствор алюминия хлорида; УФ-свет (254нм, 365 нм).

На пластинке обнаружили разные цвета: желтый цвет – флавоны, ярко желтый и красно-оранжевый - ауроны, халконы, красный и синие цвета – антоцианы.Катехины – бесцветные соединения, легко поддаются окислению, в результате приобретают разную окраску.

Опыт 3. Приготовление извлечения: 1,0 г измельченного растительного сырья залили 100 мл воды. Нагревали на водяной бане 20-30 минут, процеживали через вату и получили извлечение, которое затем использовали для качественной реакции с желатином и железоаммониевыми квасцами.

- К 2 мл извлечения добавили по каплям 1% раствор желатина. Появлялась муть, которая затем исчезала при добавлении избытка желатина.

- К 2 мл извлечения добавили 4-5 капель раствора железоаммониевых квасцов. Появлялось черно-синее окрашивание.

Следовательно, это говорит о присутствии дубильных веществ в исследуемых пробах.

Опыт 4. Количественное определение дубильных веществ. 2,0 г сырья измельчилии просеивали через сито с диаметром отверстий 3 мм. Точную навеску сырья (около 2 г) поместили в плоскодонную колбу вместимостью 500 мл, залили 250 мл нагретой до кипения воды и кипятили с обратным холодильником на электроплитке в течение 30 мин при перемешивании. Жидкость охлаждали до комнатной температуры и около 100 мл процеживали через вату в коническую колбу вместимостью 200-250 мл.25 мл извлечения отбирали пипеткой и помещали в коническую колбу вместимостью 750 мл. Прибавляли 500 мл воды и 25 мл индигосульфокислоты. Титровали при постоянном перемешивании раствором калия перманганата (0,02 моль/л) до золотисто-желтого окрашивания.

Контрольный опыт. К 525 мл воды добавляли 25 мл индигосульфокислоты и титровали раствором калия перманганата до золотисто-желтого цвета. Содержание дубильных веществ Х, %, в пересчете на абсолютно сухое сырье рассчитывали по формуле:

$$X = \frac{(V - V1) * K * 250 * 100 * 100}{m * 25 * (100 - W)}$$

где V - объем раствора калия перманганата, израсходованного на титрование, мл;

V1 - объем раствора калия перманганата, израсходованного на титрование в контрольном опыте, мл;

K - количество дубильных веществ, соответствующее 1 мл (0,02 моль/л) раствора калия перманганата, г (для гидролизуемых дубильных веществ) равно 0,004157(в пересчете на танин), для конденсированных - 0,00582;

m - масса сырья, г;

W - потеря в массе при высушивании сырья, %;

250 - общий объем извлечения, мл;

25 - объем извлечения, взятого для титрования, мл.

При титровании перманганатом калия, растворы окрашивались в золотисто желтый цвет, это говорит о присутствии в них дубильных веществ (табл. 1).

Таблица №1 – Содержание дубильных веществ в исследуемых объектах

Название сырья	Содержание дубильных веществ в %
1. Лапчатка седоватая	8,70%
2. Лапчатка Гольдбаха	11,09%
3. Лапчатка трехпарная	12,50%

Опыт 5. Реакция Борнтрегера**.** Антрагликозиды, содержащиеся в растительном материале, гидролизовали гидроксидом натрия до свободных агликонов. Одновременно при этом восстановленные формы окислились до антрахинонов, которые за счет фенольных гидроксилов образуют феноляты, растворимые в воде.

К водному извлечению фенолятов добавили хлороводородную кислоту и органический растворитель. При этом диссоциация фенольных гидроксилов подавляется, антрахиноны становятся липофильными и переходят в органическую фазу, получилась желтая окраска оксиантрахинонов.

К органической фазе прибавили некоторое количество аммиака, нейтрализующего кислоту. При встряхивании вновь образовались феноляты, которые переходили в аммиачный

слой, окрашивая его в вишнево-красный, пурпурный или фиолетовый цвет.

Выводы:

1. В ходе исследования лекарственного растительного сырья удалось установить группы и индетифицировать фенольные соединения.

2. Методом тонкослойной хроматографии обнаружили флавоноиды.

3. С помощью качественной реакции «лактонная проба» обнаружили кумарины.

4. Обнаружили дубильные вещества качественной реакцией с желатином и железоаммониевыми квасцами.

5. Определили точное количество дубильных веществ методом перманганатометрии, где в качестве индикатора использовали индигосульфокислоту, а в качестве титранта использовали перманганат калия.

6. Качественной реакцией Борнтрегера в исследуемых объектах обнаружили антрагликозиды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевт. вузов / Муравьева Д.А., Самылина И.А., Яковлев Г.П./ Мин-во здравоохранения РФ. 4-е изд., перераб. и доп.. М.: Медицина, 2007. - 655 с.

2. Государственная фармакопея СССР. Мин-во здравоохранения СССР. 11 издание, выпуск 2. М.: Медицина, 1990. - 387с.

УДК 616.921.8 - 053.2 - 036.1:615.37

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОКЛЮША У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ

О.А. Гура

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

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Богвилене Я.А.

Несмотря на активно проводимую в нашей стране с 50-х годов прошлого столетия вакцинопрофилактику против коклюша, эта инфекция до настоящего времени не теряет своей значимости. На фоне гиподиагностики коклюша, ежегодно в мире регистрируется более 48,5 млн случаев заболеваний, из которых 300 тыс. заканчивается летальными

исходами [2, 3, 8]. Кроме того, в последние годы отмечается значительный рост числа лабораторно подтвержденных случаев коклюша среди подростков и взрослых, распространение стертых форм заболевания, выявление носительства Bordetella pertussis [8].

Две основные причины сохраняющейся заболеваемости на сегодняшний день – недостаточный процент вакцинированных против коклюша, особенно среди детей первого года жизни и ослабление поставакцинального иммунитета у детей школьного возраста, поскольку иммунитет, индуцированный вакциной не является пожизненным, он сохраняется не более 10 лет [4,5]. В этих случаях коклюш протекает в виде легких и стертых форм, которые диагностируются, в основном, ретроспективно (серологически). После перенесенного заболевания остается более длительный иммунитет, но и он не является пожизненным, возможны повторные случаи заболевания (до трех раз в течение жизни) [6, 11].

Трудности клинической диагностики коклюша на ранних стадиях заболевания, отсутствие обследования всех длительно (свыше 7 дней) кашляющих или его проведение на поздних сроках заболевания, а также после продолжительного лечения антибактериальными препаратами приводит к низкому проценту выявляемости возбудителя инфекции. Уровень бактериологического подтверждения диагноза составляет в среднем 10 - 20%, однако, современные методы исследования позволяют проводить раннюю диагностику заболевания (ПЦР) и существенно облегчают постановку диагноза [1, 8].

Согласно официальным данным, за последние 5 лет в Российской Федерации показатель заболеваемости коклюшем колебался от 2,51 (2008 г.) до 5,05 (2012 г.) на 100 тыс. населения, при этом у детей до 17 лет он составлял 12,58 и 26,46 на 100 тыс. населения соответственно (увеличился более, чем в 2 раза) [9, 10].

В Красноярском крае показатель заболеваемости коклюшем с 2008 по 2012 гг. составлял от 1,42 (2008 г.) до 2,43 (2012 г.) на 100 тыс. населения, среди детей до 17 летнего возраста 8,39 и 14,4 на 100 тыс. населения соответственно, при этом в 2013 г. показатель заболеваемости среди детей до 17 лет в 2013 г. возрос до 17,29 на 100 тыс. населения (в 1,2 раза по сравнению с 2012 г.) [7].

В г. Красноярске за последние годы также отмечается рост заболеваемости коклюшем среди детей: если в 2008 г. показатель заболеваемости составил 21,2 на 100 тыс. населения, в 2012 г. – 36,9, то в 2013 г. – уже 42,7 на 100 тыс. населения [7].

При этом охват детей до 2 летнего возраста профилактическими прививками со своевременностью их проведения составляет 95,6% [7].

Необходимо отметить, что рост заболеваемости коклюшем среди детей г. Красноярска можно проследить и по количеству детей, госпитализированных в инфекционный стационар

КГБУЗ «КМДКБ№ 1» с 2008 по 2013 годы. Так, если в 2008 году в стационар было госпитализировано 18 детей, то в 2013 году – уже 31 ребенок.

Таким образом, учитывая актуальность проблемы коклюша у детей на современном этапе, нами были изучены особенности эпидемиологии, клиники и исходов коклюша у 82 детей в возрасте от 0 до 14 лет, госпитализированных в инфекционный стационар в 2011-2013 гг. Среди наблюдаемых больных преобладали дети первого года жизни (69,5% - 57 чел.), четких различий по количеству детей в других возрастных группах выявлено не было.

В группе детей до года основной процент составляли пациенты 3-5 месяцев (43,8% - 25 чел.) и 0-2 месяцев (29,8% - 17 чел.) жизни. Больные второго полугодия составили только 26,4% (30 чел.). Примерно одинаково больные коклюшем распределились по половой принадлежности: девочки составили 46% (46 чел.), мальчики – 36% (36 чел.). В основном это были жители г. Красноярска (92% -76 чел.), как правило, неорганизованные в детские коллективы (86,6%), что вполне объяснялось их возрастом.

У третьей части пациентов имел место измененный преморбидный фон: патология беременности и родов у матери (36,5%), гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени тяжести (33%), раннее искусственное вскармливание (39%), отягощенный аллергологический анамнез (10%). При сборе эпидемиологического анамнеза четкую связь с длительно кашляющими родственниками удалось установить у 63,4% (52 чел.) наблюдаемых больных. Как правило, это были родители или старшие (младшие) братья и сестры, у которых при выяснении анамнеза можно было предположить недиагностированный коклюш. У остальных детей – эпидемиологический анамнез установлен не был.

При изучении прививочного анамнеза было выяснено, что основную группу составили привитые дети первого года жизни (45,1% – 37 чел.) и дети, которым вакцинация еще не проводилась в связи с недостижением возраста 3 месяцев (23,1% – 19 чел.). Среди вакцинированных смещение сроков иммунизации наблюдалось у 6% больных (5 чел.), отказ от вакцинации имел место у 19,6% (16 чел.) и медицинский отвод у 12,1% (10 чел.).

Учитывая особенности клинической картины заболевания, постепенное начало с появления сухого кашля на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного самочувствия ребенка, 69,6% (57 чел) наших пациентов поступали в стационар позднее 10 дня от момента заболевания. Только 23,2% (19 чел.) были госпитализированы с 6 по 10 день болезни и 7,3% (6 чел.) – на 4-5 день с момента появления первых симптомов инфекции.

Все дети получали лечение в амбулаторных условиях (антибактериальную, муколитическую терапию). Примерно с одинаковой частотой дети были госпитализированы в стационар по направлению участкового врача или машиной «скорой медицинской помощи» (42,7% – 35 чел. и 41,5% – 34 чел. соответственно). В 10,9% (9 чел.) больные были

переведены из другого стационара, в 4,9% (4 чел.) – доставлены самостоятельно родителями без направления. На момент госпитализации в стационар у всех наблюдаемых больных имела место типичная клиническая картина коклюша: наличие приступообразного кашля (95,1% – 78 чел.) с покраснением лица, цианозом носогубного треугольника (95,1% – 78 чел.), отхождением густой вязкой мокроты (100%), рвотой (63,4% – 52 чел.), наличием реприз (85,4% – 70 чел.) и спазматического апноэ (20,7% – - 17 чел.).

Среди наблюдаемых нами больных у 68,3% (56 чел.) отмечалось до 15-20 приступов кашля в сутки (у них диагностирована среднетяжелая форма заболевания), у 26,8% (22 чел.) –25 и более (тяжелая форма болезни); у 4,9% детей (4 чел.) приступообразный кашель не наблюдался в связи с поздним поступлением в стационар.

Негладкое течение болезни имело место у 19,8% больных коклюшем (16 чел.). Из них у 10,9% (9 чел.) был диагностирован бронхит, у 4,9% (4 чел.) – пневмония и у 3,7% (3 чел.) – энцефалопатия. Безусловно, среди больных с негладким течением заболевания, наибольшую группу риска представляют больные первых месяцев жизни. Именно у них в большинстве случаев была отмечена тяжелая форма заболевания (64% – 16 чел.) и его негладкое течение (50% – 8 чел.).

Всем детям в условиях стационара проводилось комплексное лабораторное обследование, обязательно включающее в себя исследование развернутого анализа крови в динамике, двукратное бактериологическое исследование слизи, взятой с задней стенки глотки, ПЦР, а также реакция агглютинации. Изменения в развернутом анализе крови характеризовались лейкоцитозом и лимфоцитозом разной степени выраженности: при среднетяжелых формах заболевания отмечалось увеличение количества лейкоцитов до $20{,}0*10^9$/л, при тяжелых формах болезни – до $25{,}0*10^9$/л, лимфоцитоз при этом достигал 70 – 80%. Бактериологический метод, считавшийся «золотым стандартом» лабораторной диагностики, не дал ни одного положительного результата за последние три года. Среди наблюдаемых пациентов в реакции агглютинации диагностический титр антител (1:80 и выше) был обнаружен лишь у 47,5% (39 чел.) и только метод ПЦР показал себя как наиболее информативный, высоко чувствительный и специфичный. Благодаря данному методу, 79,7% (65 чел.) случаев коклюша были расшифрованы.

Все дети, проходившие лечение в стационаре, получали комплексную этиотропную и патогенетическую терапию. Среди этиотропных препаратов, учитывая среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, назначались препараты из группы цефалоспоринов III поколения (цефотаксим 41,4% – 34 чел.; цефтриаксон – 58,2% - 48 чел.). Почти половина больных с тяжелыми формами заболевания (45,4%-10 чел.) требовали назначения комбинированной антибактериальной терапии (цефтриаксон + амикацин). Все пациенты

получали противокашлевые, муколитические препараты, эуфиллин per os. Назначения глюкокортикостероидов потребовалось 46,2% (38 чел.) больным, реланиум перед дневным и ночным сном получали 20,7% больных (17 чел.). За прошедшие 3 года 7,3% (6 чел.) с тяжелыми формами заболевания проходили лечение в условиях реанимационного отделения

На фоне проводимой терапии исчезновение приступов спазматического кашля в основном происходило на 7–10 сутки с момента госпитализации в стационар (69,6% - 57 чел.), у 5,2% больных (3 чел.) – на 14-15 сутки и у 18,2% (15 чел.) уже на 5 сутки с момента госпитализации. У большинства детей (58,9% - 10 чел.) апноэ купировано к 4-5 дню госпитализации, у 23,5% (4 чел.) – к 6-7 дню, у остальных (17,6% - 3 чел.) – к 9-10 дню. Исчезновение рвоты после приступа кашля отмечено в преобладающем большинстве (42,3% - 22 чел.) к 4-5 дню с момента лечения, у 26,9% (14 чел.) – на 2-3 день и у 20,8% (16 чел.) – на 6-7 сутки. Нормализация показателей крови к моменту выписки из стационара имела место у всех наблюдаемых больных, за исключением 7 человек, выписанных раньше положенного срока. 91,5% детей (75 чел.) были выписаны из стационара с выздоровлением, остальные 8,5% (7 чел.) выписаны с улучшением по настоянию родителей под расписку.

Пребывание больных в стационаре в основном составляло 16 дней (46,3% - 38 чел.), в течение 10 дней получали лечение в стационаре 43,9% больных (36 чел.) и лишь у 9,8% пациентов (8 чел.) длительность госпитализации составила 22 дня.

Таким образом, несмотря на проводимую вакцинопрофилактику, заболеваемость коклюшем до настоящего времени остается на высоком уровне. По-прежнему, среди детей лидируют среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, с нередким развитием как специфических, так и неспецифических осложнений, требующих проведения интенсивной терапии. Актуальной является и ранняя диагностика коклюша на основании комплексного подхода с использованием современных методов лабораторной диагностики. И все же, глобальным решением проблемы коклюша является вакцинация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика коклюша и паракоклюша. Методические рекомендации МР 3.1.2.0072-13.

2. Европейский конгресс педиатров: EUROPAEDIATRICS-2009 / Т.Е.Таранушенко, Е.Ю. Емельянчик, Г.П. Мартынова и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. - № 1. - С.114-116.

3. Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей первых месяцев жизни / Ю.В. Лобзин, И.В. Бабченко, О.В. Шамшева и др. // Детские инфекции. – 2011. - № 4. – С. 4-9.

4. Коклюш у детей / Л.М. Панасенко, Е.И. Краснова, А.В.Васюнина // Лечащий врач. – 2011. - № 10. – С. 55-59.

5. Коклюш у детей раннего возраста / М.С. Петрова, О.П. Попова, О.Ю. Борисова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. - № 6. – С. 19-24.

6. Ольховиков, А.И. Коклюш: прошлое, настоящее, будущее / А.И. Ольховиков //Уральский медицинский журнал. – 2013. - № 6. – С. 15-18.

7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае в 2013 году: Государственный доклад. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, 2014. – 274 с.

8. Распространенность стертых форм коклюша и анализ фазовых состояний бактерий *Bordetella pertussis* / А.Ю. Медведков, Ю.С. Аляпкина, Л.Н. Синяшина и др. // Детские инфекции. – 2010. - № 4. - С. 19-22.

9. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (форма 1) за январь-декабрь 2008 г. // Детские инфекции. - 2009. - № 1. С.3.

10. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (форма 1) за январь-декабрь 2012 г. // Детские инфекции. - 2013. - № 1. – С.3.

11. Эволюция коклюша в Новосибирске / Е.И. Краснова, Л.М. Панасенко, В.Г. Кузнецова // Детские инфекции. – 2010. - № 2. – С. 15-18.

УДК 616853066168310070531

ЭПИЛЕПСИЯ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Е.В Гуренова, Ю.Б. Говорина

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии

Института последипломного образования

Научный руководитель: д. м. н., доц. Д.В. Дмитренко.

Врожденные пороки развития (ВПР) головного мозга достигают 25% от всех врожденных пороков [1]. Согласно данным ВОЗ, в 20% случаев детская инвалидность обусловлена теми или иными ВПР. Большую часть ВПР головного мозга связывают с нарушениями кортикального развития [2]. Клинические проявления данной патологии

наиболее часто отмечаются в периоде новорожденности и в раннем детском возрасте [7]. Часть пороков какое-то время остается незамеченной из-за недостаточно яркой симптоматики и протекает под «масками» энцефалопатии вследствие гипоксического поражения ЦНС или внутриутробной инфекции [4]. Наиболее частым клиническим проявлением ВПР головного мозга является эпилепсия, которая наблюдается у 75% больных с данной патологией [3]. Вместе с тем, симптоматическая эпилепсия на фоне нарушений кортикального развития составляет от 10% до 25% от общего числа симптоматических эпилепсий [5]. И в 25-40% случаев является резистентной к противоэпилептическим препаратам [6]. До внедрения методов нейровизуализации, ВПР коры диагностировались лишь по результатам патологоанатомического исследования [8]. С появлением магнитно-резонансной томографии (МРТ) появилась возможность ранней диагностики, что дало возможность выявлять причину психо-неврологических расстройств в детском возрасте, ранее расцениваемых как перинатальная патология ЦНС, а также уточнить этиологию криптогенной эпилепсии [9].

Цель исследования: проанализировать клинико-диагностическую характеристику симптоматической эпилепсии на фоне ВПР головного мозга.

Задачи исследования: 1) изучить спектр аномалий кортикального развития; 2) изучить особенности клинической картины эпилепсии на фоне нарушений кортикального развития; 3) проанализировать противоэпилептическую терапию и ее эффективность у больных с ВПР коры головного мозга.

Материал и методы: проведен анализ 66 амбулаторных карт пациентов с симптоматической эпилепсией на фоне ВПР головного мозга. Методы: компьютерная электроэнцефалография, высокопольная МРТ головного мозга (1,5 Тс) с шагом сканирования 1-2 мм, анализ противоэпилептической терапии. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы StatisticaStatsoft 7.0 (США).

Результаты и обсуждение: Симптоматическая эпилепсия на фоне ВПР головного мозга зарегистрирована у 37/66 (56,0±6,1%) женщин и 29/66 (43,9±6,1%) мужчин. Возраст пациентов на момент статистической обработки базы данных варьировал от 3 до 60 лет, медиана возраста – 25,5 [15;35] года. По месту жительства преобладали жители г. Красноярска – 33/66 (50,0±6,2%), Красноярского края – 16/66 (24,2±5,3%), других регионов РФ – 17/66 (25,8±5,4%). Что свидетельствует о лучшей выявляемости ВПР головного мозга и доступности высокотехнологичных методов обследования в г. Красноярске. Возраст дебюта эпилептических приступов варьировал от 0,3 до 52 лет, медиана возраста дебюта – 10,5 [1;17] года. На момент внесения в регистр прослеживался вариабельный по длительности анамнез заболевания. Первый пик дебюта симптоматической эпилепсии на фоне ВПР мозга

приходился на возраст от 0 до 5 лет (28/66; 42,4±6,1%), второй пик на возраст от 15 до 25 лет (34/66; 51,1±6,2%). Возраст диагностики этой формы эпилепсии варьировал от 0 до 52 лет, медиана – 10,5 [1;18] лет. Время от дебюта эпилептических приступов до момента проведения высокопольной МРТ диагностики ВПР головного мозга варьировало от 0 до 37 лет, медиана – 6 [2;16] лет.

Среди ВПР статистически значимо преобладали нарушения кортикального развития (52/66; 78,8±5,0%), другие ВПР головного мозга зарегистрированы в 14/66 (21,2 ±5,0 % случаях. У двух пациентов также зарегистрирован сопутствующий врожденный порок развития сердца и в одном случае – порок развития кишечника. Среди факторов риска врожденных пороков отягощенный наследственный анамнез по ВПР зарегистрирован у 3/52 (5,8 ±3,2 %) пациентов, по эпилепсии у 5/52 (9,6 ±4,0 %). Перинатальный анамнез был осложнён острыми инфекционными заболеваниями в 4/52 (7,6 ±3,7 %) случаях, угрозой прерывания (5/51; 9,6 ±4,2 %), преждевременными родами (3/51; 5,7 ± %), гестозом 1 половины (3/51; 5,7 ±3,2 %) и второй половины беременности (3/51; 5,7 ±3,2 %) беременности и по одному случаю злоупотребления алкоголем и работой с токсическими веществами.

Нарушения кортикального развития чаще регистрировались у пациентов женского пола 28/52 (53,8 ±6,9 %). Возраст пациентов с врожденными нарушениями кортикального развития на момент статистической обработки базы данных варьировал от 3 до 60 лет, медиана возраста – 26,5 [19,5; 35] года. Возраст дебюта приступов варьировал от 0,3 до 52 лет, медиана возраста дебюта – 11,5 [1; 16,5] года. Первый пик дебюта симптоматической эпилепсии на фоне нарушений кортикального развития приходился на возраст от 0 до 5 лет (21/52; 40,4 ±6,8 %), второй пик на возраст от 15 до 20 лет (11/52; 21,2 ±5,7 %). Возраст диагностики этой формы эпилепсии варьировал от 0 до 52 лет, медиана – 12,5 [1; 18] лет. Время от дебюта эпилептических приступов до момента МРТ диагностики ВПР головного мозга варьировало от 0 до 37 лет, медиана – 6 [2; 13,5] лет.

Выявленная патология распределялась по классификации, рекомендованной Международной противоэпилептический Лигой (ILAE, 2012). Среди нарушений кортикального развития по подтипам преобладали нарушения корковой организации (включая позднюю нейрональную миграцию) (22/52; 42,3 ±6,9 %), нарушения нейрональной или глиальной пролиферации или апоптоза (13/52; 25,0 ± 6,0%). Нарушения нейрональной миграции зарегистрированы в 11/52; 21,2 ±5,7 % случаев, множественные ВПР в 6/52; 11,5 ±4,4 % случаях.

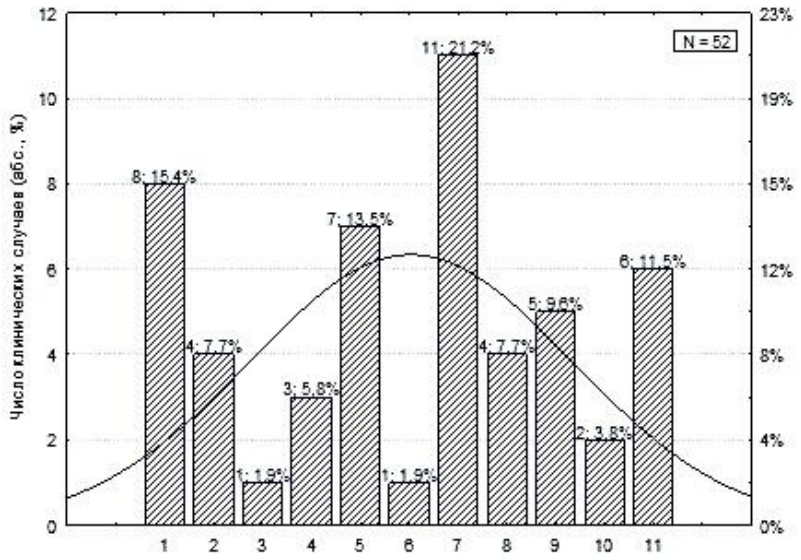


Рис. 1 (1-кортикальные гамартромы; 2-шизэнцефалия; 3-кортикальная дисплазия с баллонными клетками; 4-субкортикальная групповая гетеротопия; 5-субэпендимарная узловая гетеротопия; 6-субкортикальная гетеротопия; 7-фокальная кортикальная дисплазия; 8- дисэмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль; 9-полимикрогирия\ шизэнцефалия; 10-билатеральная полимикрогирия; 11-множественные нарушения кортикального развития.)

Наиболее часто регистрировались: фокальная кортикальная дисплазия (11/52; 21,2 ±5,7 %), кортикальные гамартромы (8/52; 15,4 ±5,0 %), субэпендимарная узловая гетеротопия (7/52; 13,5 ±4,7 %) (рис. 1). Среди множественных нарушений кортикального развития регистрировались: шизэнцефалия в сочетании с субэпендимарной и субкортикальной узловой гетеротопией; полимикрогирия, узловая субкортикальная гетеротопия, мезиальный темпоральный склероз; фокальная кортикальная дисплазия, перивентрикулярная узловая гетеротопия, агенезия колена мозолистого тела; пахигирия в сочетании с узловой гетеротопией. По форме эпилепсии статистически значимо преобладала симптоматическая височно-долевая (27/52; 51,9 ±6,9 %) и лобно-долевая эпилепсия (16/52; 30,8 ±6,4 %). Реже диагностирована симптоматическая полифокальная (5/52; 9,6 ±4,0%), симптоматическая теменно-долевая (2/52; 3,8 ±2,7 %) и затылочно-долевая (2/52; 3,8 ±2,7 %) эпилепсия.

В большинстве случаев (31/52; 59,6 ±6,8 %) проводилась монотерапия эпилепсии, дуотерапия ПЭП зарегистрирована в 20/52 (38,5 ±6,7 %) случаях, в одном случае ранее ПЭП терапия не проводилась. В терапии эпилепсии на фоне нарушений кортикального развития доминировали вальпроаты (13/51; 25,0 ±6,1 %), карбамазепин (9/51; 17,6 ±5,3 %); окскарбазепин (4/51; 7,8 ±3,8 %); леветирацетам (3/51; 5,9 ±3,3 %); ламотриджин (1/51;

2,0 ±1,9 %); топирамат (1/51; 2,0 ±1,9 %). Отмечены следующие комбинации ПЭП: вальпроаты+окскарбазепин (5/51; 9,8 ±4,2 %); вальпроаты+топирамат (3/51; 5,9 ±3,3 %);(3/51; 5,9 ±3,3 %); вальпроат+леветирацетам (3/51; 5,9 ±3,3 %); по одному случаю (1/51; 2,0 ±1,9 %) дуотерапии: окскарбазепин+бензобарбитал; леветирацетам+фенобарбитал; леветирацетам+лакосамид; ламотриджин+окскарбазепин; вальпроаты+карбамазепин; вальпроат+бензобарбитал; вальпроаты+ламотриджин; вальпроаты+лакосамид. Фармакорезистентная эпилепсия зарегистрирована только в 14/52 (26,9 ±6,2 %) случаях.

Задержка моторного развития и когнитивные нарушения регистрировались у 21/52 (40,3 ±6,8 %) пациента, задержка речевого развития - 20/52 (38,5 ±6,7 %) случаях. Более трети всех пациентов имели инвалидность в связи с основным заболеванием (24/52; 46,2 ±6,9 %): I группу – 3/52 (5,8 ±3,2 %), II группу – 11/52 (21,2 ±5,7 %), III группу – 1/52 (1,9 ±1,9 %), инвалид детства – 9/52 (17,3 ±5,2 %). По уровню образования распределение было следующим: неполное или полное высшее образование – 11/52 (21,2 ±5,7 %) пациентов, среднее – 15/52 (28,8 ±6,3 %), средне-специальное – 5/52 (9,6 ±4,0 %), неполное среднее – 10/52 (19,2 ±5,5 %), из них продолжают обучение в коррекционной школе – 4/52 (7,7 ±3,7 %), общеобразовательной – 6/52 (11,5 ±4,4 %), не имеют образования в связи с заболеванием – 11/52 (21,2 ±5,6 %).

Выводы: 1) Среди подтипов нарушений кортикального развития преобладали нарушения корковой организации (42,3 %) и нарушения нейрональной или глиальной пролиферации или апоптоза (25,0 %). Среди ВПР наиболее часто регистрировались: фокальная кортикальная дисплазия (21,2 %), гамартромы (15,4 %), субэпиндемальная узловая гетеротопия (13,5 %). 2) Для эпилепсии на фоне нарушений кортикального развития характерно два пика дебюта: в раннем детском возрасте (40,4 %) и юношеском возрасте (21,2%). По форме эпилепсии преобладала симптоматическая височно-долевая (51,9 %) и лобно-долевая эпилепсия (30,8 %). В клинической картине заболевания регистрировались задержка моторного развития, когнитивные нарушения (40,3 %) и задержка речевого развития (38,5 %). Отмечена значительная продолжительность от дебюта эпилепсии до нейрорадиологического подтверждения ВПР головного мозга у взрослых пациентов. 3) В большинстве случаев (59,6 ±6,8 %) проводилась монотерапия эпилепсии, препаратами вальпроевой кислоты (25,0 %). Фармакорезистентная эпилепсия зарегистрирована только у четверти пациентов (26,9 %).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врожденные аномалии (пороки развития) в Российской Федерации / Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков, Н.М. Зайченко, Р. Г. Гудукова // Детская больница: научно-практический жкрнала. – 2003. - №1. – С. – 7-14.

2. Зенков, Л.Р. Корковые дисплазии и эпилепсия: патофизиологические, диагностические и терапевтические аспекты / Л.Р. Зенков // Неврологический журнал. - 2006. - № 1. – С.56 - 59.

3. Кузнецова, Т.В. Особенности эпилептического синдрома у детей с пороками развития коры головного мозга / Т.В. Кузнецова //Аспирантский вестник Поволжья. – 2012. – № 5 – 6. – С. 52 – 56.

4. Кулешов, Н.П. Диагностика и профилактика врожденной патологии / Н.П. Кулешов, О.В. Макаров, В.П. Макарова и др. // Рос. мед. журн. – 2000. – №1. – С. 28 – 30.

5. Факторы, влияющие на развитие фармакорезистентности у больных эпилепсией / А.Б. Гехт, Т.В. Митрохина, А.В. Лебедева, И.В. Лусникова // Сборник научных трудов к 80-летию чл.корр.РАМН, проф. В.А.Карлова, Москва. – 2006. – С.33-5.

6. Devinsky, O. Function-specific high-probability "nodes" identified in posterior language cortex / O. Devinsky // Epilepsia. – № 40- P. 575–583.

7. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective / R. Aldo, B. Lorenzo, B. Beverly, M. Pierpaolo // J. Epidemiol, and Community health. – 2000. – №9. – P. 660 – 666.

8. Meenke, H. J. Neuropathological findings in primary generalized epilepsy: a study of eight patients/ H. J. Meenke, D. Janz// Epilepsia. –1984. – № 25– P. 8–21.

9. Olsson, I. Medical problems in adolescents with myelomeningocele (MMC): an inventory of the Swedish MMC population born during 1986-1989 / I. Olsson, M. Dahl, S. Mattsson et al. // ActaPediatr. – 2007 – №3. – P. 446. – 449.

УДК 577. 164. 2

ВИТАМИ С - ВЕЛИКОЕ ЧУДО ЖИВОЙ ПРИРОДЫ

С. М. Гюлмамедова

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.б.н., доц. Зубарева Е. В., к.б.н , доц. Екимова Е. Ю.

Актуальность. Говоря о витаминах, можно сказать, что важны они все, но витамин С-

аскорбиновую кислоту, большинство биохимиков считают одним из величайших чудес живой природы. Молекула аскорбиновой кислоты настолько проста, активна и подвижна, что она способна легко преодолевать множество препятствий, участвуя в различных процессах жизнедеятельности. Кардинально изменив миллиарды лет назад обмен веществ, аскорбиновая кислота сумела дать мощный толчок к развитию множества живых организмов, двигаясь от простого к сложному.

Почти все животные могут синтезировать витамин С, в отличие от нас, людей – а мы удивляемся, почему они не болеют и не простужаются. Особенно это касается диких животных, которые охотятся в любых условиях, в том числе и суровой зимой: их организм в холодную погоду вырабатывает столько витамина С, сколько требуется для защиты. К сожалению, люди так не умеют.

Функции витамина С в организме человека:

1. Важнейшими функциями витамина С являются защита иммунитета и поддержание в норме психических процессов.

2. Нормальная выработка гормонов и нейротрансмиттеров, ответственных за наши чувства и ощущения, также зависит от витамина С.

3. Витамин С разглаживает стенки всех кровеносных сосудов, как толстых, так и самых тонких.

4. Он способствует реакциям, которые превращают жиры в усвояемую форму. Животные с его помощью сохраняют стабильный вес всю жизнь, а людям он помогает сохранить стройность и красоту.

5. Способствует образованию коллагена, и наша кожа долго остаётся упругой, эластичной и молодой.

6. Суточная норма витамина С для взрослого человека – около 100 мг, но в ряде случаев назначают до 500-1500 мг. При заболеваниях, стрессах, в экстремальных условиях и при тяжёлых нагрузках потребность в витамине С резко возрастает.

Таким образом, витамин С нам необходим каждый день и каждую минуту, и следует научиться снабжать свой организм как можно большим его количеством, употребляя в сыром виде ту пищу, которую только возможно, а остальные продукты с содержанием аскорбиновой кислоты готовить щадящим способом. Витамин С содержится преимущественно в растениях: фруктах, овощах и травах.

К сожалению, наше питание сейчас устроено так, что только некоторые люди употребляют достаточно фруктов и овощей. К тому же витамин С сохраняется только в свежих растительных продуктах, а в тех, которые долго хранились, подвергались тепловой и биохимической переработке, его практически нет. Даже если витамин С попадает в организм

с продуктами питания, он в большинстве случаев быстро разрушается под воздействием вредных привычек, химических лекарств, стрессов и других негативных факторов, которых достаточно в нашей жизни.

Цель работы: исследование содержания витамина С в сухофруктах.

Задачи:

1. Изучить литературу по витамину С, его значении для растений и человека;

2. Провести определение витамина С в сухофруктах;

3. Сделать выводы и дать рекомендации по использованию полученных результатов в практической деятельности человека и медицине.

Материалы и методы.

Объекты исследования: Сухие плоды шиповника(Rosa majalis); Сушеные яблоки (Malum); Сушеные груши (Pyrus); Сушеные вишни (Cerasum); Сушеные ананасы (Ananas); Чернослив (Prunus domestica); Инжир (Fícuscarica); Белый изюм (Uva passa alba); Черный изюм (Uva passa nigra); Сушеные абрикосы (с косточкой) (Prunus armeniaca); Курага (без косточки) (Prunus armeniaca).

Содержание витамина С определяли с помощью количественного метода титрования, раствором 2,6 – дихлорфенолиндофенолятом натрия. Результаты высчитывали по формуле.

$X=\frac{0,088*A*25*100}{2*1}$ где,

X - содержание аскорбиновой кислоты, мг%;

А – количество раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия, пошедшее на титрование, мл;

1 – количество вещества, взятое для анализа, г;

2 – количество вытяжки, взятое для титрования, мл;

25 – общее количество вытяжки, мл;

100 – количество исследуемого материала, г.

Полученные результаты. В ходе проведённого исследования были получены результаты, представленные в таблице №1.

Таблица №1-Содержание витамина С в исследуемых объектах.

№	Объект	Содержание витамина С, мг/%
1.	Шиповник плоды (сухие)	113,3
2.	Сушеные вишни	78,8
3.	Инжир сушеный	66,9
4.	Сушеные абрикосы	63,2

5.	Чернослив	56,8
6.	Сушеные груши	55,9
7.	Сушеные ананас	55
8.	Сушеные яблоки	40,3
9.	Курага	39,4
10.	Белый изюм	35,8
11.	Черный изюм	33,9
Среднее значение		58,1

Данные исследования Н. Н. Бритулиной 2014 года представлены в таблице №2.

Таблица №2-Содержание витамина С в некоторых фруктах.

№	Объект	Содержание витамина С, мг/%
1.	Памело	110
2.	Грейпфрут	110
3.	Апельсин	99
4.	Мандарин	99
5.	Лимон	80
6.	Лайм	66
7.	Свити	66
8.	Кумкуват	33

Не все люди могут позволить себе употреблять цитрусовые из-за аллергических реакций, поэтому вполне возможно заменить их в рационе на сухофрукты.

Практические рекомендации.

Самое простое – готовить настой из плодов шиповника. Он очень вкусный, особенно с мёдом или фруктовым сиропом, поэтому его с удовольствием будут пить дети. В это сироп можно добавлять ягоды красной и черноплодной рябины, калины, клюквы, боярышника. Такой сироп можно употреблять по 1 ст.л. 3 раза в день, а маленьким детям давать 0,5-1 ч.л. – это обеспечит профилактику многих заболеваний.

Польза сушеной вишни для здоровья очень велика не только как источника витамина С. Употребление сушеной вишни уменьшает риск заболеваний сахарным диабетом, снижает уровень холестерина в организме, способствует снижению веса, повышает иммунитет. Сушенную вишню можно добавлять в компот, использовать как начинку для выпечки. Так же как ингридиент широко применяют в приготовлении овсяной каши.

Для людей с больной сердечно-сосудистой системой и аритмии, а также почечных болезней, рекомендую употреблять настой из сушенных абрикосов по 70-80 мл 6-7 раз в день в промежутках между едой. Для приготовления настоя нужно использовать 100 г измельченных абрикосов, залить 1 л кипятка и настоять в теплом месте на протяжении 6 часов.

Выводы.

1.Анализ результатов показал, что сухофрукты не на много уступают свежим фруктам и овощам содержанием витамином С.

2. Наибольшее содержание витамина С выявлено в сухих плодах шиповника (113,3мг%). Высокое содержание витамина С отмечено в вишне (78,8мг%), инжире (66,9мг%) и абрикосе (63.2мг%). Среднее содержание отмечено для чернослива, груши и ананаса.

3.Таким образом, в условиях недостатка свежих фруктов в зимний сезон, если средства не позволяют в достаточной мере употреблять свежие фрукты, или имеются аллергические реакции на цитрусовые, в качестве круглогодичного, доступного и эффективного источника витамина С могут быть использованы сухофрукты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Девис М,Остин Дж., Патридж Д. Витамин С: Химия и биохимия: Пер.с англ. М.: Мир, 1999 - 176с

2. Электронные ресурсы:

http://www.inflora.ru;

http://www.100vitaminov.ru;

http://www.udec.ru/derevo/vishnya-svoystva.php;

http://www.edimdoma.ru/club/posts/923-poleznye-svoystva-abrikosov.

УДК: 616.34-007.43-031:611.957-089

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

П.А. Дворниченко, Е.А. Титов, Д.А. Чайкин
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. проф. Д.В. Черданцев

Лечение паховых грыж продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре плановой хирургии по частоте выполнения. С точки зрения пациента, первостепенное значение в лечении паховой грыжи имеют скорейшее возвращение к качественной трудовой жизни и хороший косметический эффект, возможные лишь в условиях минимальной травматизации тканей в ходе операции при возможности моделирования хода раневого процесса. Первая задача с успехом решается благодаря использованию безнатяжных методик герниопластики и развитию эндовидеохирургических технологий [2, 4, 5]. Тем не менее, при любом методе операции, несмотря на высокий уровень подготовки хирурга и установку современных эндопротезов, остается вероятность развития рецидивной грыжи, вынуждая пациента повторно обращаться за хирургической помощью. Неудовлетворенность хирургов по всему миру результатами герниопластики привела к исследованиям по изучению патогенеза грыжи, в результате которых эксперты пришли к выводу, что одной из главных причин формирования грыжи является врожденная дисплазия соединительной ткани: у таких больных прослежено низкое количественное соотношение незрелого коллагена I типа и зрелого коллагена III типа. Ввиду невозможности воздействия непосредственно на генетический аппарат, в решении второй задачи прогрессивными считаются эксперименты с разработкой новых сеток из биоматериалов, а также с созданием композитных эндопротезов, обладающих свойством вызывать неспецифический продуктивный воспалительный ответ с исходом в формирование прочного соединительнотканного каркаса, укрепляющего брюшную стенку в зоне имплантации. В этом случае один из имплантируемых материалов служит основой конструкции и обусловливает ее прочность, а второй материал придает эндопротезу новые качества, предотвращающие спайкообразование или стимулирующие коллагеногенез [1, 3].

Кроме того, на современном этапе развития герниологии большинство хирургов сходятся во мнении, что эффективность операции должна оцениваться не только по клиническим показателям (процент послеоперационных осложнений и рецидивов), но и по изменению качества жизни пациента после проведенного лечения.

Таким образом, целью настоящего исследования является изучение влияния применения комбинированных эндопротезов в лечении больных паховой грыжей на тканевый воспалительный ответ и частоту развития послеоперационных осложнений как в эксперименте, так и клинически, с оценкой динамики качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Разработан комбинированный эндопротез, состоящий из полипропиленовой сетки (ПСЭ) и коллаген-хитозановой пластины (КХП). С целью изучения реакции тканей на раздельную имплантацию его составляющих проведен эксперимент на самцах белых крыс линии Wistar (N=90). У животных 1 серии (n=30) в предбрюшинную позицию был имплантирован ПСЭ; животным 2 серии (n=30) установлен КХП в аналогичную позицию; животным 3 серии (n=30) выполнена одновременная имплантация КХП и ПСЭ (с предлежанием к брюшине и к мышцам соответственно). Поочерёдно на 3-и, 7-е, 10-е, 28-е и 90-е сутки из эксперимента выводилось по 6 животных из каждой серии с макроскопическим описанием тканей и выявлением осложнений в области операции. Для оценки процессов формирования и созревания соединительной ткани выполнялся забор тканей передней брюшной стенки на гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследования с определением следующих показателей: численная плотность фибробластов (Nvф); численная плотность сосудов микроциркуляторного русла (Nvc); объемная плотность эластических волокон (Vvэв).

В клинической части исследования все больные паховой грыжей (N=60) были разделены на две группы: I группа (n=30) – оперированные лапароскопически с применением ПСЭ; II группа (n=30) – с применением оригинальной комбинированной конструкции из КХП и ПСЭ. Средний возраст оперированных составил 55±8,7 лет, из них 81,7% – мужского пола. При формировании групп использовались классификации диагноза по Nyhus и Schumpelick. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести грыжи и сопутствующим заболеваниям. Оценка результатов осуществлялась по оригинальной анкете с учетом продолжительности операции, госпитализации, наличия ранних послеоперационных осложнений и рецидивов, контроль которых осуществлялся ультрасонографически на 1-е и 7-е сутки после операции. Оценка качества жизни (КЖ) больных производилась с помощью стандартизированного русифицированного опросника MOSSF-36 до операции, на 1-е, 7-е сутки послеоперационного периода и спустя 1 год после операции. Для оценки воспалительной реакции на хирургическое вмешательство до операции, в 1-е и на 7-е сутки после операции проводился мониторинг температуры тела, содержания лейкоцитов в периферической крови и количественное определение С-реактивного белка.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакетов «MS Excel 2007» и «SPSS 19.0». Характер распределения определялся критерием Шапиро-Уилка, для определения статистической значимости различий качественных показателей использовался критерий $\chi 2$ Пирсона, при парных сравнениях количественных показателей – критерий Манна-Уитни (различия оценивались как статистически значимые при $p<0,05$).

Результаты. Макроскопически на секции в 1 серии животных выявлены осложнения в виде прорезывания швов и отторжения имплантата в 17 случаях (56,7±9,0%), воспаление в области послеоперационного шва и расхождение краёв послеоперационной раны – в 23 случаях (76,7±7,7%), воспаление прилежащих тканей в области имплантата – в 29 случаях (96,7±3,3%), различия статистически значимы в сравнении со 2 и 3 сериями. У животных 2 серии имплантат полностью деградировал на 10-е сутки эксперимента, и воспалительных осложнений, связанных с имплантацией КХП, зафиксировано не было. В 3 серии на 10-е сутки наблюдалось прорастание имплантата соединительной тканью, отторжения и воспалительных изменений не обнаружено.

У животных 1 серии ПСЭ индуцировал мобилизацию лимфоцитов (преимущественно Т-клеток) и в меньшей степени макрофагов, пик миграции которых совпадал со сроками отторжения эндопротеза. На 3-и сутки зафиксировано выраженное образование капилляров (Nvc=17,5±1,4) в сравнении с 7-ми, 10-ми, 28-ми и 90-ми сутками эксперимента. Миграция фибробластов (Nvф=6,8±1,2) с образованием коллагеновых волокон III типа происходила медленно. После окончания эксперимента установлено, что заживление раны произошло с формированием грубоволокнистой соединительной ткани, содержащей большое количество коллагеновых волокон и сосудов микроциркуляторного русла (Nvc=4,2±1,2), а также значительное число фибробластов (Nvф=9,2±1,2) с выраженной синтетической активностью.

Во 2 серии эксперимента важной предпосылкой к развитию грануляций на 3-и сутки явилась миграция в область имплантации КХП нейтрофильных гранулоцитов, макрофагов (Nvф=7,7±1,03), при этом пик их миграции совпал с началом деградации КХП, что соответствует наличию признаков краевой эпителизации: пролиферация фибробластов, появление коллагеновых волокон III и IV типов. На 7-е сутки происходило образование грануляционной ткани, появление коллагена I типа и эластических волокон (Vvэв=7,7±1,03). Полная субституция КХП наблюдалась на 10-е сутки эксперимента с появлением молодой соединительной ткани с увеличением удельной доли волокнистого (эластические и коллагеновые волокна) и сосудистого компонентов, клеточный компонент был представлен преимущественно фибробластами, малочисленными макрофагами и лимфоцитами.

У животных 3 серии на 3-и сутки эксперимента зафиксирована индуцированная коллаген-хитозаном миграция палочкоядерных лейкоцитов и макрофагов в ПСЭ и КХП,

последние, прикрепляясь к внеклеточному матриксу, трансформировались в воспалительные и репаративные клетки, стимулируя заживление и создавая условия для неоваскуляризации. Одновременно с активацией макрофагов, синтезирующих коллаген I типа, активировались фибробласты (Nvф=19,3±1,4), синтезирующие коллаген III типа, эластические волокна (Vvэв=5,7±1,4), протеогликаны. Обнаруживалась широкая зона молодой соединительной ткани с большим количеством сосудов микроциркуляции (Nvc=25,1±1,6). На 7-е сутки происходила частичная деградация КХП, уменьшение числа коллагеновых волокон III типа с их созреванием. На 10-е сутки наблюдения удовлетворительная фагоцитарная активность фибробластов, сопровождаемая адекватной репарацией, способствовала образованию зрелой соединительной ткани, содержащей зрелые коллагеновые и эластические волокна (Vvэв=19,33±1,5), клеточный компонент представлен преимущественно фибробластами (Nvф=9,5±2,07), малочисленными макрофагами и лимфоцитами. На 90-е сутки эксперимента происходила полная эпителизация раны за счёт коллагеновых волокон I типа и эластических волокон (Vvэв=36,8±1,7). Таким образом, у животных 3 серии высокая фагоцитарная активность фибробластов сопровождалась адекватной репарацией с формированием зрелой соединительной ткани. При этом качественный состав последней отличался более высокой объемной плотностью эластических волокон, что способствовало предотвращению образования выраженного фиброза и разрастанию грубого соединительнотканного рубца.

По результатам клинического этапа исследования средняя продолжительность операции у больных I группы составила 24,5±5,7 минуты, II – 26,9±4,7 минут. Средний койко-день у больных I группы составил 1,6±0,4, II группы – 1,8±0,7. В обеих группах в 1-е сутки отмечалось незначительное повышение показателей воспаления вследствие нормальной реакции организма на операцию, к 7-м суткам показатели возвращались к норме, при этом статистически значимых различий между группами не отмечено. Ультрасонографически частота развития субклинических гематом среди пациентов I и II групп составила 6,7% и 10,0% соответственно. У 1 пациента из I группы наблюдалась клинически значимая гематома, пунктирована на 7-е сутки под УЗ-наведением (УЗ-контроль на 10-е сутки не выявил признаков гематомы). Статистически значимых различий в толщине воспалительного в 1-е сутки после операции в обеих группах не выявлено. На 7-е сутки воспалительный инфильтрат у пациентов II группы был в 2 раза меньше, чем у пациентов I группы.

При анализе КЖ пациентов статистически значимых различий по всем показателям у больных I и II групп в 1 сутки после операции выявлено не было. На 7 же сутки послеоперационного периода в обеих группах наблюдалось повышение по всем шкалам, однако у пациентов II группы показатели КЖ характеризовались более высокими

значениями по сравнению с пациентами I группы в среднем на 4,2%. Через 1 год после операции статистически значимых различий показателей КЖ между группами не выявлено.

Выводы.

1. Имплантация оригинальной композитной конструкции характеризуется ранним образованием прочной зрелой соединительной тканисо сбалансированным качественным составом коллагеновых и эластических волокон без формирования грубого соединительно-тканного рубца.

2. Добавление в конструкцию полипропиленового эндопротеза коллаген-хитозановой пластины не способствует удлинению времени операции и не сопровождается увеличением продолжительности пребывания больного в стационаре.

3. Использование оригинального композитного эндопротеза характеризуется более быстрой инволюцией воспалительного инфильтрата в сравнении с изолированной полипропиленовой сеткой.

4. Имплантационный материал в лапароскопической герниопластике оказывает непосредственное влияние на качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде: оно выше у больных паховой грыжей, оперированных с применением комбинированной конструкции.

5.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киреев А. А. Сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов паховых аллогерниопластик / А. А. Киреев, Д. Ю. Богданов, Ш. А. Алишихов// Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 4. –С. 6-13.

2. Стрижелецкий В. В. Место эндовидеохирургических вмешательств в лечении паховых грыж / В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург, А. Б. Гуслев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2006. – № 6. – С. 15-20.

3. Яковлев А. В. Лечение паховых грыж с использованием полипропиленовых сетчатых эндопротезов и эндопротезов с покрытием на основе полигидроксиалканоатов / А. В. Яковлев, Н. М. Маркелова, Е. И. Шишацкая, Ю. С. Винник // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 2. – С. 76-80.

4. Efem S. Laparoscopic versus Open Mesh (Lichtenstein) Repair of Inguinal Hernia: Current Status from Literature Review / S. Efem // World Journal of Laparoscopic Surgery. – 2009. – v. 2, №3, P. 53-55.

5. Fegade S. Laparoscopic versus Open Repair of Inguinal Hernia / S. Fegade // World Journal of Laparoscopic Surgery. – 2008. – v. 1, №1. – P. 41-48.

УДК 616.8:575.174.015.3

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА *IL-1β* В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Н.А. Дедюк, А.В. Мустафаева, Ю.С. Панина, А.В. Муравьева.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии
Института последипломного образования
Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, к.м.н., доц. Т.Е. Попова.

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП) входит в группу дизиммунных нейропатий [1]. Зачастую ХВДП протекает под маской криптогенной сенсорной полинейропатии [2]. Частота встречаемости ХВДП в Великобритании, Австралии, Италии, Японии и США составляет 0,8-9,0 на 100 000 населения [3]. Патогенез ХВДП остается до конца невыясненным, но связан с вовлечением Т-клеточного звена иммунитета с нарушением гемато-неврального барьера, экспрессией тумор-некротизирующего фактора, интерлейкинов, цитокинов, интерферонов, а также с участием гуморального иммунитета [4]. В исследованиях российских авторов показано, что мутантные высоко продуцирующие полиморфные аллельные варианты 3954*C и 511*C гена *IL1β* повышают его про воспалительный эффект [5].

Актуальность: ассоциативные исследования полиморфных аллельных вариантов генов воспаления актуальны при изучении развития эффекта хронической ВПГ-нейроинфекции и помогают по-новому осмыслить некоторые важные звенья патогенеза ХВДП.

Цель работы: Оценка частоты встречаемости и прогностической роли ассоциаций высоко продуцирующих полиморфизмов промотора регионов 511 C>T (rs16944) и 3954 C>T (rs1143644) гена *IL1β* в развитии ХВДП у больных с хронической герпес вирусной нейроинфекцией.

Задачи исследования: 1) Исследовать частоту встречаемости полиморфных аллельных вариантов гена *IL1β* у пациентов с ХВДП на фоне хронической герпесвирусной инфекции. 2) Оценить совокупность ассоциированного носительства мутантных аллельных вариантов гена промотора про воспалительного цитокина *IL-1β* в регионах - 511 C>T (rs16944) и - 3954 C>T (rs1143644).

Материалы и методы. Нами обследовано 98 человек. 1 группа – пациенты с хронической герпес вирусной инфекцией и ХВДП (39 человек, медиана возраста - 35 [27; 46] лет). 2 группа – без хронической герпес вирусной инфекцией и ХВДП (59чел.; медиана возраста - 22 [15;43] лет.

Объем исследования: нами использованы неврологический набор для исследования неврологического статуса; амбулаторные карты больных, истории болезни пациентов с сенсорной формой ХВДП; анамнез болезни, эпидемиологический анамнез, молекулярно генетическое исследование полиморфизмов (511 C>T (rs16944) и 3954 C>T (rs1143644)) гена *IL-1β* методом ПЦР в режиме реального времени. Забор крови на молекулярно-генетическое исследование осуществлялся после подписания пациентами добровольного информированного согласия; прикладная компьютерная программа Statistica версия 7.0 (StatSoft, USA).

Результаты: Установлено, что частота встречаемости генотипов CC, CT, TT гена *IL1β* в локусе -3954 C>T (rs1143644) в 1 группе наблюдения составила 50%, 36%, 14%, соответственно; во 2 группе наблюдения 36%, 43%, 21%, соответственно (табл. 1). Частота встречаемости высоко продуцирующего аллеля C гена *IL1β* в 1 группе наблюдения была статистически значимо выше (50% против 36%, $p<0,05$).

Таблица 1 – Частота встречаемости ассоциаций носительства полиморфных аллельных вариантов гена *IL1β*

Генотип 3954(C/T)/511(C/T)	1 группа*	2 группа
CC/CC	39%[2]	14%
CC/CT	8%[2]	21%
CC/TT	3%	0%
CT/CT	11%	21%
CT/CC	19%[1]	21%
CT/TT	6%[2]	0%
TT/CC	3%[2]	21%
TT/CT	11%[2]	0%
TT/TT	0%	0%

**1 - p<0,05; 2 - p<0,01 по критерию Пирсона*

Частота встречаемости генотипов CC, CT, TT гена *IL1β* в локусе -511 C>T (rs16944) в 1 группе наблюдения составила 61%, 31%, 8%, соответственно; во 2 группе наблюдения -

57%, 43%, 0%, соответственно. По высоко продуцирующему аллелю С гена *IL1β* в 1 группе наблюдения частота встречаемости была статистически недостоверна. Частота встречаемости ассоциаций гомозиготного носительства высоко продуцирующих (мутантных) полиморфных аллельных вариантов 3954*С и 511*С гена IL1β в 1 группе наблюдения была также статистически значимо выше (35%, $p<0,01$).

Заключение. Показано возможное прогностический неблагоприятное влияние ассоциации гетерозиготного носительства высоко продуцирующих полиморфных аллельных вариантов 3954*С и 511*С гена *IL1β* про воспалительного цитокина на риск развития ХВДП у пациентов с хронической герпесвирусной нейроинфекцией. Исследование нуждается в продолжении с увеличением числа выборки для расчета отношения шансов и оценки риска развития ХВДП у пациентов с хронической герпесвирусной нейроинфекцией с целью поиска новых путей профилактики поражения дистальных отделов конечностей, включая применение ингибиторов активности про воспалительного цитокина *IL-1β*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Busby M, Donaghy M. Chronic dysimmune neuropathy. A subclassification based upon the clinical features of 102 patients. J Neurol. 2003 Jun; 250 (6):714-24.
2. Chin RL, Latov N, Sander HW, Hays AP, Croul SE, Magda P, Brannagan TH 3rd. Sensory CIDP presenting as cryptogenic sensory polyneuropathyJ Peripher Nerv Syst. 2004 Sep; 9(3): 132-7.
3. Laughlin R.S.,/Incidence and prevalence of CIDP and the association of diabetes mellitus (Citations: 12) // R. S. Laughlin, P. J. Dyck, L. J. Melton, C. Leibson, J. Ransom /Journal: Neurology , vol. 73, no. 1, pp. 39-45, 2009
4. Dalakas M.C./ Immunotherapy of Inflammatory Myopathies: Practical Approach and Future Prospects,10.1007/s11940-011-0119-8,Current Treatment Options in Neurology,Mar/Current Treatment Options in Neurology - CURR TREAT OPTIONS NEUROL// vol. 13, no. 3, pp. 311-323, 2011
5. Terskova N.V., Shnayder N.A., Vakhrushev S.G. /Polymorphism of interleukin-1 gene and susceptibility to chronic adenoiditis development at children of Siberia // Medical and Health Scitence Journal. 2013; 14 (2): 35-41.

УДК 159.923:616.33-002.44

АДАПТИВНО-ЗАЩИТНЫЙ КОМПЛЕКС ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

А.В. Денина
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО, к.пс.н. Ж.Г.Дусказиева

Анализ научной литературы (Рязанова В.И., Якунченко Т.И., Пятакович Ф.А.) показал, что «язвенные» больные отличаются повышенной тревожностью, эгоцентризмом, завышенным уровнем притязаний, тревожно-фобическим и ипохондрическим синдромами. Нервно-психический стресс — один из этиологических факторов развития язвенной болезни. Для данной категории больных характерна маскированная депрессия, нередко в сочетании с астенией - у 5% больных наблюдаются астенодепрессивные состояния. 38% «язвенных» больных имеют повышенную тревожность. Вышеперечисленные особенности являются «благоприятной почвой» для невротизации личности. Язвенная болезнь в преморбиде диагностируется при наличии некоторых особенностей: стремлении подавлять окружающих, вспышках агрессии, в случае неудач — склонности к алкоголизму.

Для больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки характерно болезненное и враждебное восприятие мира, трудности общениями с окружающими, а так же низкий уровень стрессоустойчивости. Ведущим неадаптивным механизмом психологической защиты у людей является отрицание, что означает отказ принимать неприятную ситуацию и невозможность объективно оценить себя и своё состояние.

Исследование проводилось в 2014 г. в гастроэнтерологическом отделении Краевой Клинической больницы г. Красноярска.

В качестве методов исследования использовались следующие предложения:

1. Анализ литературных источников.

2. Метод активного обучения - тренинг.

3. Методы сбора эмпирических данных: «Опросник Плутчика Келлермана Конте. Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), Копинг-тест Лазаруса.

4. Методы качественной и количественной обработки результатов.

В процессе исследовательской работы были реализованы следующие задачи:

1. Выявление особенностей адаптивно-защитного комплекса у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Разработка и апробация системы тренинговых мероприятий, которые будут способствовать успешному формирования адекватных копинг-стратегий у больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки.

Учитывая выявленные психологические особенности людей с язвенной болезнью, нами разработана психокоррекционная программа, содержащая два блока: работа со стрессом, конфликтными ситуациями (повышение стрессоустойчивости), и техники расслабления и избавления от волнений.

Обработка проводилась в соответствии со стандартами методик. При обработке данных эмпирического исследования нами использовался метод математической статистики U-критерий Мана-Уитни.

В процессе проведения исследования нами были выделены две группы. Состав групп сходен по возрастным характеристикам, половым характеристикам и условиям. Для профилактической работы была выбрана группа из 8 пациентов (с самыми низкими результатами по первому срезу), вторая половина 8 человек (со средними и высокими показателями по первому срезу) стала контрольной.

Таблица 1. - Сравнение первичных показателей двух выборок с помощью методики ««Механизмы психологической защиты»»

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	67	16	45	4,5
2	53	7,5	40	1,5
3	60	13	45	4,5
4	59	11,5	59	11,5
5	55	10	44	3
6	54	9	53	7,5
7	61	14	50	6
8	64	15	40	1,5
Суммы		96		40

Результат: UЭмп = 4. Полученное эмпирическое значение Uэмп(4) находится в зоне значимости.

В таблице № 1 представлены средние показатели по тесту "Механизмы психологической защиты" которые выявляют что ведущий механизм психологической защиты "рационализация" у 72 % больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки.

Таблица 2. - Сравнение первичных показателей двух выборок по методике «методика Лазаруса»

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	9,5	2	2,5
2	3	14	2	2,5
3	6	6,5	4	9,5
4	5	11,5	3	6
5	6	14,5	3	6
6	5	11,5	1	1
7	6	14,5	3	6
8	6	14,5	3	6
Суммы		96,5		39,5

Результат: UЭмп = 3.5. Полученное эмпирическое значение Uэмп(3.5) находится в зоне значимости.

В таблице №2 представлены сравнение контрольной и экспериментальной выборки по тесту "Копинг- тест Лазаруса" которые составляют, что ведущая копинг –стратегия у экспериментальной выборки "самоконтроль" у больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки ,в то время как у контрольной выборки ведущая копинг - стратегия "избегание" у больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки .

Таблица 3. - Сравнение первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе по методике «Механизмы психологической защиты»

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	23	14	17	13
2	14	9.5	16	11.5
3	9	6	16	11.5
4	8	5	14	9.5
5	6	2.5	13	8
6	6	2.5	10	7
7	5	1	7	4
8	6	2.5		6
Суммы		40.5		64.5

Результат: UЭмп = 6. Полученное эмпирическое значение Uэмп(6) находится в зоне значимости, что свидетельствует о положительных изменениях.

Данные представленные в таблице № 3 свидетельствуют о том, что средние показатели по тесту "Механизмы психологической защиты" выявляют что ведущий механизм психологической защиты "регрессия" у 77 % больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки .

Таблица 4. - Сравнение первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе с помощью «Копинг тест Лазаруса>>

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	22	14	13	7
2	17	13	13	7
3	16	11.5	13	7
4	16	11.5	11	5
5	15	10	10	3.5
6	14	9	9	2
7	10	3.5	8	1
8	11	2.5	10	5
Суммы		72.5		32.5

Результат: UЭмп = 4.5. Полученное эмпирическое значение Uэмп(4.5) находится в зоне значимости, что свидетельствует о положительных изменениях.

В таблице № 4 приведены средние показатели по тесту "Копинг тест Лазаруса " которые составляют что у контрольной выборки 67% больных язвенной болезнью и двенадцати перстной кишки ведущая копинг - стратегия "избегание".

Таким образом, в ходе проведенного эксперимента было выявлено что у экспериментальной выборки были вывялены такие механизмы психологической защиты как регрессия вытеснение, в то время как у контрольной выборки отрицание и вытеснение. Мы можем утверждать, что экспериментальная и контрольная выборки сопоставимы между собой и на основании исследования пациентов в этих группах можно будет сделать достоверный вывод об эффективности программы эксперимента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Фрейд, Анна. Психология Я и защитные механизмы - Москва: Педагогика-Пресс, 1993.-С.131-142.

2. Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней: Научный обзор / Под ред. И.К. Шхвацабая. - М.: ВНИИМИ, 1980.

3. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. - СПб., 2000.

4.Ивашкин В. Т. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей. М. 2002.

5. . Богер М.М.Язвенная болезнь. Современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. Новосибирск: «Наука», 1986. 231 с

6. . Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: «Триада-Х», 1998.

УДК616.37-002-089

ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. К. Донгак

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра общей хирургии с курсом урологии

Научный руководитель: к. м. н. Д. Б. Цоктоев

Актуальность проблемы: последние годы характеризуются значительным ростом островоспалительных заболеваний поджелудочной железы, которые занимают одно из ведущих мест среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, что становиться крайне дорогостоящим видом лечения. Среди всех больных у 37,6 % пациентов развитие острого панкреатита носит деструктивный характер В. Н. Кузеев, А.Г. Жевелюк, К.А. Саркисян и др. (2008). Общая летальность при некротической форме составляет 31,1 – 47,6%, послеоперационная летальность достигает 70 - 74,4% А.В. Бельков, А.И. Панков, А.Р. Евстигнеев и др. (2005), П.Г. Кондратенко, В.И. Русина (2013).

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения острых панкреатитов.

Материал и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения больных с острой хирургической патологией поджелудочной железы, находящихся в хирургическом отделении за 2011-2013 гг.

Результаты исследования: за данный период в хирургическом отделении пролечено 2014 больных с острой хирургической патологией поджелудочной железы: острый панкреатит был выставлен - 1796 (87,7%) больным, острый деструктивный панкреатит – 218(12,3%). Возраст больных составил от 18 до 90 лет. Мужчин было – 1219(60,5%), женщин -795(39,5%). Оперативное лечение была выполнена 35(16,0%) пациентам с диагнозом острый деструктивный панкреатит. Оперативные вмешательства осуществлена при остром деструктивном панкреатите в сочетании с калькулезным холециститом - 9(26%) пациентам. Диагностическая лапароскопия - 7(20,0%) больным: в трех случаях острая хирургическая патология, требующая оперативного лечения в брюшной полости не найдено, в трех случаях у пациентов при лапароскопии обнаружили признаки жирового панкреонекроза, в одном обнаружена парапанкреальная флегмона - операция закончилась дренированием.

Лапаротомия была выполнена - 8(22,8%) пациентам: дренирование кисты поджелудочной железы и брюшной полости выполнена при разрыве хвоста поджелудочной железы; прошивание сосуда тела поджелудочной железы, дренирование кисты и брюшной полости при разрыве кисты и аррозивном кровотечении в брюшную полость; резекция желудка по Бильрот-1, резекция хвоста ПЖ, спленэктомия и дренирование брюшной полости при секвестрации хвоста поджелудочной железы и сопутствующем аррозивном кровотечении из селезеночной артерии в просвет желудка. Лапаротомия, гемостаз, резекция желудка по Бильрот-2, дренирование брюшной полости выполнен у пациента с пенитрирующей в двенадцатиперстную кишку кистой головки поджелудочной, осложненной дуоденальным кровотечением. В двух случаях острый панкреатит осложнился ферментативным перитонитом произведены, некрсеквестрэктомия и дренирование брюшной полости. У одного пациента была кольцевидная поджелудочная железа - выполнили пересечение. Все пациенты выписали из стационара с улучшением.

Дренирование и пункцию осуществили 10 (28,6%) пациентам, в том числе двум пациентам дренирование плевральной полости по поводу посттравматического пневмоторакса и у одного (2,9%) пациента выявлен рак предстательной железы – выполнена резекция.

Исходы лечения больных:

1. Выписаны в стабильном состоянии: 1922(95,4%)
2. Самовольно покинули стационар: 51(2,5%)
3. Переведены в другие отделения для дальнейшего лечения: 20(1,0%)
4. Отказались от лечения: 21(1,1%)

Выводы: за 3 года (2011, 2012, 2013) в хирургическом отделении находилось 1796 (87,7%) больных с острым отечным панкреатитом, которые вылечены консервативно, острый

деструктивный панкреатит был у 218(12,3%) пациентов. Оперативное лечение была выполнена 35(16,0%) пациентам с диагнозом острый деструктивный панкреатит, в том числе при остром деструктивном панкреатите с сопутствующим калькулезным холециститом 9 (26%), диагностических операций 8 (23%), лапаротомических операций 8 (23%), дренирований, пункций 9 (26%), других операций 1 (2%). Послеоперационной летальности не было, все пациенты выписаны с улучшением, что указывает, по нашему мнению, на правильность тактики ведения больных с острым панкреатитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты оперативных вмешательств при субтотально-тотальных формах деструктивного панкреатита / А.В. Бельков, А.И. Панков, А.Р. Евстигнеев и др. // Новости хирургии. - 2005. - № 4. - С. 2-6.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита / В. Н. Кузеев, А.Г. Жевелюк, К.А. Саркисян и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2008. - № 7. - С. 57-62.
3. В.А. Кубышкин Панкреонекроз / В.А. Кубышкин // Анналы хирургической гепатологии. 2000. -№ 2. - С. 67-68.
4. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство). Р.Л. Ахметшин, А.А. Болдижар, П.А. Болдижар и др.; под ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина. – Донецк. 2013. – 720 с.

УДК 159.923.3:616.1

ФАКТОРЫ РИСКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТНОЙ АДАПТАЦИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.А. Донченко, Н.В. Попенко

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

Кафедра педагогики и психологии с курсом ПО

Научный руководитель: Н.В. Попенко

В настоящее время в клинической психологии и медицине активно изучается вопрос об отношении пациента к своему состоянию здоровья в ситуации болезни. Любая болезнь, независимо от ее происхождения, ставит человека в психологические особые жизненные условия. Трудная жизненная ситуация, а это ни что иное как болезнь, отражает

психическую деятельность больного, которая изменяется под влиянием тяжелого заболевания, факторы, при которых происходят изменения личности и среды, повышают риск заболеваний и частоту осложнений.

Блестяще технически выполненная операция может не принести пациенту облегчения и выздоровления, если при этом психика претерпела изменения. Для успешной хирургической практики недостаточно иметь знаний и владеть хирургическими методами, необходимо учитывать влияние психогенных факторов на результаты лечения. Психика пациента может травмироваться на различных этапах лечебного процесса.

Изучение психологических особенностей у пациентов с сосудистыми заболеваниями и возможных психологических нарушений, а также оказание психотерапевтической помощи и психологической коррекции является на сегодняшний день актуальной проблемой.

Существует множество заболеваний сердечно – сосудистой системы. В данной работе исследуются такие заболевания как: инфаркт миокарда и облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.

Выборка данного исследования представлена группой испытуемых, состоящей из 30 пациентов с сосудистыми заболеваниями: 14 пациентов с III степенью ишемии по Покровскому А.В. отделения сосудистой хирургии КГБУЗ «КМКБСМП имени Н.С. Карповича», 16 пациентов с инфарктом миокарда кардиологического отделения «Профессорской клиники КрасГМУ».

Объект исследования: психологические особенности пациентов с сосудистыми заболеваниями. Предмет исследования:динамика психологических особенностей пациентов с хроническим облитерирующим заболеванием артерий нижних конечностей и инфарктом миокарда в процессе психологического сопровождения.

Гипотеза исследования: специально разработанная программа, направленная на диагностику и психологическую коррекцию факторов риска расстройств личностной адаптации пациентов с сосудистой патологией, является эффективной и оказывает влияние на основные компоненты качества жизни пациентов в плане их улучшения.

Методы исследования:

1. Неспецифический опросник SF-36 для оценки качества жизни (КЖ) (перевод на русский язык и апробация методики «Институтом клинико-фармакологических исследований г. Санкт-Петербург»).

2. Тест «Нервно – психическая адаптация» (разработан в Научно – исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Гурвич И.Н., 1992).

3. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (перевод на русский язык и апробация Ю.Л. Ханиным).

4. Непараметрический ранговый критерий Манна Уитни.

По результатам первичной диагностики следует отметить, что у пациентов с сосудистой патологией присутствуют факторы риска расстройств личностной адаптации, а именно, компоненты качества жизни (показатели социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием), сниженный уровень нервно – психической адаптации, реактивная и личностная тревожности в разной степени проявления.

Для подтверждения эффективности программы психологического сопровождения вся выборка была условно разделена на контрольную и экспериментальную группы.

Второй этап исследования - отсроченная диагностика, с целью определения эффективности реабилитации пациентов с помощью программы психологического сопровождения. Занятия проводились с экспериментальной группой.

На основе полученных результатов исследования экспериментальной и контрольной групп, произведен сравнительный анализ данных.

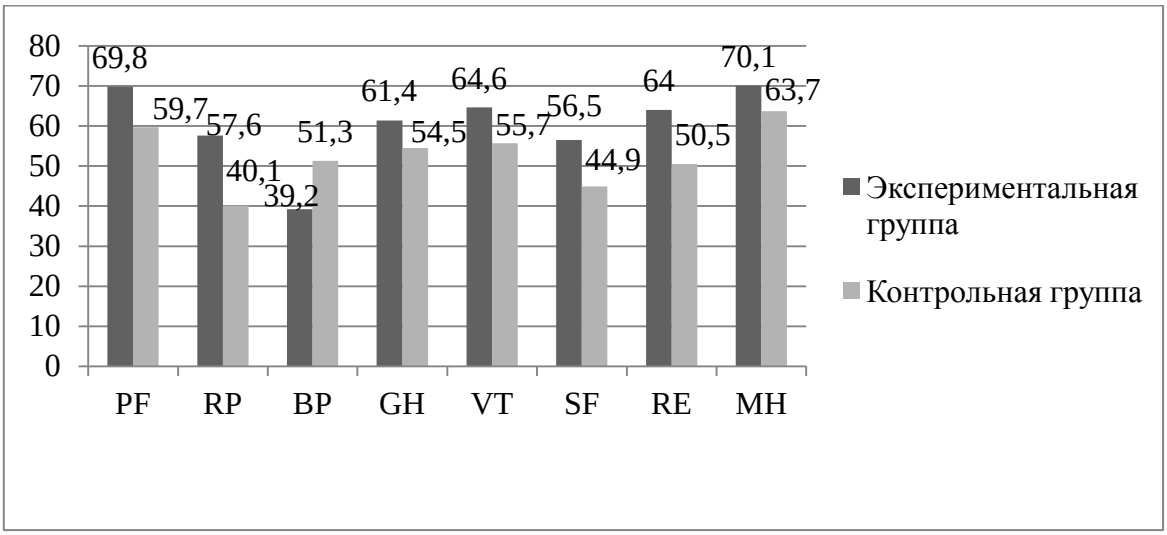


Рисунок 1 - Сравнительный анализ показателей опросника SF - 36

Проанализировав, данную гистограмму, можно сделать вывод, что наиболее различные показатели: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.

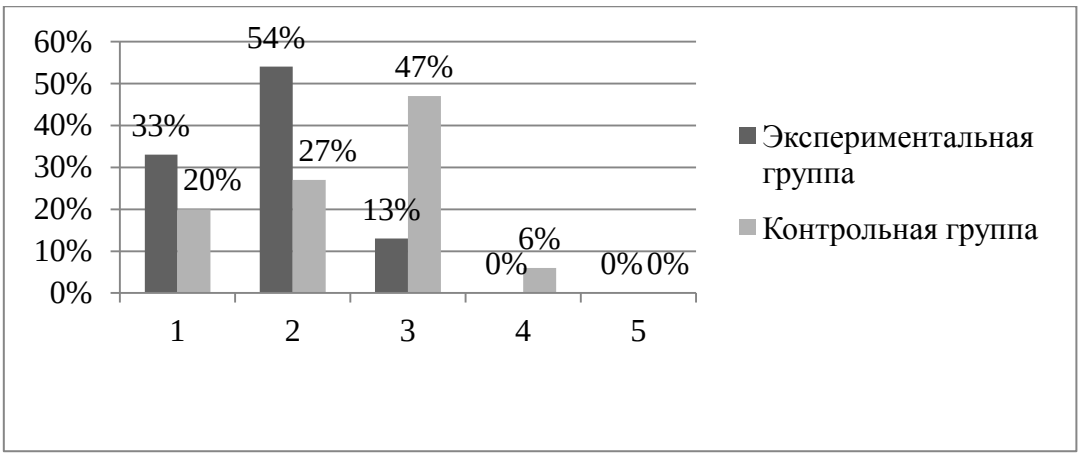


Рисунок 2 - Сравнительный анализ результатов теста "Нервно - Психическая адаптация"

У пациентов экспериментальной группы уровень нервно – психической адаптации значительно выше, чем у пациентов контрольной группы. Так основная часть пациентов экспериментальной группы относятся ко 2 группе - практически здоровые пациенты с благоприятными прогностическими признаками – 8 пациентов (54%), а пациенты контрольной группы относятся к 3 группе - практически здоровые пациенты с неблагоприятными прогностическими признаками – 7 пациентов (47%). Следовательно, пациенты контрольной группы имеют удовлетворительную адаптацию, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью, в отличие от экспериментальной группы, и соответственно процесс социализации осложнен.

Сравнительный анализ результатов методики «Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера»:

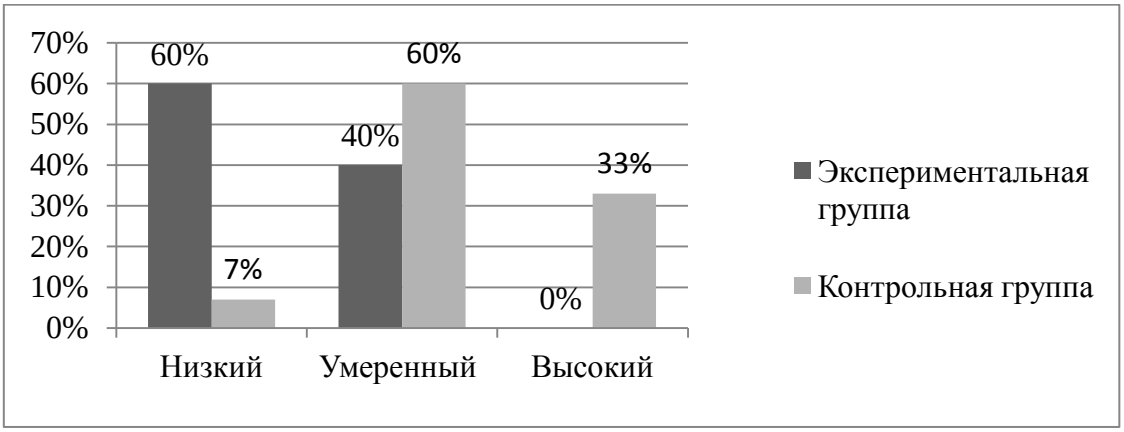


Рисунок 3 - Показатели сравнительного анализа реактивной тревожности

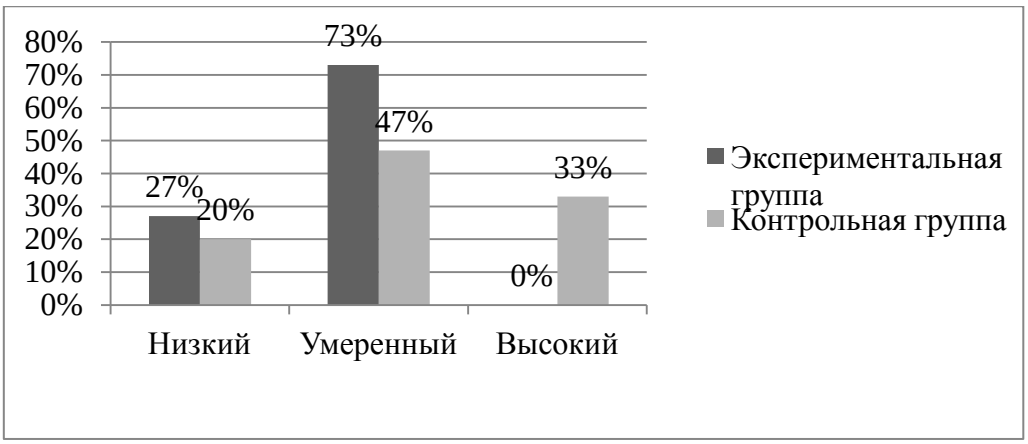


Рисунок 4 – Показатели сравнительного анализа личностной тревожности

Следует отметить, что тревожность присутствует в обеих группах, но в разной степени проявления. В экспериментальной группе уровень реактивной и личностной тревожности значительно ниже, чем в контрольной группе. Большинство пациентов экспериментальной группе имеют низкий уровень реактивной тревожности – 9 пациентов. В контрольной группе большинство пациентов имеют умеренный уровень реактивной тревожности – 9 пациентов. В экспериментальной группе личностная тревожность у большинства пациентов имеет умеренный уровень – 11 пациентов. В контрольной группе, 5 пациентов имеют высокий уровень личностной тревожности и 7 пациентов – умеренный уровень.

Таким образом, с помощью сравнительного анализа результатов исследования, можно сделать вывод о том, что результаты экспериментальной и контрольной групп различны, но, исходя из того что, пациенты находились на одинаковом медицинском лечении, можно предполагать, что на успешную реабилитацию пациентов экспериментальной группы оказало влияние психологическое сопровождение. Для подтверждения выводов и сравнительного анализа данных следует произвести математическую обработку результатов.

Результаты сравнительного математического анализа компонентов качества жизни пациентов экспериментальной и контрольной групп показали, что различия в показателях - интенсивность боли и социальное функционирование статистически значимы.

Итак, подводя итоги, следует отметить, что все исследуемые показатели экспериментальной группы выше, чем контрольной. На эффективную реабилитацию пациентов с сосудистой патологией оказало влияние психологическое сопровождение. Все компоненты качества жизни улучшились, снизился уровень тревожности, и улучшились адаптационные возможности пациентов в ситуации тяжелых заболеваний. Положительный терапевтический эффект просматривается с помощью качественного и количественного анализа данных. Поставленная гипотеза исследования доказана. Специально разработанная

программа, направленная на диагностику и психологическую коррекцию факторов риска расстройств личностной адаптации пациентов с сосудистой патологией, является эффективной и оказывает влияние на основные компоненты качества жизни пациентов в плане их улучшения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вардосанидзе, С.Л., Жане, А.К.. Восканян, Ю.Э., Гаспарян, М.В. Качество медицинской помощи и индустриальные технологии при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей. // Кубанский научный медицинский вестник. 2007. № 4 – 5 . С. 39 – 41.
2. Медведев В.Э. Профилатика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. — 2012. — №3. — С. 1.
3. Сысоева Н.Ю. Психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. - М.: изд-во МГУ, 1992. - 192 с.

УДК 616

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ФИТНЕС-ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УСТОЙЧИВОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НОРИЛЬСКОГО ЗАПОЛЯРЬЯ

В.А. Дубровин

Муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа №45» Красноярский край город Норильск, Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, норильский филиал,

к.п.н., член-корреспондент МАНПО, учитель высшей категории

Аннотация.

В работе представлен материал с позиций системного подхода, комплексного медико-биологического анализа, с учетом возрастных морфофункциональных особенностей организма рассматривается проблема детей проживающих в условиях Крайнего Севера, классификация средств и методов фитнес - технологий с учетом сезонной периодики

(полярная ночь и полярный день). Дается психофизиологическое обоснование средств фитнес-технологий для детей среднего школьного возраста.

Введение. Одним из приоритетных направлений формирования и укрепления здоровья нации служит процесс физического воспитания подрастающего поколения, ориентированный на укрепление здоровья, повышение уровня адаптационных возможностей, улучшение функционального и психофизического состояния детей.

Особенно это касается школьников, проживающих в регионах с экстремальным климатом. Распространяющееся загрязнение окружающей среды затрагивает обширные территории России, включая считавшиеся эталоном благополучия Заполярье и Крайний Север. Однако главными факторами, в комплексе отрицательно влияющими на нервно-психические функции, дыхательную, сердечно-сосудистую и другие системы учащихся являются экстремальные природно-климатические, физические условия (полярная ночь и полярный день), дополняемые гипокинезией и интеллектуальными перегрузками [1].

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года определена роль физической культуры и спорта в развитии и формировании человеческого потенциала страны.

Состояние проблемы. Анализ научных исследований в области теории и методики физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры показывает, что в течение последнего десятилетия имеет место неудовлетворённость традиционными занятиями физической культурой в общеобразовательных учреждениях. Это сказывается на потере интереса детей, а также на понижении уровня их физической подготовленности и функционального состояния [2].

Несмотря на целый ряд научных исследований, посвященных совершенствованию процесса физического воспитания школьников, до сих пор, по мнению В. П. Лукьяненко, А.Т. Паршикова, О.П. Панфилова, В.А. Дубровина и др., кардинальных изменений в решении этой проблемы не произошло.

В связи с этим актуальным является поиск эффективных путей оздоровления и физического развития школьников, повышения уровня адаптационных возможностей, приобщения к здоровому образу жизни - это включение в программу по физической культуре в школе (в содержание третьего урока), инновационных фитнес-технологий - это современные комплексные физкультурно-оздоровительные направления и системы физических упражнений: ритмопластическая, релаксационная, фитбол, стретчинг гимнастика, аэробика и её разновидности, бодифлекс, пилатес, калланетика и др., направленные на физическое совершенствование всех слоёв населения, повышение и

поддержание умственной и физической работоспособности в повседневной учебной и трудовой деятельности, формирование физической и спортивной культуры[3].

Цель исследования:Научно-экспериментальное обоснование инновационных фитнес-технологий обеспечивающих устойчивую адаптацию школьников проживающих в условиях Норильского Заполярья.

Объект исследования:Функциональное и психофизическое состояние учащихся среднего школьного возраста Норильского Заполярья.

Предмет исследования: Средства и методы фитнес-технологий направленных на повышение уровня адаптационных возможностей детей среднего школьного возраста проживающих в условиях Крайнего Севера.

Задачи исследования:

1.Осуществить анализ научно-методической литературы и исследовать особенности проживания детей в условиях Крайнего Севера;

2.Определить антропофизизическое и функциональное состояние детей проживающих в условиях Крайнего Севера;

3.Эффективность влияния использования инновационных фитнес-технологий на организм детей среднего школьного возраста проживающих в Норильском Заполярье.

Гипотеза исследований: Предполагается, что применение инновационных фитнес-технологий в соответствии с физическим и функциональным состоянием и учетом сезонной периодики природно-климатических условий Крайнего Севера, будут способствовать развитию устойчивой адаптации детей Норильского Заполярья.

Методы исследования:

1.Теоретические методы анализа, сравнения и обобщения;

2.Методы педагогического исследования: а) педагогическое наблюдение; б) контрольное тестирование; в) педагогический эксперимент;

3.Медико-биологические методы исследования: физиологические методы (определение АД max, min, ЧСС в покое, после нагрузке, проба Мартинэ);

4.Методы математической статистики.

Организация исследования.Комплексные экспериментальные исследования осуществлялись с 2013 по 2014 г. В них приняли участие 252 учащихся в возрасте 10-11 лег из общеобразовательных школ районов Талнах, Кайеркан города Норильска.

Исходя из вышеизложенного, предполагалось путем реализации новых методических подходов к планированию физического воспитания учащихся основной школы, учитывающих влияние основных природно-климатических факторов сезонной периодики на физическое, функциональное состояние среднего школьного возраста, создать

педагогически обоснованные условия для совершенствования учебно-воспитательного процесса.

При разработке инновационных фитнес-технологий в учебно-воспитательном процессе мы руководствовались положениями и научными разработками представителей педагогической науки, научно-методическими концепциями отечественных и зарубежных ученых [2, 3, 4, 5 и др.].

При внедрении разработанной нами системы средств и методов фитнес-технологий для среднего школьного возраста, мы исходили из конкретных педагогических условий. Использовали такие методические подходы, которые по нашему мнению должны более эффективно, по сравнению с существующими методами, повлиять на антропофизическое развитие и функциональное состояние детей. Тем самым создавались предпосылки осознанного активного отношения к своему здоровью [5].

В связи с этим были разработаны и внедрены в ряде общеобразовательных школ Норильского промышленного района в качестве вариативного компонента комплексы упражнений с учетом сезонной периодики (полярная ночь, полярный день), включающие различные виды (ритмопластической, релаксационной, психорегулирующей, фитбол, стретчинг гимнастики, аэробики и её разновидности, пилатес, калланетики), дыхательные упражнения, глазодвигательная, пальчиковая гимнастика, приемы самомассажа, направленные на физическое совершенствование всех слоёв населения, повышение и поддержание умственной и физической работоспособности в повседневной учебной и трудовой деятельности, формирование физической и спортивной культуры [4].

Данные инновационные средства, в зависимости от направленности, были рассредоточены по соответствующим блокам.

Первый блок - период по данным Арктического института (нормальная смена дня и ночи) с 16 сентября – 30 ноября. Были разработаны такие средства, которые были направлены на совершенствование аэробных и анаэробных возможностей организма детей. По нашему мнению набор таких средств обеспечивал адаптацию. Дети после каникулярного отдыха из местности с более жарким климатом проходили период реадаптации (привыкание к старым условиям). В этот реадаптационный процесс отводилось 30 % времени и соответственно средств физической культуры на дыхательные упражнения (нагрузочного и восстанавливающего типа); на базе существующих программ по физическому воспитанию включались элементы латиноамериканских танцев, пальчиковая, релаксационная, глазодвигательная, фитбол гимнастика, самомассаж;

Второй блок: период с 30 ноября по 13 января (вход в полярную ночь). Основными задачами этого периода было повышение тонуса физического и функционального состояния

и повышение физической активности детей, 40% времени и средств фитнес-технологий включали в себя: дыхательные упражнения (активизирующего типа), танцевальная аэробика, степ-аэробика, элементы латиноамериканских танцев, глазодвигательная, психорегулирующая гимнастика и т. д.

В актированные дни, (учащиеся не могут посещать школу в виду погодных условий), они занимались физической культурой в соответствии с заданием, полученным от учителя физической культуры (дыхательные упражнения, активизирующий тип дыхания).

В 3 блок - с 13 января по 23 марта (выход из полярной ночи). В этот период у детей проявляется гиперактивность: дети очень возбуждены и находятся в состоянии повышенной двигательной активности и невнимательности, импульсивности поведения. Чтобы снять отрицательное явление, мы применяли упражнения с релаксирующей направленностью способствующие снижению психоэмоционального напряжения, в то же время, активизируя функцию сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и мышечной систем. К средствам фитнес-технологий специальной направленности 40% времени, основными являлись: дыхательные упражненияуспокаивающего характера, релаксационная, стретчинг гимнастика, пилатес, калланетика, элементы ритмопластических форм гимнастики для снятия возбуждения.

Четвертый блок - с 23 марта по 25 июня: с 23 марта по 26 апреля (вечерние сумерки переходят в утренние, тёмной ночи нет), с 26 апреля по 18 мая (белые ночи); с 25 мая по 25 июня (полярный день) характеризовались значительным пролонгированным напряжением ввиду изменения фотопериодичности, связанного с тем, что вечерние сумерки переходили в утренние, темной ночи не было, белые ночи переходили в полярный день. Из средств упражнений специальной направленности 40 % времени, основными являлись: дыхательные упражнения, самомассаж (общий), фитбол, стретчинг - гимнастики, релаксационного и успокаивающего характера, а также некоторые элементы ритмопластических видов гимнастики, направленность которых определяется функциональным состоянием учащихся.

Для придания соответствующего ритма занятиям, в подготовительной части урока звучала ритмичная, улучшающая настроение музыка. В заключительной части успокаивающая музыка. Из арсенала двигательных средств использовались преимущественно современные танцы, различные виды и формы нетрадиционной гимнастики, музыкально – ритмические упражнения [3,4].

Результаты и обсуждение.По параметрам окружности грудной клетки произошли существенные изменения в сторону увеличения этого показателя у девочек и мальчиков экспериментальной группы. В данных динамометрии левой руки произошли существенные изменения в пользу экспериментальной группы девочек и мальчиков. В контрольной группе девочек этот показатель ухудшился на 1,0 кг (t=0,7), тогда как у девочек экспериментальной

группы он увеличился на 2,3 кг (t=3,8). У мальчиков контрольной группы увеличение было незначительным, в экспериментальной группе увеличение составило 2,4 кг (t=4,0). Аналогичным образом изменилась сила правой кисти.

Таким образом, статистически значимое увеличение по ряду параметров физического развития в экспериментальной группе свидетельствует об эффективности предлагаемых средств и методов фитнес-технологий, обеспечивающих развитие и укрепление здоровья школьников Норильского региона.

Проведение степ-теста позволило характеризовать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, способность организма к работе на выносливость. Физическая работоспособность у девочек контрольной группы имела тенденцию к снижению с 512,7 ± 27,7 ед. до 461,5 ± 30,0 ед. в конце эксперимента ($p>0,05$). У девочек экспериментальной группы произошел прирост по сравнению с исходным уровнем с 478,4 ± 29,2 ед. до 552,5 ± 18,4 ед., что подтверждается t-критерием Стьюдента (t=2,16). Показатель физической работоспособности у мальчиков экспериментальной группы улучшился по сравнению с исходным уровнем с 527,5 ± 20,8 ед. до 661,8 ± 23,65 ед. ($p<0,01$). Различия между группами подтверждаются t-критерием Стьюдента (t=2,3).

В течение наблюдаемого периода в обеих группах повышается систолическое давление. В контрольной группе оно существенно превысило исходный уровень – с 89,2 ± 0,7 мм рт. ст. до 94,6 ± 0,7 мм рт. ст. ($p<0,01$). В экспериментальной группе повышение было несущественным – с 88,1 ± 1,1 мм рт. ст. до 89,1 ± 0,8 мм рт. ст. Аналогичный характер носили изменения в показателях диастолического давления, ЧСС. Это же подтверждается данными пробы Мартинэ, при которой в контрольной группе отмечено, увеличения ЧСС, в экспериментальной – существенное снижение ($p<0,01$), что свидетельствует о более предпочтительных адаптационных изменениях сердечно-сосудистой системы в этих условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян, Н.А. Человеку жить всюду. – М.: Сов. Россия, 1982. – 304 с.

2. Аэробика. Теория и методика проведения занятий [Текст]: учебное пособие для студентов физической культуры / Под ред. Е. Б. Мякинченко и М. П. Шестакова. – М.: Спорт Академ Пресс, 2002. – 304 с.

3. Дубровин, В.А. Системный подход в проектировании и реализации здоровьесберегающих технологий физического воспитания школьников в зависимости от

сезонных периодов Норильского Заполярья // Культура физическая и здоровье. Научно-методический журнал. – Воронеж, 2013. - № 4(46) – С. 90-96.

4. Дубровин, В.А., Панфилов, О.П. Адаптационно-оздоровительная направленность средств и методов физического воспитания школьников Заполярья: Научно-методическое пособие для учителей физического воспитания и специалистов образовательных и других учреждений, деятельность которых связана с проблемой адаптации к среде обитания / В.А. Дубровин, О.П. Панфилов; Под общ. ред. д-ра биол. наук, проф. О.П. Панфилова. – Тула: Изд-во Тул. гос. пед. ун-та им. Л.Н. Толстого, 2005. – 71 с.

5. Дубровин, В.А. Подготовка учителя физической культуры к инновационной деятельности в образовательном процессе как фактор обеспечения среды, сохраняющей здоровье // Наука и образование как ресурс развития территории / Материалы региональной научно-практической конференции (7 апреля 2007 г.). Международная академия наук педагогического образования. Филиал ГОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет имени В.П. Астафьева» в городе Норильске, КГОУ ДПО «Норильский институт повышения квалификации»: Красноярск, 2007. – С. 126-131.

УДК 616-006-052:613.84

ОЦЕНКА РИСКОВ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАТРАТ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Т.А. Дугина, К.С. Подголов, О.И. Сыч

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 Добрецова Е.А., орд. Короткова К.М.

Ежегодно в мире выявляют 10 млн. новых больных злокачественными опухолями и 6 млн. человек умирают от них [2]. Самый распространенный из доказанных источников канцерогенов для человека – табачные изделия. Получены данные о том, что курение нейтрализует профилактическое и антиканцерогенное действие антиоксидантов, снижает эффективность химиотерапии и выживаемость больных. Исследования, проведенные крупнейшими медицинскими и научными учреждениями мира, позволили не только выявить

зависимость между курением и раком легкого, но и научно обосновать роль табака, как основного этиологического фактора в развитии бронхолегочной карциномы [3].

По данным глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в России курит 60,7% мужчин и 21,7% женщин [9]. В большинстве эпидемиологических когортных исследований отмечена дозовая зависимость между возрастом начала курения, длительностью курения, количеством сигарет, выкуриваемых в день, и показателем относительного риска (RR) [4]. У мужчин, куривших в прошлом, RRбыл значительно ниже, чем у мужчин, продолжавших курить. С ростом количества сигарет, выкуриваемых в день, растет и показатель кумулятивного риска, т.е. вероятность заболевания в течение жизни [7].

В России курение служит причиной 90% всех случаев рака легкого у мужчин [1]. Отказ от курения приводит к постепенному снижению риска рака легкого. У российских мужчин, отказавшихся от курения в возрасте 60 лет и старше, кумулятивный риск ниже (10,3), чем у мужчин, продолжающих курить (14,6). Кумулятивный риск снижается и по мере уменьшения возраста отказа от курения [7]. У российских женщин число случаев рака легкого, ассоциированного с курением, пока невелико. Это связано с тем, что для реализации канцерогенного эффекта требуется 20–25-летний латентный период, а женщины в России в своей массе начали курить значительно позже мужчин. Однако рост числа курящих женщин в нашей стране приведет к росту заболеваемости и смертности от рака легкого. В результате проведенного в Москве исследования «случай-контроль» показано, что у некурящих женщин, мужья которых курят, риск рака легкого статистически значимо повышен. Пассивное курение повышает риск рака легкого у никогда не куривших людей, однако значение такого риска ниже, чем уровень риска, связанного с активным курением. По данным Всемирного исследования курения среди молодежи в России курят 9% юношей и 6% девушек в возрасте 13-15 лет. Кроме того, 55% подростков подвергаются воздействию пассивного курения дома и 73% – в общественных местах [1, 4].

В мире накоплен значимый опыт оценки затрат здравоохранения, ассоциированных с курением [5]. В последние годы крупные медицинские страховые компании стали проводить анализ ассоциированных с курением затрат для планирования профилактических программ.

Цель: Определить распространенность курения среди пациентов, находящихся на лечении в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», оценить риски и экономические затраты, ассоциированные с курением исследуемой группы.

Задачи:

1. Выявить долю курящих пациентов, находящихся на лечении в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» по поводу различных онкологических заболеваний.

2. Определить относительный риск развития онкологических заболеваний под влиянием фактора курения и популяционный атрибутивный риск, связанный с курением.

3. Оценить экономические затраты на лечение пациентов с онкологией различной локализации, кроме того дополнительные затраты на лечение курящих пациентов.

В исследовании приняли участие 389 пациентов КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Предметом исследования явилось влияние фактора курения пациента на развитие онкологических заболеваний, в общем, и рака легкого, в частности, а также ассоциированные с курением экономические затраты. Нами была разработана анкета, которая включала в себя паспортную часть, блок вопросов, касающихся активного курения, пассивного курения, и данные МКБ. Для исследования использовались следующие методы: анкетирование и опрос пациентов; статистическая обработка данных с помощью пакета программ MS Excel; расчет индекса курильщика, выраженного в пачках/лет (ИПЛ) по формуле: (кол-во лет курения)*(кол-во выкуриваемых сигарет в день)/20; расчет относительного риска (RR) по формуле: (a/A)/(c/B), где a – число курящих пациентов, A – число курящих в популяции, c – число некурящих пациентов, B - число некурящих в популяции; расчет популяционного атрибутивного риска (PAR) по формуле: [(p0+p1*RR)-1]/[p0+p1*RR], где p0 – доля некурящих в популяции, p1 – доля курящих в популяции в настоящее время, RR – относительный риск заболеваний у курящих по сравнению с некурящими; расчет экономических затрат, связанных с курением [3]. Для расчетов были использованы данные популяционного исследования Красноярского края в рамках программы GARD на 15721 анкетируемых, согласно которым: 10267 – лица некурящие и без онкологических заболеваний, 5454 – лица курящие и без онкологических заболеваний; распространенность курения в 2013 году по Красноярскому краю – 33,4% [8].

Результаты:

По результатам нашего исследования получено, что доля активных курильщиков и людей, бросивших курить, среди пациентов с онкологической патологией составляет (50,6±2,5)%. А среди пациентов с диагнозом рак легкого доля активных курильщиков составила (83,3±8,8)%. Столь высокий процент курильщиков свидетельствует о непонимании важности отказа от курения при данной патологии.

Из опрошенных нами активных курильщиков (41,89±5,74)% планируют бросить курить. Не исключают возможность бросить курить в ближайшее время (24,32±4,99)% опрошенных, а (13,51±3,97)% не хотят бросать курить.

Пассивными курильщиками себя считают (32,39±2,37)% опрошенных. (55,56±4,43)% отмечают, что им ежедневно приходится вдыхать воздух, загрязненный табачным дымом. Среди пациентов с диагнозом рак легких (38,89±11,49)% считают себя пассивными курильщиками, из них (57,14±18,7)% вдыхают загрязненный воздух ежедневно.

Анализируя вопросы анкеты, нами был произведен расчет индекса курильщика, выраженного в пачках/лет (ИПЛ). Данный показатель отражает интенсивность курения в течение жизни. Из всех опрошенных пациентов ИПЛ>10 у (66,5±3,5)% активных курильщиков и людей бросивших курить (с онкологическим диагнозом кроме рака легкого), а у пациентов с диагнозом рак легкого ИПЛ>10 у (80,0±10,3)%. Величина данного индекса более 10 является достоверным фактором риска развития онкологии [6].

Таблица 1 – Наличие или отсутствие онкологии (кроме рака легкого) у жителей в зависимости от влияния курения

	Наличие онкологии	Отсутствие онкологии	Всего
Курильщик	182 (a)	5454 (b)	5636 (a+b)
Некурящий	189 (c)	10267 (d)	10456 (c+d)
Всего	371	15721	16092

Нами также был произведен расчет относительного риска развития онкологии при курении. Относительный риск является отношением риска возникновения онкологии у лиц, подвергшихся воздействию фактора курения, по отношению к контрольной группе.

Относительный риск (RR) = [a/(a+b)] / [c/(c+d)]

RR = [a/(a+b)] / [c/(c+d)]= [182/(182+5454)] / [189/(189+10267)]=1,8

Таблица 2 – Наличие или отсутствие рака легкого у жителей в зависимости от влияния курения

	Наличие	Отсутствие	Всего
Курильщик	15 (a)	5454 (b)	5469 (a+b)
Некурящий	3 (c)	10267 (d)	10270 (c+d)
Всего	18	15721	15739

RR = [a/(a+b)] / [c/(c+d)]= [15/(15+5454)] / [3/(3+10267)]=9,4

На основании результатов собственного исследования относительный риск составил 1,8 при онкологии различных локализаций (кроме рака легкого) (Таблица 1) и 9,4 при раке легкого (Таблица 2).

Далее был рассчитан PAR при курении по формуле, приведенной выше. Этот показатель отражает дополнительную заболеваемость в популяции, связанную с фактором риска. Для онкологических заболеваний всех локализаций, кроме рака легкого, PAR равен 21,1%, в то время как PAR рака легкого составил 73,7 %.

Для оценки экономических затрат, обусловленных курением, нами были запрошены данные КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» о расходах на госпитализацию онкологических больных.Экономические затраты на госпитализацию пациентов с раком легкого составили 37,4 млн. руб. в год, а на пациентов с онкологией других локализаций – 529,3 млн. руб. в год. С учетом рассчитанного нами PAR при курении как для рака легкого, так и для онкологии других локализаций, дополнительные затраты на лечение курящих больных составили 27,6 млн. руб. в год при раке легкого и 111,1 млн. руб. в год при других онкологических заболеваниях.

Выводы:

3. Выявлена доля курящих пациентов, находящихся на лечении в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» по поводу различных онкологических заболеваний. (50,6±2,5)% – доля активных курильщиков и людей, бросивших курить, среди пациентов с онкологическими диагнозами кроме рака легкого. Среди пациентов с диагнозом рак легкого доля активных курильщиков составила (83,3±8,8)%.

4. Определен относительный риск развития онкологических заболеваний, под влиянием фактора курения, а также популяционный атрибутивный риск, связанный с курением. Относительный риск возникновения рака легкого у курящих по сравнению с некурящими составил 9,4; PAR составил 73,7 %.

5. Оценены экономические затраты на лечение пациентов с онкологией различной локализации, кроме того произведен расчет дополнительных затрат на лечение курящих пациентов. Экономические затраты на госпитализацию пациентов с раком легкого составили 37,4 млн. руб. в год, из них 27,6 млн. руб. – дополнительные затраты, обусловленные влиянием фактора курения. Экономические затраты на госпитализацию пациентов с онкологическими заболеваниями других локализаций составили 529,3 млн. руб. в год, из них 111,1 млн. руб. обусловлены влиянием фактора курения. Таким образом, обусловленных курением затрат в общей сумме 138,7 млн. руб. в год можно было избежать, проводя эффективную профилактику курения среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заридзе, Д. Г. Профилактика рака. Руководство для врачей / Д. Г.Заридзе. – М., 2009. – 224 с.

2. Каприн, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. – М., 2014. – 235 с.

3. Концевая, А. В. Затраты системы здравоохранения России, ассоциированные с курением/ А. В. Концевая, А. М. Калинина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – № 7(3). – С. 306-312.

4. Нидюлин, В. А. Об эпидемиологии рака легких / В. А. Нидюлин, Б. В. Эрдниева // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 1(4). – С. 66-71.

5. Оценка затрат системы здравоохранения Красноярского края, обусловленных заболеваниями, ассоциированными с табакокурением / А. В. Шульмин, В. В. Козлов, О. Ю. Кутумоваи др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 4. – С.74-77.

6. Оценка затрат системы здравоохранения Красноярского края, связанных с табакоассоциированными заболеваниями, с использованием методики расчета относительного и популяционного атрибутивного рисков / А. В. Шульмин, О. Ю. Кутумова, В. В. Козлов и др. // Профилактическая медицина. – 2013, Том 16, № 2(2). – С.152-153.

7. Риски и их оценка в медико-биологических исследованиях: методические рекомендации / С. А. Максимов, С. Ф. Зинчук, Е. А. Давыдова, В. Г. Зинчук. – Кемерово, 2010. – С.7-14.

8. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Russian Federation 2009 Country Report.– С.18.

9. WHO: The Global Alliance against Respiratory Diseases (GARD) Russian Federation 2013 Country Report. – С.6.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Д.А.Думлер, Е.И.Стоянова

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к.пс.н., преподаватель Стоянова Е.И.

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)[4]. 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.

Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего имеется ввиду то, что он пережил что-то ужасное, и у него имеются некоторые из специфических симптомов, есть послестрессовые последствия. ПТСР возникает вследствие травматических ситуаций. Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием на личность и группы людей. Это ситуации явной и сильной угрозы, требующие от человека экстраординарных усилий по совладанию с последствиями резко отрицательного воздействия на него и/или окружающих его людей. Травматические ситуации имеют форму выходящих за рамки повседневного опыта событий и кардинально отличаются от типичных классов ситуаций социально-профессионального взаимодействия людей. В травматической ситуации человек (группа людей) подвергается экстремальному, интенсивному, чрезвычайному воздействию, – выражающемуся в угрозе для жизни или здоровья как самого человека, так близких ему (значимых для него) людей. Травматические ситуации являются для людей чрезвычайно мощными негативными стрессорами.

В настоящее время в России и за рубежом опубликовано значительное число работ, посвященных психическим последствиям боевых действий. Однако, большинство данных исследований посвящены непосредственным участникам военных действий. В России это, в основном, работы, описывающие психические последствия у участников войны в Афганистане, (Знаков В.В.,1989; Якушкин Н.В., Алексеева Д.А. и др., 1990; Воробьев А.И.,1991; Снедков Е.В., 1992; Краснянский А.Н., 1993,1998; Хохлов Л.К., 1998; Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., 1992; Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., 1996; Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф., 1999; и др.), а также исследования, изучающие психическое состояние участников войны в Чечне (Морозов В.М., Булыко В.И, Рустанович А.В., Козаченко В.В., 1997; Довгополюк А.Б., 1997; Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б., 1998; Рустанович А.В., 1998; Короткова Н.В., 2000; Крылов К.Е., 2000; Авдеенок Л.Н., 2001;Алтухов Н.И., 2001; Куксова Н.А., Боев О.И.,

Кобрянова И.В., 2001; Литвинцев С.В., Давыдов А.Т., Снедков Е.В., Шамрей В.К., 2001; Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Софронов А.Г., 2001; Труфанова О.К., 2001 и др.). Среди зарубежных исследований наиболее многочисленны работы американских исследователей по посттравматическим стрессовым расстройствам у вьетнамских комбатантов (Horowitz M. J., Solomon T. F., 1978; Egendorf A. I., 1982; Keane T. M., Zimering R. T., Caddell J. I., 1985; Boulander G., Kadushin C.,1986; Davidson L. M., Baum A., 1986; и др.). По мнению зарубежных авторов, существует множество и других факторов, влияющих на возникновение ПТСР. V. Charlot, H. Giover, J.O. Buchbinder (1980) особо выделяют такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими [5].

При описании клинической картины посттравматического стрессового расстройства подчеркивается, что у больных отмечаются хроническое чувство отчуждения от других людей, отсутствие реакции на окружающее, ангедония, повышенная вегетативная возбудимость, бессонница. Эмоциональность больных характеризуется притупленностью, «оцепенелостью». Они страдают навязчивыми воспоминаниями о психотравмирующей ситуации, в том числе в форме ночных кошмаров. Все многочисленные проявления навязчивостей можно свести к двум видам навязчивостей (и они могут сочетаться) – это «навязчивость прошлого» и «навязчивость будущего», т.е. не вполне осознаваемое, часто беспричинное предвиденье психотравмирующих событий аналогичных тем, что были. Больные боятся и избегают всего, что напоминает о пережитой ими психической травме. В подобных ситуациях у них могут возникать острые вспышки страха, паники или агрессии. Указывается также частота симптомов тревоги и депрессии. Как «осложняющий фактор» рассматривается избыточное употребление алкоголя или наркотиков. Следует помнить, что реальная клиническая картина посттравматического стрессового расстройства, естественно, может быть значительно богаче. Результаты теоретического исследования послужили основой реализации эмпирического исследования. Цель работы заключалась в исследовании эмоциональной сферы пациентов с ПТСР. Настоящая цель предполагает решение следующих задач: провести теоретический обзор научной литературы по исследуемой проблеме; определить специфику эмоциональной сферы пациентов, а именно активность, самочувствие, настроение, тревожность.

Методами исследования выступили:анализ и обобщение научной и методической литературы по теме исследования, опросник «Спилберга-Ханина», опросник «Самочувствие, активность, настроение» количественный и качественный анализ эмпирических данных.

Полученные данные составили «сырые», первичные данные по методике «САН» отражены на рис 1.

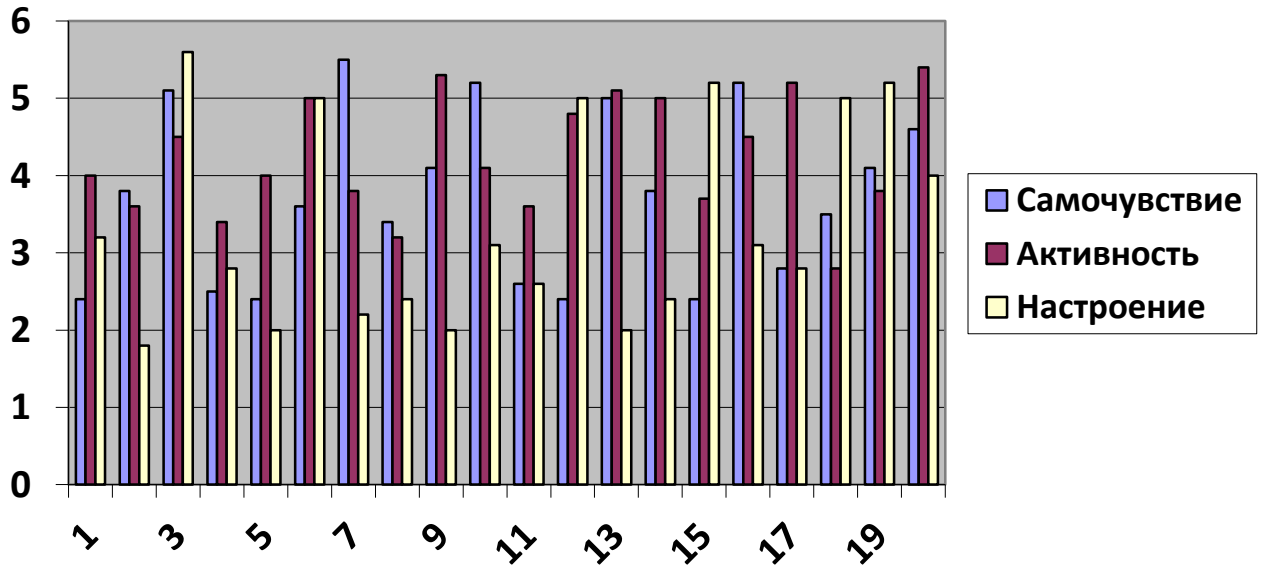


Рис.-1 Распределение значений у пациентов с ПТСР по самочувствию, активности и настроению.

Опираясь на данные диаграммы 1, 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.

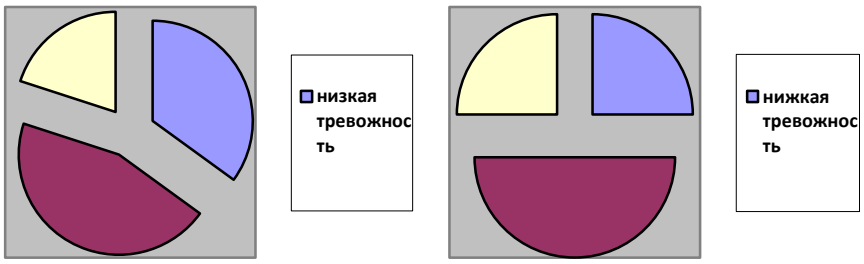


Рисунок 2 – Ситуативная (реактивная) тревога. Рис. 3 – Личностная тревожность.

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 веер ситуаций как угрожающие (тенденция избегания).

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Перспективой исследовании заключается в разработке специальной программы направленной на стабилизацию эмоционального состояния пациентов и поиск новых методов работы с данной категорией 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 615.21-099:616.853

СТРУКТУРА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПРИЕМОМ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Н.Е. Дутова, А.Е. Веселов

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ, Красноярск

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, к.м.н. Е.Н. Бочанова

Основная цель лечения эпилепсии – достижение полного исчезновения приступов (контроля над приступами) при отсутствии клинически значимых побочных эффектов [1].

Под НЛЯ подразумевают любое неблагоприятное явление, которое развивается в момент клинического использования лекарственного препарата и не относится к его заведомо ожидаемым терапевтическим эффектам [2].

Существует несколько подходов к классификации НЛЯ. Одна из классификаций предусматривает выделение двух типов НЛЯ: тип А (фармакологические реакции), тип В (идиосинкразия). НЛЯ типа А встречаются значительно чаще; на их долю приходится около 80% всех случаев НЛЯ [Einarson T.R., 1993]. Они развиваются или вследствие усиления первичного фармакологического эффекта препарата (например, брадикардия и нарушение атриовентрикулярной проводимости при применении карбамазепина), или вследствие вторичных фармакологических эффектов, которые не являются целью лечения, однако легко прогнозируются и вытекают из особенностей фармакодинамики/фармакокинетики лекарства (например, ожирение при лечении вальпроатами). Эти НЛЯ дозозависимы и поэтому уменьшаются или исчезают при снижении дозы препарата или его отмене. К НЛЯ типа В относятся непредвиденные НЛЯ, развитие которых невозможно предсказать, исходя только из особенностей фармакокинетики/фармакодинамики лекарственного вещества. Считается, что многие НЛЯ типа В генетически детерминированы (фармакогенетика). Кроме того, в реакции идиосинкразии вовлекается иммунная система [3].

По некоторым данным наиболее частыми побочными реакциями всех противоэпилептических средств, являются нарушения со стороны центральной нервной системы: седативный эффект, расстройства сна и координации движений, головокружение, когнитивные расстройства и др.

Цель: Изучение частоты и структуры нежелательных лекарственных реакций, ассоциированных с приемом противоэпилептических препаратов.

Материалы и методы: В исследование включены 2000 карт пациентов, страдающих эпилепсией и принимающих противоэпилептические препараты (ПЭП), обращавшихся за неврологической помощью в период с 2009 года по 2014 гг. Среди них у 288 пациента зарегистрированы нежелательные лекарственные реакции, у 271 пациента НЛР ассоциированы с приемом ПЭП. *Критерии включения*: мужской и женский пол, дети и взрослые возрастом от 1 года до 79 лет, зарегистрированные нежелательные лекарственные реакции (НЛР) как на прием ПЭП, так и других препаратов по поводу сопутствующих заболеваний. *Критерии исключения*: отсутствие зарегистрированных НЛР в диагнозе и отсутствие заполненного извещения на НЛР.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7.0 [StatSoft, USA], SPSS 22.0.

Характеристика общей выборки: жители г. Красноярска – 137 человек (50,5%), Красноярского края – 84 человека (31%), других городов Российской Федерации – 49 человек (18,1%), граждане других стран – 1 человек (0,4%).

— Дети от периода новорожденности до 13 лет 11 мес. – 52/271 (19,2%) человек.

— Юношеский возраст (от 14 лет до 20 лет 11 мес.) - 37/271 (13,7%) человек.

— Взрослые возрастом от 21 года и старше - 182/271 (67,1%) человек.

Также учитывались результаты следующих лабораторных исследований: терапевтического лекарственного мониторинга и фармакогенетического тестирования.

Результаты исследования: Общая выборка пациентов составила 271 человек в возрасте от 1 до 79 лет, медиана возраста – 25 [18; 32] лет, в том числе: 115 (42,4%) лиц мужского пола и 156 (57,6%) лиц женского пола.

Группы ПЭП, вызвавшие НЛР представлены: вальпроаты – 70%, топираматы – 12%, карбамазепины - 7%, леветирацетамы – 5%, барбитураты – 3%, окскарбамазепины - 1,9%, ламотриджины - 1%, этосуксемид – 0,1%.

Пациенты, имеющие НЛР со стороны одной системы органов составили 147/271 (54%) пациентов, со стороны двух систем – 88/271 (32,5%), со стороны трех систем и более – 36/271 (13,5%).

Нежелательные лекарственные реакции со стороны различных органов и систем: со стороны нервной системы – 30%, со стороны эндокринной системы – 18%, со стороны кожи и ее придатков – 16%, со стороны желудочно-кишечного тракта – 15%, со стороны репродуктивной системы – 8%, со стороны кроветворной системы – 7% со стороны мочевыделительной системы – 3,5%, со стороны сердечно-сосудистой системы – 2,5%.

В структуре НЛР со стороны нервной системы 24% представлены энцефалопатией, 20% - аггравация приступов, 16% - тремор пальцев и кистей рук, 15% - когнитивные нарушения, 13% - нарушения сна, 6% - эмоционально-волевые и поведенческие расстройства, 6% - другие НЛР (атаксия, полинейропатия, синдром Ландольта, отек мозга, расстройства вегетативной нервной системы, крампи).

В структуре НЛР со сторны эндокринной системы: 78% - повышение массы тела, 14% - повышение аппетита, 7% - снижение массы тела, 1% - снижение аппетита.

НЛР со стороны желудочно-кишечного тракта представлены: 51% - гепатопатия, 18% - гастропатия, 16% - панкреатопатия, 10% - диспепсические явления, 4% - холецистопатия, 1% - энтеропатия.

НЛР со стороны кроветворной системы: 64% - десневые кровотечения, 33% - тромбоцитопения, 3% - лейкопения.

НЛР со стороны кожи и ее придатков: 67% - алопеция, 13% - ониходистрофия, 13% - дермопатия, 7% - гирсутизм.

НЛР со стороны репродуктивной системы представлены: среди женщин – это нарушение менструального цикла, что составляет 20,5% всех жещин; у мужчин – снижение либидо и потенции, что составляет всего 0,2% всех мужчин.

НЛР со стороны мочевыделительной системы: 70% - уролитиаз, 20% - мочекаменная болезнь, 10% - нефропатия.

НЛР со стороны сердечно-сосудистой системы: 59% - нарушение сердечной проводимости, 33% - артериальная гипотония, 8% - артериальная гипотония.

Выводы: Таким образом, наше исследование показало, что НЛР наиболее часто ассоциированы с приемом ПЭП группы вальпроатов, что по-видимому связано с их наиболее частым назначением. Что касается НЛР со стороны различных систем, чаще НЛР наблюдаются со стороны нервной системы, что вероятно связано с непосредственным влиянием ПЭП на нейроны. Среди НЛР со стороны нервной системы превалирует энцефалопатия. Со стороны других органов и систем чаще всего встречаются следующие НЛР: эндокринная система – повышение масс тела; желудочно-кишечный тракт – гепатопатия; кроветворная система – десневые кровотечения; кожа и ее придатков – алопеция; репродуктивная система – НМЦ (у женщин), снижение либидо и потенции (у мужчин); мочевыделительная система – уролитиаз, сердечно-сосудистая система – нарушение сердечной проводимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guidelines for therapeutic monitoring on antiepileptic drugs. Commission on Antiepileptic Drugs, International League Against Epilepsy, 1993 ст. 145-160.
2. Asscher A.W. etal., 1995 ст.30-35
3. Park B.K. etal., 1992, Ju C, Uetrecht JP., 2002 ст. 136-140

УДК: 616.314.5-089.87-06-084:616.716.1

АТРАВМАТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А.В. Дутова, С.Б. Маланханова, А.А. Чучунов

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

Кафедра-клиника челюстно-лицевой хирургии

Актуальность

Операция удаления зубов является самой распространенной операцией, применяемой в амбулаторной стоматологической хирургии. В настоящее время ее осуществляют лишь в крайних случаях, когда уже невозможно спасти зуб терапевтическими и хирургическими методами [5].

Традиционно для проведения данной процедуры используют хирургические щипцы и элеваторы [6].

При этом в стоматологической поликлинике, где существует большой ежедневный поток пациентов рука у хирургов стоматологов действительно "натренирована" на быстрое удаление, но сохранность кости их, как правило, совершенно не волнует.

Поэтому удаление зуба традиционными способами может порой приводить к перелому и отлому кортикальных пластинок лунки зуба, а также межкорневой перегородки, что в дальнейшем приведет к значительной атрофии альвеолярного отростка челюсти и сделает невозможным проведение дентальной имплантации без использования операций по наращиванию объёма костной ткани [1;2;3;4;7].

Как правило, чаще всего это наблюдается в дистальных отделах верхней челюсти и связанно также с близостью верхнечелюстной пазухи.

С другой стороны еще одним достаточно часто встречающимся осложнением при удалении моляров верхней челюсти с использованием хирургических щипцов и элеваторов является перфорация дна верхнечелюстной пазухи, особенно при пневматическом типе ее строения, что требует принятия срочных мер по закрытию дефекта, проведения операции пластики соустья [5].

Поэтому изучение и использование в клинической практике атравматичных способов удаления моляров верхней челюсти направленных на профилактику вышеуказанных осложнений является в настоящее время актуальной.

Цель исследования: изучить преимущества и недостатки атравматичного удаления моляров верхней челюсти.

Задачи исследования:

1.Используя данные литературы найти методику атравматичного удаления моляров верхней челюсти.

2.Провести апробацию данной методики атравматичного удаления моляров верхней челюсти в клинической практике.

3.Выявить преимущества и недостатки атравматичного удаления моляров верхней челюсти.

Материалы и методы исследования:

Для достижения поставленной цели в доступной литературе был найден способ атравматичного удаления моляров верхней челюсти (патент РФ Патент РФ №2508057 от 27.02.2014 г.), который мы могли использовать в наших условиях.

Сущность атравматичного удаления моляров верхней челюсти с использованием данного способа заключалась в следующем: после соответствующей обработки операционного поля проводят анестезию. Бормашиной с турбинным наконечником с охлаждением спиливают сохранившиеся твёрдые ткани коронки зуба до уровня десны проводят распиливание корней моляра в области трифуркации до полного отделения корней друг от друга. Отслаивают круговую связку и по возможности периодонтальные связки от каждого корня зуба, при помощи периотома.

С помощью периотома или тонкого прямого элеватора аккуратно, атравматично проводят расшатывание и удаление с начало по отдельности каждого щёчного корня, а затем в последнюю очередь нёбного корня удаляемого зуба.

После удаления корней проводят диагностику на предмет отсутствия перфорации верхнечелюстной пазухи, после чего края лунки сдавливают пальцами с марлевым тампоном для сближения мягких тканей. Пациент накусывает чистый марлевый тампон. Дают рекомендации такие же, как после удаления зуба обычным способом.

Используя данный способ, нами проведено атравматичное удаление 22 моляров верхней челюсти 22 пациентам основной группы.

Контрольную группу составили 20 пациентов, которым удаление 20 моляров верхней челюсти проводилось традиционным способом хирургическими щипцами и элеваторами.

Критериями оценки результатов проведенных удалений моляров верхней челюсти служили следующие показатели: время, затраченное на удаление зуба; сохранение кортикальных пластинок лунки зуба и межкорневой перегородки; возникновение перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба; возможность травмирования при удалении зуба рядом стоящих зубов.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты удаления 22 моляров верхней челюсти атравматичным способом у 22(100%) пациентов основной группы показали, что 20(91%) из них удалось сохранить как наружную кортикальную, так и небную пластинку лунки зуба, а также межкорневую перегородку, кроме этого у всех больных во время и после удаления зуба отсутствовали признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи. При этом у 9 (40,9%) из них корни удаляемых моляров выстояли рентгенологически в полость верхнечелюстного синуса.

И только у 2(9%) пациентов не смотря на атравматично проведенное удаление моляра не удалось сохранить межкорневую перегородку лунки удаляемого зуба.

Кроме этого у 2(9%) пациентов мы наблюдали травму эмали коронки рядом стоящего зуба по типу щелевидного дефекта, которая была нанесена бором во время распиливание корней удаляемого моляра, что потребовало участия стоматолога терапевта.

Время, затраченное на атравматичное удаление моляров верхней челюсти составило в среднем 14 минут.

В итоге лунки удалённых зубов у пациентов основной группы эпитализировались в сроки от 21 до 30 дней и у всех были получены положительные результаты лечения.

При удалении моляров верхней челюсти традиционным способом с использованием хирургических щипцов и элеваторов у 20 (100%) пациентов контрольной группы, мы наблюдали у 16(80%) пациентов в различных сочетаниях как отломы наружной кортикальной и небной пластинок, так и межкорневой перегородки лунки удаляемого зуба непосредственно во время проведения операции.

Кроме этого у 1 (5%) пациента контрольной группы после удаления зуба была диагностирована перфорация дна верхнечелюстной пазухи, что потребовало принятия срочных мер по закрытию дефекта, проведения операции пластики соустья.

У 3(15%) пациентов контрольной группы мы наблюдали различную травму рядом стоящих зубов: у 1(5%) пациента отлом восстановленной на штифте коронки 15 зуба и у 2(10%) пациентов выпадение пломб из 26 и 15 зубов. В дальнейшем данные пациенты также были вынуждены обратиться к стоматологу терапевту.

Время, затраченное на удаление традиционным способом моляров верхней челюсти составило в среднем 8 минут.

Лунки удалённых зубов у пациентов контрольной группы тоже эпитализировались в среднем в сроки от 25 до 30 дней.

Выводы:

1)На удаление моляров верхней челюсти традиционным способом требуется меньше времени, по сравнению с удалением которое проводится атравматично.

2)При удалении моляров верхней челюсти, как традиционным способом, так и атравматично возможна травма рядом стоящих зубов, что требует в будущем участие стоматолога терапевта.

3)Удаление моляров верхней челюсти традиционным способом с использованием хирургических щипцов часто приводит как к отлому наружной кортикальной и небной пластинок, так и межкорневой перегородки лунки удаляемого зуба, а также может привести к перфорации дна верхнечелюстной пазухи, если рентгенологически корни удаляемых

моляров выстоят в полость верхнечелюстного синуса, что требует принятия срочных мер по закрытию дефекта, проведения операции пластики соустья.

4) Потеря костной ткани в области лунки удаляемого зуба в будущем приводит к атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и делает в большинстве клинических случаях невозможным проведение дентальной имплантации без проведения костной пластики.

5)Атравматичное удаление моляров верхней челюсти позволяет во многих случаях сохранить как межкорневую перегородку, так и наружную кортикальную и небную пластинки самой лунки удаляемого зуба, что значительно снижается риск возникновения перфорации дна верхнечелюстной пазухи и будет способствовать более быстрому восстановлению костной структуры альвеолярного отростка верхней челюсти и вероятно сделает возможным проведение дентальной имплантации без использования костной пластики.

Таким образом, несмотря на некоторые недостатки атравматичное удаление моляров верхней челюсти является перспективным способом хирургического лечения, которое можно рекомендовать стоматологам хирургам к постоянному использованию в клинической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулаков А.А., Григорьян А.С., Рабухина Н.А., Подорванова С.В. Хирургическая тактика и особенности операций имплантации при малом объеме костной ткани челюстей: пособие для врачей. М: ГЭОТАР-МЕД 2003;16.

2. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) / М.: Медицина, 2003. - 560 с.

3. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология / М.: МИА, 2006.- 400 с.

4. Стоматологическая имплантология / Э.А.Базикян, А.Ф.Бизяев, М.В.Ломакин (и др.); под редакцией С.Ю. Иванова / М.: ГОЭТАР –МЕД, 2004. - 296 с.

5. Хирургическая стоматология : учеб. для мед. вузов / ред. Т. Г. Робустова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2011. - 688 с.

6. Хирургическая стоматология : учебник / ред. В. В. Афанасьев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 878 с.

7. Jensen J., Sindet-Pedersen S., Oliver A.J. Varying treatment strategies for reconstruction of maxillary atrophy with implants: Results in 98 patients. J Oral Maxillofac Surg 1994;52:210-216.

УДК 616.216-089

ПРИМЕНЕНИЕ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ЛОР – ХИРУРГИИ

С.К. Дюжаков

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

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

Клиника новых технологий

Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А. Хорольская

Стационарзамещающие тезнхнологии являются одним из наиболее актуальных направлений в современной хирургии. Их главной целью является перенаправление потока пациентов, которым качественное медицинское пособие может быть оказано в амбулаторных учреждениях при условии оптимизации проводимых лечебных манипуляций и минимизации производимых затрат. Эндоскопическая хирургия синусов стала одной из наиболее часто выполняемых процедур в амбулаторной ЛОР - хирургии Российской Федерации. Однако, осложнения эндоскопической хирургии синусов могут быть очень серьёзными, так как работа оперирующего врача проходит в непосредственной близости от жизненно важных анатомических структур.

Несмотря на совершенствование эндоскопических технологий и развитие хирургии околоносовых пазух, анатомические ориентиры у взрослых, а особенно у детей не всегда позволяют адекватно проанализировать нормальные и патологические области. Точность хирургических вмешательств может быть повышена сочетанным использованием эндоскопии и навигационных систем.

Используя систему навигации хирург, помимо визуализации внутренних структур, способен составить более точное представление о их взаиморасположении в трехмерном пространстве. Всё это позволяет ЛОР-хирургу планировать малоинвазивные процедуры с минимальным риском развития осложнений.

Таким образом, целью этой работы является совершенствование технологии функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух с применением навигационной системы в условиях амбулаторной ЛОР-хирургии.

Оперативные вмешательства проводились у пациентов, обратившихся на клиническую базу КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого – в «Клинику новых технологий», всего было произведено 16 операций с использованием навигации, из них: 5 эндоскопических фронтотомий, 6 эндоскопических этмоидэктомий, 5 эндоскопических сфеноидотомий. Группой сравнения послужили люди, прооперированные без использования

навигации, всего 26 человек. Были выполнены следующие хирургические вмешательства: 8 эндоскопических фронтотомий, 9 эндоскопических этмоидэктомий, 9 эндоскопических сфеноидотомий. Для навигации использовалась система GE Entrak Plus, работающая по принципу электромагнитного поля. В качестве материалов мы использовали предоперационные снимки СКТ – трёхмерные изображения. Пациенты сопровождались для проведения СКТ сканирования, чтобы соблюсти требования необходимые для последующей обработки снимков навигационной системой.

При использовании системы навигации было выявлено увеличение времени на предоперационную подготовку в среднем на 11 минут, поскольку эта величина включает в себя время, необходимое для настройки, калибровки, и начала регистрации (Таблица 1). Кроме того, это значение усреднено – ранее случаи занимали больше времени, так как медицинский операционный персонал учился пользованию оборудованием. После того как хирург и медицинский персонал стали более знакомы с системой, опыт показывает, что дополнительное время в операционной может быть сокращено менее чем до десяти минут. Но при этом за счёт выбора более эффективного оперативного маршрута и уменьшения опасений того, что будут повреждены пограничные анатомические структуры, время оперативного вмешательства, т.е. время “кровавого” периода сократилось в среднем на 10 минут.

Таблица 1 – Операционное время

	Группа с использованием навигации			Группа сравнения		
Операция	Количество пациентов	Среднее время предоперационной подготовки (минут)	Среднее время оперативного вмешательства (минут)	Количество пациентов	Среднее время предоперационной подготовки (минут)	Среднее время оперативного вмешательства (минут)
Фронтотомия	5	23,2	27,5	8	14,5	35,3
Этмоидэктомия	6	21,2	26,2	9	13,2	34,2
Сфеноидотомия	5	22,5	27,3	9	13,4	33,1

Мы получили следующие значения кровопотери с использованием навигации и без неё (Таблица 2). Расчёт кровопотери производился сбором и измерением крови в отсосе во время операции.

Таблица 2 – Кровопотеря

	Группа с применением навигации		Контрольная группа	
Операция	Количество пациентов	Средняя кровопотеря (мл)	Количество пациентов	Средняя кровопотеря (мл)
Фронтотомия	5	89,6	8	119,4
Этмоидэктомия	6	91,2	9	133,3
Сфеноидотомия	5	105,2	9	148,2

Отсюда можно прийти к выводу, что использование навигации уменьшает интраоперационную кровопотерю, за счёт уменьшения времени “кровавого“ периода.

Использование навигации обеспечило точность анатомической локализации в среднем около 1,25 мм в начале операции и 1,475 мм в её конце (Таблица 3). Эта степень точности была подтверждена путём визуальной верификации известных внешних анатомических ориентиров хирургом в начале каждой операции. Левый и правый скуловые бугорки, глабелла и назион были выбраны в качестве точек для проверки точности, которая измерялась в начале и в конце вмешательства. В качестве инструмента для определения точности был выбран прямой хирургический отсос, а точнее центр его трубки.

Таблица 3 – Значения точности оперативного вмешательства

	Значения точности			
Точки	Количество пациентов	Средняя точность в начале операции (мм)	Средняя точность в конце операции (мм)	Дрифт (мм)
Глабелла	16	1,2	1,3	0,1
Назион	16	1,1	1,2	0,1
Левый скуловой	16	1,3	1,5	0,2

бугорок				
Правый скуловой бугорок	16	1,4	1,9	0,3

Самое большое значение дрифта – 0,3мм наблюдалось над правым скуловым бугорком, что мы связываем с тем, что правая часть лица пациента повёрнута к хирургу в течение операции и это делает её наименее защищённой от помех.

В этом исследовании, система навигации оказалась весьма точным и простым инструментом для проведения хирургических вмешательств на голове. В результате работы стали очевидны преимущества, выявленные при использовании навигации в амбулаторных условиях. Среди них возможность визуального отображения критических анатомических структур, планирование минимально инвазивного доступа и вследствие этого уменьшение хирургической травмы, минимизация рисков путем лучшего определения и визуализации ключевых анатомических маркеров, уменьшение времени хирургического вмешательства благодаря лучшему планированию, уменьшение стоимости операции вследствие уменьшения времени вмешательства и послеоперационного периода, визуальное документирование всех этапов операции, тренировка и обучение хирургов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виганд М.Э. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа: пер. с англ. / М.Э. Виганд, Х. Иро // М.: Медицинская литература. – 2010. – 296 с.;
2. Применение навигационной системы в эндоскопической хирургии околоносовых пазух и основания черепа / Д.Н. Капитанов, А.С. Лопатин, А.А. Потапов, А. Г. Гаврилов // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №2. – С. 12-18;
3. Computer-Assisted Navigation System in Pediatric Intranasal Surgery / F. Postec, D. Bossard, F. Disant, P. Froehlich // Otolaryngology - Head and Neck Surgery. – 2002. – №128. – P. 797-800;
4. Relative Hypotension and Image Guidance Tools for Training in Sinus Surgery / B. K. Crawley, G. C. Barkdull, S. Dent et all. // Otolaryngology - Head and Neck Surgery. – 2009. – №135. – P. 994-999;
5. The Role of Image-Guidance Systems for Head and Neck Surgery / R. Metson, M. Cosenza, R. E. Gliklich et all. // Otolaryngology-Head and Neck Surgery. – 2009. – №125. – P. 1100-1104.

УДК 616.718.4-001.5-031.25-056-055.2-053.9:575

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

М.А.Дятлова

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

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научные руководители: д.м.н., проф. Н.С., Горбунов, соиск., К.В. Тутынин.

Наиболее значимой травмой у женщин старшего возраста, с медико–экономической и социальной точек зрения, являются переломы проксимального отдела бедренной кости. Это связано с высоким уровнем травматизма у этой группы пострадавших, последующей потерей способности к самообслуживанию. Также переломы проксимального отдела бедренной кости характеризуются сложностью лечения, требующего комплексного подхода, частой инвалидизацией и смертностью - 50-78% этих больных не возвращаются к прежнему уровню активности, что, в совокупности с возрастной соматической патологией, в конечном итоге ведет к высокому уровню смертности – в течение первого года после перелома бедренной кости умирает 18–35% лиц [1, 8, 9].

В этой связи целью работы явилось: изучение конституциональной и наследственной предрасположенности, особенностей локализации переломов проксимального отдела бедренной кости у женщин пожилого возраста.

Материалы и методы исследования: Обследованы 199 женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости в остром периоде травмы на базе травматологических отделений КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» и КГБУЗ «КМКБ № 7» г. Красноярска за период (сентябрь 2013 по октябрь 2014года). В возрастную категорию вошли женщины пожилого возраста (56–74 лет). Группу сравнения составляли 108 условно здоровых женщин пожилого возраста (56–74 лет), обследованных в Краевом геронтологическом центре «Уют» г. Красноярска. Тип телосложения определялся по методикам: В.Н. Шевкуненко, В.М. Черноруцкому, J. Tanner, L. Rees, H.J. Eisenk, тип массы тела по классификации A. Quetelet, тип плотности тела по классификации H. Rohrer. Статистическая обработка полученных данных выполнена в программе MicrosoftExcel 2011.

Результаты и обсуждение:в структуре первичных переломов вертельные переломы составили 49,74 % (99 женщин) случаев. Переломы шейки бедренной кости выявлены в 50,25% (100 женщин) случаев. Переломы правой бедренной кости встречаются в 54,9 % случаев, левой – в 45,1%.

У всех женщин проводилось измерение роста, веса, диаметров плеч и таза, диаметров и обхвата грудной клетки, длины туловища. На основании полученных антропометрических данных производилось определение индексов, типов телосложения, массы и плотности тела.

Таблица 1 – Частота встречаемости женщин с разными анатомическими типами (в %)

Анатомический Тип	Группа сравнения (n=108)	Группа обследуемых (n=199)	Хи-квадрат
	1	2	
Тип телосложения по классификации В.Н. Шевкуненко			
Брахиморфный	20,4±3,9	45,2±3,8	$P_{1-2}<0,001$
Мезоморфный	70,4±4,4	30,4±3,5	$P_{1-2}<0,001$
Долихоморфный	9,2±2,8	24,4±3,3	$P_{1-2}<0,01$
Всего	100	100	
Тип телосложения по классификации В.М. Черноруцкого			
Гиперстенический	89,8±2,9	74,4±3,1	$P_{1-2}<0,001$
Нормостенический	10,2±2,9	22,1±2,9	$P_{1-2}<0,01$
Астенический	0	3,5±1,3	
Всего	100	100	
Тип телосложения по классификации J. Tanner			
Андроморфный	73,1±4,2	0,5±0,5	$P_{1-2}<0,001$
Мезоморфный	17,6±3,7	1,0±0,7	$P_{1-2}<0,001$
Гинекоморфный	9,3±2,8	98,5±0,9	$P_{1-2}<0,001$
Всего	100	100	
Тип телосложения по классификации L. Rees, H.J. Eisenk			
Пикнический	86,1±3,3	61,3±3,4	$P_{1-2}<0,001$
Нормостенический	13,9±3,3	30,2±3,2	$P_{1-2}<0,001$
Астенический	0	8,5±1,9	
Всего	100	100	
Тип массы тела по классификации A. Quetelet			
Выраженный	0	0	

Недостаточный	0	3±1,2	
Нормальный	14,8±3,4	34,7±3,4	P_{1-2}<0,001
Избыточный	36,1±4,6	40,7±3,5	
Ожирение 1 степ.	35,2±4,6	15,6±2,6	P_{1-2}<0,001
Ожирение 2 степ.	12,0±3,1	5±1,5	P_{1-2}<0,05
Ожирение 3 стен.	1,9±1,2	1±0,7	
Всего	100	100	
Тип плотности тела по классификации H. Rohrer			
Высокий	100	84,9±2,5	
Средний	0	13,1±2,4	
Низкий	0	2±0,9	
Всего	100	100	

По классификации В.Н. Шевкуненко, у женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости, в 45,2 % встречается доля лиц с брахиморфным типом телосложения, мезоморфным – в 30,4%, долихоморфным – в 24,4%. Соотношение составляет: 1,9:1,2:1,0. Из анализа результатов исследования следует (табл.1), что у женщин с переломами бедренной кости чаще встречаются лица с брахиморфным типом телосложения и в 2,2 раза реже – среди лиц группы сравнения. Женщины с мезоморфным типом телосложения чаще встречаются в группе сравнения и в 2,3 раза реже – в группе обследования. Женщины с долихоморфным типом телосложения чаще встречаются в группе с переломами и в 2,7 раза реже – в группе условно здоровых. Следовательно преобладает доля лиц брахи– и долихоморфного типов телосложения.

По классификации В.М. Черноруцкогосреди женщин контрольной группы встречаются лица с гиперстеническим типом телосложения (89,8±2,9), нормостеники (10,2±2,9) и не встретились астеники (0%). Соотношение: 9:1:0. Среди женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости встречаются лица с гиперстеническим типом телосложения (74,4±3,1), нормостеники (22,1±2,9), астеники (3,5±1,3%). Соотношение: 21:6:1. Из анализа результатов сравнительного исследования, представленных в таблице, следует, что лица гиперстенического типа телосложения преобладают почти в 1,2 раза в группе сравнения, а среди женщин с переломами преобладает в 2,2 раза доля лиц с нормо– и астеническим типами телосложения. Следовательнопреобладает доля лиц с нормо– и астеническим типами телосложения и снижена доля гиперстеников.

При использовании классификации J. Tanner, значимо (p<0,001) реже встречаются лица с андро– (0,5%) и мезоморфным (1%) типами телосложения и преимущественно -

гинекоморфным (98,5%). Соотношение: 1,0:2,0:197,0. Из анализа результатов, представленных в таблице, следует, что лица андро– и мезоморфного типов телосложения значимо ($p<0,001$) преобладают в группе условно здоровых женщин и очень редко в группе женщин с переломами, а гинекоморфный – наоборот. Следовательно, установлено преобладание доли лиц с гинекоморфным типом телосложения.

При использовании классификации L. Rees, H.J. Eisenk значимо ($p<0,001$) чаще встречаются лица с пикническим (61,3%) типом телосложения, реже (30,2%) – нормостеническим и меньше всего (8,5%) − астеническим. Соотношение: 7,2:3,5:1,0. Как следует из таблицы, пикнический тип телосложения значимо ($p<0,001$) чаще выявляется в группе условно здоровых женщин, а нормо– и астенический, наоборот, в группе женщин с переломами. Установлено, преобладание доли лиц с нормо– и астеническим типами телосложения.

По классификации A. Quetelet,с недостаточной массой тела встречаются женщины в 3%, нормальной - в 34,7%, избыточной - в 40,7%, ожирением 1 степени - в 15,6%, ожирением 2 степени - в 5%, а с ожирением 3 степени – 1% случаев. Из таблицы следует, что женщины с недостаточной и нормальной массами тела значимо ($p<0,001$) чаще выявляются в группе женщин с переломами, а с ожирением всех степеней, наоборот, в группе условно здоровых женщин. Следовательно, преобладает доля лиц с недостаточной и нормальной массой тела.

При использовании классификации H. Rohrer,высокая плотность тела встречается в 84,9%, средняя – 13,1%, низкая – в 2,0%. Соотношение: 42,4:6,6:1,0. Сравнительный анализ показал, что доля женщин со средней и низкой плотностью тела значимо чаще выявляется в группе женщин с переломами (табл.).

При сборе семейного анамнеза у 199 женщин проспективной группы выявлено, что у матерей 46–ти женщин (25,4% случаев) также в возрасте 56–74 лет (средний возраст 70±3,3 года) был перелом проксимального отдела бедренной кости. Давность травмы составила 23,3±2,2 лет.

У 156 женщин (86,1%) были родные сестры, у которых возникли переломы проксимального отдела бедренной кости в 26,2% случаев (средний возраст 68±2,9 года). Давность травмы составила 5,1±2,9 лет.

При анализе переломов по доступной медицинской документации установлено, что локализация перелома у женщин исследуемой группы была идентична переломам у родных сестер в 100% случаев.

Выводы: Проведенное исследование выявило выраженные конституциональные особенности женщин пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости – преобладание среди них доли лиц с брахи- и долихоморфным типами телосложения

по классификации Шевкуненко, гинекоморфным - по Tanner, недостаточной и нормальной массой тела – по Quetelet, средней и низкой плотностью тела – по Rohrer, увеличение доли нормо- и астеников – по Чернорuцкому и Rees–Eysenck.

Установлено, что локализация последующего перелома проксимального отдела противоположной бедренной кости идентична предыдущему. Существует семейная (генетическая) предрасположенность к одному и тому же типу перелома.

Анатомическая и генетическая предрасположенность к симметричности локализации переломов проксимального отдела бедренной кости, вероятно, связана с особенностями локального остеопороза и особенностями кровоснабжения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико–социальные последствия (по данным многоцентрового исследования)/ Л.В. Меньшикова, Н.А. Храмцова, О.Б. Ершова, О.М. Лесняк, Л.И. Кузьмина, С.Г. Аникин, Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская, Э.Н. Оттева.// Остеопороз и остеопатии. – 2002. – № 1. – С. 8–11.

2. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / под. Ред. Л.И. Беневоленской,О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 176с.

3. Чернорuцкий, В.М. Учение о конституции в клинике внутренних болезней / В.М. Чернорuцкий // Труды 17–го съезда Российских терапевтов. – Л., 1925. – С. 304–312.

4. Мартиросов, Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. - М.: «Наука», 2006. - 148 с.

5. Шевкуненко В.Н. Типовая анатомия человека / В.Н. Шевкуненко, А.М. Геселевич. – Л., 1935. – 232 с.

6. Tanner, J.M. Physical development / J.M. Tanner // Brit. Med. Bull. – 1986. – V. 42, № 2. – P. 131–138.

7. Rees, L. A factorial study of some morphological aspects of human constitution / L. Rees, H.J. Eisenck // J. Mental. Sci. – 1945. – V. 91, № 383. – P. 8–21.

8. Cummings S., Melton L. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. Lancet 2002 359:1761–1767.

9. Hamdy R.C. Fracture risk assessment in postmenopausal women. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. 2009 11:229–236.

10. Muller M. et al., Manual of internal fixation, 1991, 3rd ed, 752 p.

11. Sawalha S., Parker M.J., Characteristics and outcome in patients sustaining a second contralateral fracture of hip. TheJournalofboneandjointsurgery 2012 94–B:102–106.

УДК 591.481.11+591.481.14:661:64

РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ СЕНСОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПЕРЕДНЕГО МОЗГА И МОЗЖЕЧКА МОЛОДЫХ ЖИВОТНЫХ В ОТВЕТ НА ОСТРОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ БЫТОВЫХ ВЕЩЕВСТВ

А.В Евпак, А.А Митюкова

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: д.б.н., доц. Орлянская Т.Я

В современном мире остро стоит проблема свободного доступа у человека к различным токсическим веществам. Несомненно, этот вопрос крайне актуален. С точки зрения медицины, причиной многих заболеваний является употребление продуктов и средств бытовой химии, содержащих вредные для здоровья вещества. Данная проблема затрагивает не только нашу биологическую, но и социальную сущность и особенно значима для становления организма в пубертатный период. [1,3,4].

В выполненной нами работе рассмотрены пластические возможности клеточных популяций сенсомоторной области коры больших полушарий переднего мозга и клеток Пуркине мозжечка молодых животных испытавших воздействие веществом антропогенной природы. Экспериментальные животные в течение нескольких часов контактировали с морилкой. Морилка – специальный материал, для обработки древесины, в состав которой входят: каменноугольная смола, нашатырный спирт, пирогаллол, фенолы, ацетон и т.д. Очень широко используется в быту. К сожалению, это не единственное применение морилки. Ее пары так же вдыхают для получения состояния эйфории подростки. Ранее воздействие данного вещества на клетки мозга никто не изучал.

На современном этапе важны исследования функционального взаимодействия различных структур и систем мозга,которые позволяют определить целостную деятельность организма при патологии, и возможность включения пластических перестроек при компенсации[4]. Значительная повреждаемость нервных элементов, при воздействии неблагоприятных факторов на организм ,предполагает столь же масштабные восстановительные процессы.

Целью работы являлось проведение морфологических исследований нейронных популяций слоя II+III сенсомоторной области полушарий переднего мозга и клеток Пуркине мозжечкаинтактныхмолодых животных, и испытавших в эксперименте острое воздействие бытового вещества.

В ходе работы использованы три группы беспородных белых крыс, массой 110-120 грамм. Первая группа - контрольная, 2 и 3 - опытные. Животные опытных групп подвергались острому воздействию насыщенной концентрации паров компонентов морилки в камере объемом 6 литров с прозрачными стенками и с умеренной вентиляцией в статических условиях. Эксикатор был разделен решеткой с округлыми отверстиями, на которую помещались молодые крысы, под решеткойрасполагалась емкость с морилкой.

Животные 2 группы подвергались часовому воздействию морилкой, а животные 3 группы выдерживались три часа в контакте с жидкостью. При вдыхании насыщенных паров морилки, у экспериментальных животных проявлялась повышенная двигательная активность, наблюдалась непроизвольная дефекация, мочеиспускание. Животные пытались пролезть через отверстия к емкости с морилкой. Некоторые крысы пролезали через отверстия в решетке и активно окунались в жидкость.

Животные, взятые для морфологических исследований,согласно инструкции Международной конвенции по использованию лабораторных животных от 1985 года, усыплялись под воздушно-эфирным наркозом. Производился забор головного мозга в контрольной и опытных группах животных, испытавших воздействие. Передний мозг и мозжечок фиксировали в жидкости Карнуа, заливалив парафин, серийные срезы получали санным микротомом «Slide 2002».На фронтальных срезах толщиной 5-7 мкм проводили качественные реакции на рибонуклеопротеидные комплексы (РНП) тионином по Нисслю [3]. Препараты изучались с помощью световогомикроскопирования и ручной морфометрии. Вычисляли линейные параметры клеток и их производные (ядерно-цитоплазменные отношения), плотность распределения нейронов и астроцитов на единицу фиксированной площади (1мм^2) используя микрометрические сетки.Глио-нейрональный индекс вычисляли как суммарное число глиальных клеток к числу нейронов каждого поля зрения [2].

В клеточных популяциях переднего мозга (слой II+III) и мозжечка(клетки Пуркине - КП) подсчитывали число нейронов с разной степенью хромофилии цитоплазмы: оптимально функционирующие – гипохромные,нормохромные,гиперхромные;нейроциты в пограничном состоянии – тотально-гиперхромные;нервные клетки с деструктивными проявлениями – сморщенные и клетки-тени. Полученные результаты обработаны с использованием программы «MicromedStatistica».

Таблица 1 - Воздействие насыщенных паров морилки (1 час)

Показатели	Слой II+III		Клетки Пуркине	
	контроль	опыт.группа 2	контроль	опыт.группа 2
нормохромные клетки	96,7 ± 9,13	0,9±0,7*	75,4 ± 0,7	8,6±0,16*
Гипохромные	3,9 ± 0,64	80,3±6,8*	16,3 ± 0,19	11,3±1,6
Гиперхромные	3,4 ± 0,74	12,8±1,1*	15,8 ± 0,19	38,2±0,7*
Тотально-гиперхромные	0,01 ± 0,03	0,2±0,02	1,8 ± 0,02	27,5±0,5*
Сморщенные	0,2 ± 1,8	0,7±0,1	0 ±0	9,1±0,16*
Клетки-тени	0,37 ± 0,06	4,9±0,42*	0,2 ±0,002	6,8±0,12*

* - различия статистически достоверны, в сравнении с контролем, при $p < 0,01$

Таблица 2 - Воздействие насыщенных паров морилки 3 часа

Плотность распределения клеток (р)			
Плотность распределения клеток (р)			
	Р нервных клеток	Р общих глиоцитов	Глио-нейрональный индекс
Ганглиозный слой . Клетки Пуркине			
Контроль	8,46 ± 1,2	22,9±3,2	2,8±0,4
Опыт 1(1 час)	12,84±8,0	12,8±1,8	1,03±0,1
Опыт 2(3 часа)	12,5±1,7	11,0±1,5	0,9±0,1
Кора больших полушарий. Сенсомоторная область. Слой II+III			
Контроль	117,8±16,6	41,5±5,9	0,35±0,05
Опыт 1 (1 час)	60±8,8*	11,7±2,5*	0,3±0,04
Опыт 2 (3 часа)	85,7±12,2*	71,8±10,2*	0,85±0,12*

* - различия статистически достоверны, в сравнении с контролем, при $p< 0,01$

* - различия статистически достоверны, в сравнении с контролем, при $p< 0,01$

Таблица 3 - Плотность распределения нейронов и глиоцитов в исследуемых популяциях

Показатели	Слой II+III	Клетки Пуркине

	контроль	опыт.группа 3	контроль	опыт.группа 3
нормохромные клетки	96,7 ± 9,13	0,13±0,17*	75,4 ± 0,7	11,5±0,18*
Гипохромные	3,9 ± 0,64	80,8±9,9*	16,3 ± 0,19	16,5±0,005
Гиперхромные	3,4 ± 0,74	13,26±1,6*	15,8 ± 0,19	49,4±0,77*
Тотально-гиперхромные	0,01 ± 0,03	0,11±-,15	1,8 ± 0,02	8,1±0,12*
Сморщенные	0,2 ± 1,8	0,3±0,03	0 ±0	4,5±0,7*
Клетки-тени	0,37 ± 0,06	5,29±0,6*	0,2 ±0,002	11,4±0,18*

* - различия статистически достоверны, в сравнении с контролем, при $p < 0,01$

В экспериментальных группах после испытанного воздействия в головном мозге на уровне нейронных популяций слоя II+III сенсомоторной области коры больших полушарий и КП мозжечкавключаются компенсаторно-приспособительные механизмы разнонаправленного характера и четко выявляются патологические процессы:

а) В слое II+IIIв экспериментальных группах проявляется нарастание гипохромных нейронов, что отражает их повышенную функциональную активность в ответ на экзогенное воздействие. Перенапряжение таких клеток приводит к их набуханию, лизису базофильной субстанции, появлению клеток- теней;

б) В ганглиозном слое перестройка оптимально функционирующих КП связана с нарастанием в популяции явления гиперхромии. Перенапряжение таких «темных» клеток приводит к появлению клеток в пограничном состоянии - тотально-гиперхромных, приводящих к мало обратимым изменениям, а впоследствии к ихпикнозу и гибели.

в) В исследуемых нейроных популяциях наблюдается перераспределение клеток. Частичная гибель нейронов в слое II+III приводит к разряжению популяции и уменьшению их плотности. Сморщивание КП приводит к перегруппировке и сближению нейронов, что приводит к увеличению плотности их распределения в ганглиозном слое мозжечка экспериментальных животных.

Снижение пролиферативных способностей глиоцитов – «спасателей» нейронов указывает на неблагоприятный прогноз: после прекращения действия вещества антропогенной природы – морилки, большинство нервных клеток не сможет вернуться к нормальной деятельности

Вывод: Разнонаправленность включения компенсаторных реакций изученных нейронов сенсомоторной области коры переднего мозга и ганглионарного слоя мозжечка по

степени хромофилии их цитоплазмы на испытанное воздействие антропогенного фактора возможно связано с филогенетическим становлением отделов и нейронных популяций, их структурной организации и физиологическими функциями. Более интенсивное противодействие к острому воздействию паров морилки выявлены в КП мозжечка, менее лабильны изученные нейроцитысенсоматорной области коры больших полушарий переднего мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аврущенко М. Ш., Герштейн Л. М., Саморукова И. В., Заржецкий Ю. В. Постреанимационные изменения нейрональных популяций гиппокампа у крыс с различной способностью к обучению.// Бюл.эксп.биол.и мед-2001-Т.132,№10-с382-386.
2. Батуев А.С., Бабминдра В.П. Пластические перестройки нервных элементов у молодых и взрослых животных // Журн.эволюц.биохимии и физиологии. – 1993.-Т29,№2.-С197-201.
3. Федоров В.П., Петров А.В. Проблема классификации морфологических изменений нейронов ЦНС при воздействии антропогенных факторов. В Материалах конф. Механизмы структурной, функциональной и нейрохимической пластичности мозга: Материалы конф.-М.: Из-во РАМН, 1999.-С.105-106
4. Westrum J., Bakay R. Plasticity of the rat olfactory cortex // J. Comp.Neurol/1986,V. 243.P. 195-206.

УДК 591.481.11+591.481.14:661.727.4

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕСТРОЙКИ В НЕЙРОННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРЫ ПЕРЕДНЕГО МОЗГА И МОЗЖЕЧКА МОЛОДЫХ КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОГО ВДЫХАНИЯ ПАРОВ АЦЕТОНА

А.В Евпак, А.А Митюкова, Учаева А.М

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: д.б.н., доц.Орлянская Т.Я

Актуальной фундаментальной проблемой неврологии является установление механизмов реакций головного мозга на часто встречающиеся в жизни воздействия неблагоприятных факторов среды [1,2,5]. Проблема токсикомании в современном обществе крайне актуальна. Большинству подростков переходный период дается нелегко. Они чувствуют себя как-то неуверенно, все вызывает раздражение, апатию, а может быть, и тревогу. Отсутствие уверенности в себе вызывает ощущение душевной нестабильности. У подростка мозг и другие органы еще не полностью сформированы. Вдыхание летучих органических веществ, особенно детьми переходного подросткового периода вызывает нарушения деятельности головного мозга, что влечет за собой тяжелые поражения центральной нервной системы. В России в целях профилактики Органами Государственного надзора, охраны труда и техники безопасности издаются «Санитарные нормы и правила», устанавливающие предельно допустимые концентрации летучих веществ в воздухе и уделяется особое внимание соблюдению обязательных мер безопасности при работе с ними. В предписаниях шведского Комитета защиты труда, в частности, указывается, что долговременный контакт с растворителями может вызывать головокружения, астению, стать причиной заболеваний мозга и нервной системы, влиять на репродуктивную функцию. Кроме того, недостаточно зрелая личность подростка находится на перепутье двух миров – детского и взрослого. Подростков в первую очередь привлекает доступность летучих веществ бытового назначения и возможность при их вдыхании ощущать эйфорию и чувствовать себя умиротворенным. Ацетон очень опасен, и в первую очередь он влияет на нервную систему. Дело в том, что при вдыхании растворители попадают в легкие, а оттуда сквозь тонкие стены альвеол – в кровь. Вещества поглощаются кровью и с ее током быстро попадают в мозг. То есть в мозг они поступают, напрямую минуя печень или другие органы. В то же время в литературе отсутствуют данные в отношении структурно-функциональных характеристик нейронов отделов головного мозга подростков в ответ на воздействие летучими веществами бытовой природы. Всё вышесказанное свидетельствует об актуальности данной проблемы, направленной на оздоровление человеческих популяций и формирование среди подрастающего поколения негативного отношения к вредным привычкам.

Целью настоящего исследования была возможность выявить и изучить основные тенденции в изменениях структур клеточных популяций слоя V сенсомоторной области коры больших полушарий переднего мозга и клеток Пуркинье ганглиозного слоя мозжечка молодых белых крыс под влиянием однократного воздействия парами ацетона.

Работа выполнена на 10 молодых беспородных белых крысах, массой 120±10г, ранжированных на две группы: 1-я группа - контрольные и 2-я группа - опытные животные.

Опытная группа подвергалась 3-х часовому воздействию паров ацетона в камере (объём 6,4 литра) с работающей умеренно вентиляцией. Контрольные животные также выдерживались в камере с умеренной вентиляцией без летучего токсического вещества.

После испытанного воздействия у животных двух групп проведена под воздушно-эфирным наркозом декапитация мозга в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приказ Минвуза от 13.11.1984 г. №784). Извлекали передний мозг и мозжечок, извлеченные части мозга фиксировали в жидкости Карнуа, проводили заливку в парафин. Гистологические серийные срезы толщиной 4-6мкм изготавливали с использованием санного микротома «Slide 2002».Для качествнно-количественного анализа на изготовленных микропрепаратах сенсомоторной области коры переднего мозга и мозжечка проводили качественные реакции на рибонуклеопротеидные комплексы (РНП) тионином по Нисслю (по модификации Викторова), отражающие метаболическую активность нейронов и реакцию на общие водонерастворимые белки АЧ-10Б [3,4]. На гистологических препаратах изучали субпопуляции крупных нейронов сенсомоторной области коры переднего мозга слоя V и клеток Пуркинье (КП) ганглиозного слоя мозжечка. На полученных микропрепаратах под световым микроскопом оценивали степень выраженности базофильной субстанции - состояние тигроидного вещества в цитоплазме нейронов; определяли линейные параметры клеток и их компонентов (площадь сечения тела - Sт, площадь профильного поля цитоплазмы - Sц, ядра - Sя, ядрышка - Sяд и их производные.Изменение функционального состояния нервной системы морфохимически оценивали по содержанию структурированных белков. Проводили количественную оценку содержания плотных веществ, что на фиксированном материале отражает содержание структурированных белков в нейронах [1,2,6] и их компонентах в исследуемых клеточных популяциях. Микрофотографии для расчета оптической плотности делали на окрашенных амидочерным препаратах с помощью микроскопа ZeissAxioskop со встроенной видеокамерой и программным обеспечением. Для расчета площади профильных полей, оптической плотности белков использовали лицензированную программу PhotoM 1.21, предназначенную для цитофотометрии.

Таблица 1 – Содержание структурированных белков в норме и при перенесенном остром воздействии парами ацетона

Нейроны	Содержание структурированных белков (М, пг)			
	Мядрышка	Мядра	Мцитоплазмы	М тела
контроль				
Клетки	0.079+ 0.002	0.081+0.001	0.081+0.002	0.082 +0.001

Пуркинье				
Нейроны слоя V	0.044+0.02	0.048+0.002	0.057+0.003	0.060+0.001
опыт				
Клетки Пуркинье	0.078+ 0.002	0.081+0.001	0.084+0.001	0.082 +0.001
Нейроны слоя V	0.022 +0.004*	0.028 +0.003*	0.046+0.004*	0.36 .003*

*- различия статистически достоверны в сравнении с контролем при P< 0,05

Таблица № 2 - Линейные параметры в норме и при перенесенном остром воздействии парами ацетона

Площадь (S, мкм2)	контроль		опыт	
	Клетки Пуркинье	Нейроны слоя V	Клетки Пуркинье	Нейроны слоя V
S тела	2.75+ 0.11	2.45 + 0.07	2.00 +0.11	2.23 +0.07
S цитоплазмы	1.80 +0.08	1.43 +0.06	1.35 +0.09	1.27 +0.06
S ядра	0.93 +0.05	1.02 +0.04	0.63 +0.05	0.95 +0.03
Sядрышка	0.11 +0.008	0.071 +0.003	0.08 + 0.005	0.076 +0.004

Согласно классических исследований, хромофилия характеризует активность нервной клетки, отражает интенсивность синтеза и расходования белков, она позволяет прогнозировать исход клетки при конкретном испытываемом воздействии. Установлено, что в слое Y сенсомоторной коры полушарий переднего мозга после перенесенного воздействия соотношение между клетками, функционирующими в пределах нормы, существенно меняется в сторону преобладания набухших гипохромных нейронов, выделяются нейроны с деструктивными проявлениями - набухания, лизиса хроматофильной субстанции, идет вакуолизация цитоплазмы и появление теневидных клеток. Площади профильных тел пирамидных нейронов и их компонентов в исследуемой популяции имеют тенденцию к уменьшению (см. табл.2). Содержание структурированных белков в таких нейронах после вдыхания в течение 3-х часов токсических летучих веществ вполовину снижается, что, возможно, связано с активацией клеток в ответ на испытанное воздействие и выведение продуктов синтеза пластических веществ за пределы клеток (см. табл.1).

В ганглионарном слое мозжечка в популяции эфферентных нейронов в ответ на острое воздействие летучих веществ установлено перераспределение КП по степени хромофилии их цитоплазмы в сторону преобладания «темных» - гиперхромных клеток,

нарастание клеток в пограничном состоянии – тотально-гиперхромных и наличия клеток с выраженными явлениями патологических изменений, идущих по типу пикнотизации и склонны к гибели. Линейные параметры нейронов после испытанного воздействия меняются, площади КП и их компонентов уменьшаются (см. табл.1). Содержание водонерастворимых белков при таких перестройках остается на уровне нормы, в виду того, что гиперхромные клетки находятся в заторможенном состоянии и продукты синтеза пептидов им не присуще выводить за пределы клеток.

Вывод. После перенесенного воздействия реакция пирамидных нейронов слоя Y коры переднего мозга и эфферентных нейронов ганглиозного слоя мозжечка неоднозначна. С одной стороны в обеих исследуемых популяциях нейронов идет перераспределение клеток, работающих в оптимальном режиме, но пирамидные нейроны работают с явлениями перенапряжения, а в популяции КП начинают доминировать клетки, в состоянии торможения, накапливающих в своей цитоплазме рибонуклеопротеидные комплексы. Клеточные элементы изученных отделов головного мозга при переживании острого воздействия летучими органическими веществами, характеризуются разносторонними включениями адаптационных перестроек по оценке хромофилии их цитоплазмы и варьирования нормо-, гипо- и гиперхромии, продолжающих функционировать в оптимальном режиме; наблюдается уменьшение размеров клеток и их компонентов; содержание структурированных белков в нейронах после испытанного воздействия в пирамидных нейронах достоверно снижается, что указывает на неблагоприятный прогноз. Однако включение компенсаторных процессов не исключает явлений деструкции, ведущее к проявлению выраженных патологических процессов, связанных с явлениями лизиса, пикнотизации или сморщивания, появления клеток-теней и сморщенных нейронов, которые склонны к гибели.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о включении в ответ на негативное воздействие антропогенных факторов бытового назначения в отделах ЦНС процессов компенсации и проявлении значительного спектра нарушений клеточных элементов, что обеспечивает достаточно адекватный прогноз состояния, даже в условиях однократного наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боголепов Н.Н., Доведова Е.Л., Герштейн Л.М. Морфохимическая пластичность мозга: эффект пептида дельта-сна на фоне введения L –ДОФА // Нейрохимия. 2004. Т. 21. №2. С.147-151.

2. Горбунова А.В. Биогенные амины ретикулярной формации среднего мозга крыс и устойчивость к эмоциональному стрессу. // Нейрохимия. 2005. Т. 22 №2. С 107 – 114.

3. Петров, А. В. Морфологические механизмы адаптационных (компенсаторно-приспособительных) форм морфологической изменчивости нервно-тканевых элементов ЦНС при действии антропогенных факторов / А. В Петров, В. П. Федоров // Механизмы синаптической передачи: матер. Всерос. конф. - М.: Икар, 2004. - С. 69.

4. Попова Н.С., Качалова Н.М. Функциональное взаимодействие структур мозга: принципы, варианты, моделирование М.: 2001. 180 с.

5. Федоров, В. П. Экологическаянейроморфология. Классификация типовых форм морфологической изменчивости ЦНС при действии антропогенных факторов / В. П. Федоров, А. В. Петров, Н. А. Степанян // Журн. теоретической и практ. мед. - 2003. - Т. 1, №1. - С. 62-66.

6. Худоерков, Р. М. Цитохимия белков в раскрытии закономерностей структурной и функциональной организации мозга / Р. М. Худоерков // Вестн. РАМН. - 2001. - № 4. - С. 43-48.

УДК 572.512.3-055.1/.3-057.875

ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТКЛОНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ КРАСГМУ

Н. А. Евсеева

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

Кафедра анатомии и гистологии человека

Научные руководители: аспирант кафедры анатомии и гистологии человека М.В.Пешков, д.м.н., проф. Е.П.Шарайкина

В ряде вузов страны среди студентов младших курсов в последнее десятилетие выявляются от 12% до 35% показатели отклонений массы тела [4,6]. В большем проценте случаев отмечается дефицит массы тела среди девушек, а повышенные показатели избыточной массы или ожирения - среди юношей [5,8]. Отклонения показателей массы тела свидетельствуют, по мнению Т.А. Мишковой, о нарушении обмена веществ организма и могут оказать негативное влияние в будущей его профессиональной деятельности [7]. Актуальность проблемы изучения показателей массы тела студенческой молодежи заключается в том, что, по мнению ученых, детальных исследований в отношении

отклонений массы тела от принятой нормы для юношеского контингента, особенно студентов, практически не проводилось [1,2]. Поэтому, целью работы явилось выявление особенностей биоимпедансометрических показателей в зависимости от категории индекса массы тела (ИМТ) и пола студентов с отклонениями массы.

Было проведено антропометрическое и биоимпедансометрическое исследования студентов первого и второго курсов университета. Определен индекс массы тела по ВОЗ и выявлен среди студентов процент отклонений показателей массы тела в зависимости от пола. Объектом исследования явились 1345 студентов, среди них девушки составили 896 человек (66,62%), юноши – 449 (33,38%).

Использованы методы антропометрического исследования: рост, вес, окружность грудной клетки, талии, бедер. Биоимпедансометрия проводилась на аппарате АВС-01 «Медасс», определялись жировая, тощая, мышечная, общей клеточная массы, общее и процентное содержание жидкости организма на основе биологических значений электрического импеданса различных структур организма человека.

Таблица 1 Классификация показателей категорий ИМТ (ВОЗ, 1991) [3]

Значения ИМТ (кг/м^2)	Категории ИМТ
<18,50	Хроническая энергетическая недостаточность (ХЭН)
18,49-17,00	Легкий дефицит массы тела
16,99-16,49	Умеренный дефицит массы тела
16,49-15,5	Выраженный дефицит массы тела
18,5-24,99	Нормальный вес
>25-29,99	Повышенная масса тела (предожирение)
≥30,00	Ожирение
30,00–34,99	Ожирение класса I
35,00–39,99	Ожирение класса II
≥40,00	Ожирение класса III (морбидное)

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS, версия 20.0, оценка выборочных долей - $\chi 2$, для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p<0,05$.

Получены следующие результаты, база данных включает 1345 студентов юношеского возрастного периода онтогенеза 1-2 курсов ФФМО, из них девушек – 896 (66,61%), юношей

449 (33,39%), Среди обследованных выявлено 424 (31,5%) студента с отклонениями массы тела, из них девушки составили 286 (21,25%), юноши – 138 (10,25%). Отклонения в большем проценте случаев 69,23% (198) были представлены девушками с дефицитом массы тела, полнота и ожирение определялись значительно меньшим количеством - 20,45%; среди юношей дефицит массы выявлялся реже – 28,26% (39), полнота и ожирение чаще (табл. 2).

Таблица 2. Показатели ИМТ в зависимости от пола

Показатели	ИМТ девушки (286 - 21,25%)			ИМТ юноши (138 -10,25%)		
Пол	<18,5 кг/м^2	>25 кг/м^2	>30 кг/м^2	<18,5кг/м^2	>25 кг/м^2	>30 кг/м^2
Кол – во,%	69,24% (198)	24,47%(70)	6,29%(18)	28,26%(39)	60,87%(84)	10,87%(15)

Таблица 3. Характеристики биоимпедансометрических показателей студентов с дефицитом массы тела в зависимости от пола

Пол	Ж n =286		М n =138		P<
	<18,5 кг/м^2 N=198	>25 кг/м^2 N=88	<18,5кг/м^2 N=39	>25 кг/м^2 N=99	
Параметры	1	2	3	4	
Рост, см	166,42±0,63	167,53±1,05	176,38±1,73	179,19±0,9	P_{1-2}>0,5; P_{3-4}>0,5
Вес, кг	49,24±0,49	86,01±2,5	55,1±1,2	96,15±1,6	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
ИМТ кг/м^2	17,52±0,08	30,93±0,71	17,66±0,13	29,96±0,57	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Окружность талии, см	62,31±0,36	89,14±1,48	62,82±1,14	91,31±1,28	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Окружность бедер, см	86,36±0,42	110,63±1,7	86,17±0,91	107,37±1,03	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
АКС, ом	593,3±6,09	443,1±12,48	585,56±14,74	397,98±6,72	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
РКС, ом	84,88±1,35	67,3±1,97	83,37±1,57	65,09±1,75	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Фазовый угол, ○	8,17±0,13	8,77±0,3	8,15±0,18	9,38±0,29	P_{1-2}<0,05; P_{3-4}<0,01

ЖМ, кг	5,7±0,35	27,87±1,86	4,71±0,61	21,92±1,4	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
ЖМ, %	11,5±0,65	31,48±1,78	9,27±1,29	22,61±1,19	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
ТМ, кг	43,83±0,55	60,91±2,22	47,46±1,86	72,55±1,29	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
ТМ, %	89,52±1,28	72,1±3,15	86,27±2,97	76,3±1,58	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,01
АКМ, ед.	27,61±0,43	40,01±1,87	29,86±1,27	48,76±1,38	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
АКМ %	62,71±0,41	65,32±1,42	62,78±0,7	66,88±0,96	P_{1-2}<0,05; P_{3-4}<0,05
Общая жидкость, л	32,16±0,4	44,58±1,63	34,74±1,36	53,11±0,94	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Общая жидкость, %	65,69±0,93	52,76±2,3	63,14±2,17	55,85±1,15	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Талия/ бедро, ед.	0,72±0,005	2,31±0,01	0,73±0,01	0,85±0,01	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001
Основной обмен, ккал	1485,21±12,96	1880,4±58,97	1558,75±40,27	2144,37±46,08	P_{1-2}<0,001; P_{3-4}<0,001

АКС-активное клеточное сопротивление; РКС – реактивное клеточное сопротивление; ЖМ-жировая масса; ТМ-тощая масса; АКМ-активная клеточная масса.

Показатели роста девушек и юношей в зависимости от ИМТ не имели значимых различий, в отличие от показателей веса, окружности талии и окружности бедер, которые вне зависимости от пола были выше у студентов с повышенной массой тела. Активное и реактивное клеточные сопротивления имели противоположный характер, были выше у студентов с низкой массой. Фазовый угол не имел значимых различий в зависимости от ИМТ и пола. Жировая масса, ее относительные и абсолютные показатели значимо выше у лиц с ИМТ >25 кг/м^2. Абсолютные показатели тощей массы значимо выше у студентов с повышенной массой тела, но процентное ее содержание выше у лиц с дефицитом массы. Абсолютные и относительные показатели активной клеточной массы значимо выше у студентов с повышенной массой тела. Объем общей жидкости выше у лиц с повышенной

массой, а процентное содержание выше у студентов с дефицитом массы тела. Энергетические затраты выше у студентов с повышенной массой тела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхов И.П., Сульдин С.А., Протасова Н.Н. Методические подходы к оценке факторов риска здоровья населения //Сибирское медицинское обозрение. -2012. - №6. – С. 80-85.
2. Блинова Е.Г., Акимова И.С., Чеснокова М.Г., Демакова Л.В. Результаты анализа антропометрических и биоимпедансометрических исследований у студентов города Омска //Современные проблемы науки и образования. -2014. -№3. – С. 22-27.
3. ВОЗ: Меморандум совещания,созванного ЮСАИД, ВОЗ, ПАОЗ и организацией по оказанию помощи матерям («Mother Care»). Применение антропометрии у женщин для прогнозирования исходов беременности //Бюл. ВОЗ. – 1991. – Т.69, №5. – С. 11 – 21.
4. Егорычева Е.В., Мусина С.В. Исследование отклонений массы тела у современной студенческой молодежи //Современные исследования социальных проблем. - 2011. –Т.8, №4. – С.57-61.
5. Лосева, Т.А., Голубкина Н.А., Рачкова В.П. Физическое и психическое здоровье первокурсников //Среднее профессиональное образование. Комплект. - 2011. - №8. - С. 46-47.
6. Мартиросов Э.Г., Николаев Д.В., Руднев С.Г. Технологии и методы определения состава тела человека.– Москва: «Наука» РАН, 2006. – 246 с.
7. Мишкова Т.А., Негашева М.А. Характеристика физического развития юношей-студентов МГУ 16-18лет //М., 2002. – Деп. ВИНИТИ №1010-В2002.
8. Пешков М.В., Шарайкина Е.П. Показатели массы тела студенческой молодежи: современное состояние проблемы //Сибирское медицинское обозрение. -2014. - №4. – С. 35-39.

УДК 572.087+616.714.1-071.3:616-056.5

АНАЛИЗ КЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ С ОТКЛОНЕНИЯМИ МАССЫ ТЕЛА

Н.А. Евсеева , П.И. Балбуков, Е.А. Колупаева

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

Кафедра анатомии и гистологии человека
Научные руководители: аспирант кафедры анатомии и гистологии человека М.В.Пешков, д.м.н., проф. Е.П.Шарайкина

В отечественной и зарубежной литературе не ослабевает интерес в изучении вопроса отклонений показателей массы тела от нормы, особенно в молодом возрасте, в том числе студентов [2]. Актуальность проблемы заключается в том, что, по мнению ученых[1], детальных исследований в отношении отклонений массы тела от принятой нормы у молодых людей в комплексе со стоматологической оценкой индивида практически не проводилось, в то время как рост стоматологической заболеваемости среди студентов, обучающихся в ВУЗах растет.

Студенческий возраст один из критических периодов в биологическом, психическом и социальном развитии. Возрастающая интенсивность и напряженность в современной жизни, нарастающая гиподинамия, не совсем адекватное питание способствуют увеличению соматических и других заболеваний и накладывают особый отпечаток на здоровье молодежи [5]. Недооценка отклонений массы тела, как в сторону дефицита, так и в сторону её увеличения и ожирения, может сказаться в последующие годы в будущей профессиональной или трудовой деятельности молодого человека [4], поэтому целью работы явилось изучение кефалометрических и антропометрических характеристик молодых людей с отклонениями показателей массы тела.

Обследовано 156 студентов юношеского периода онтогенеза (16-21 год), обучающихся на младших (первом и втором) курсах КрасГМУ и прошедших диспансеризацию в Университетской клинике вуза в отделении общеврачебной практики. Дополнительно у них определялись такие антропометрические параметры как рост, вес, окружность грудной клетки, на основе которых рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) [1,7]. Согласно классификации ВОЗ, показатель ИМТ<18,5 кг/м^2 расценивается как хроническая энергетическая недостаточность (ХЭН), а показатели <18,5 кг/м^2 -16 кг/м^2 – как дефицит массы тела, показатель ИМТ<16 кг/м^2 – как выраженный её дефицит. Верхней границей нормы индекса массы тела считается порог в 25,0 кг/м^2 [1]. 25 -29,99 кг/м^2 – соответствует повышенной массе тела, ≥30,00 кг/м^2 – ожирение.

Кефалометрические методы включали измерения следующих параметров: продольного и поперечного диаметров головы, скулового, бигониального диаметров и верхней высоты лица. На основании кефалометрических показателей определялись типы головы и лица. Головной указатель до 74,9 соответствовал долихокефалии, 75,0-79,9 –

мезокефалии, а свыше 80,0 – брахикефалии. Лицевой указатель до 49,9 - широколицым (эуренам), 50,0-54,9 – мезенам, свыше 55,0 – узколицым (лептенам) [6]

Результаты исследования показали, что среди 156 обследованных студентов с отклонениями массы тела на младших курсах КрасГМУ выявлено 93 (59,62%) студента с дефицитом массы тела, с повышенной массой – 63 (40,38%), т.е. с дефицитом массы тела регистрировались в 1,5 раза чаще. Среди студентов с дефицитом массы тела девушки выявлялись в 86% случаев, юноши – в 14%, повышенная масса тела или ожирение регистрировались в 2 раза чаще среди юношей.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы SPSS, версия 20.0. Описательная статистика представлена для количественных переменных в виде средних арифметических и их стандартных ошибок, для качественных – в виде абсолютных значений, процентных долей и стандартных ошибок. При сравнении данных с нормальным распределением использован критерий Стьюдента. Статистически значимыми считались значения $p<0,05$.

Анализ показателей мозгового черепа выявил, что среди студентов вне зависимости от ИМТ практически у каждого второго регистрировался мезокефалический тип головы. У студентов с повышенной массой тела значимо чаще выявлялся брахикефалический тип головы, с пониженной массой тела в 10 раз чаще - долихокефалический (табл.1).

Таблица 1 - Типы головы студентов с отклонениями массы тела

Показатели	ИМТ<18,5 кг/м^2 n=93	ИМТ>25,0 кг/м^2 n=63	Достоверность p<
Брахикефалы	27,95%	57,14%	p<0,001
Мезокефалы	55,92%	41,30%	p<0,001
Долихокефалы	16,13%	1,56%	p<0,001

Анализ показателей лицевого черепа выявил, что вне зависимости от ИМТ тип лица мезены не имел значимых различий. Среди студентов с дефицитом массы тела статистически значимо выявлялись узколицые - лептены (табл.2), среди лиц с повышенной массой тела - эурены.

Таблица 2 – Типы лица студентов с отклонениями массы тела

Показатели	ИМТ<18,5 кг/м^2 n=93	ИМТ>25,0 кг/м^2 n=63	Достоверность p<
Лептены	28,80%	12,70%	p<0,001

Мезены	46,24%	47,62%	p>0,05
Эурены	27,96%	39,68%	p<0,001

Таким образом, типы головы и лица в зависимости от индекса массы телаи мели значимые различия. Для лиц с дефицитом массы тела характерны - мезокефалическая и долихокефалическая формы головы и тип лица – липтены. Среди лиц с повышенной массой тела в 2 раза чаще регистрируется брахикефалическая форма мозгового черепа и тип лица – эурены (широколицие).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВОЗ: Меморандум совещания,созванного ЮСАИД, ВОЗ, ПАОЗ и организацией по оказанию помощи матерям («Mother Care»). Применение антропометрии у женщин для прогнозирования исходов беременности //Бюл. ВОЗ. – 1991. – Т.69, №5. – С. 11 – 21.
2. Егорычева Е.В., Мусина С.В. Исследование отклонений массы тела у современной студенческой молодежи //Современные исследования социальных проблем. - 2011. –Т.8, №4. – С.57-61.
3. Лосева Т.А., Голубкина Н.А., Рачкова В.П. Физическое и психическое здоровье первокурсников //Среднее профессиональное образование. Комплект. - 2011. - №8. - С. 46-47.
4. Мишкова Т.А., Негашева М.А. Характеристика физического развития юношей-студентов МГУ 16-18 лет //М., 2002. – Деп. ВИНИТИ №1010-В2002.
5. Пешков М.В., Шарайкина Е.П. Показатели массы тела студенческой молодежи: современное состояние проблемы //Сибирское медицинское обозрение. -2014. - №4. – С.

юношеского возраста в зависимости от физического статуса:

6. Шарайкин П.Н. Соматометрические, кефалометрические и одоитометрические характеристики женщин в зависимости от соматотипа: Автореф. дис...канд. мед. наук /П.Н. Шарайкин. Красноярск, 2000. 23с.
7. Heymsfield S.B., Gallagher D., Mayer L. Scaling of human body composition to stature: new insights into body mass index //Am. J. Clin. Nutr. – 2007. – V.86, №1. – P. 82–91.

УДК 616.127-005.4:615

ЭКСПЕРИЕНТАЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА КАК МОДЕЛИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ КАРДИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

К. В. Егорова, К. И. Бахарева, А.В. Ноговицин

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск)
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины
Научный руководитель: к.б.н., асс. К.И. Ершов

В экономически развитых странах отмечается резкое увеличение заболеваемостью ишемической болезнью сердца. Причём инфаркт миокарда (ИМ), как одно из ее клинических проявлений, является одной из главных причин смертности в мире (12 % от общего числа смертей) [5]. В связи с этим важной задачей экспериментальной медицины становится как можно более точное моделирование ИМ и поиски новых способов борьбы с ним.

Цель нашего исследования – экспериментальная модификация методов лекарственной и хирургической ишемии миокарда.

Для достижения поставленной цели были определены задачи исследования:

1. Поиск полулетальной дозы (LD50) добутамина при внутривенном введении мышам линии СВА.
2. Оценка эффективности тромбовазима по степени выживаемости мышей при действии LD50 добутамина.
3. Разработка метода обратимой окклюзии левой коронарной артерии у крыс без применения ИВЛ.

Первый этап эксперимента проведен на 80-ти мышах-самцах линии СВА. Вес мышей составлял 15–20 г. Всех животных содержали при свободном доступе к пище и воде. Добутамин вводили внутривенно 50-ти мышам в дозировке: 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 75, 100 мг/кг. Оценивали количественный эффект по смертности/выживаемости. LD50 рассчитывали по методу Беренса-Шлоссера.

Работа с добутамином требовала аккуратности и спокойствия. Дополнительный стресс у животных может вызывать преждевременную смерть даже при минимальных дохах.

Во второй части эксперимента животные были разделены на три группы по 10 мышей в каждой. Первой контрольной группе животных вводили внутривенно добутамин в дозе LD50. Вторая группа животных являлась моделью профилактики инфаркта миокарда на фоне принятия тромбовазима [3, 4]. Им вводили внутривенно тромбовазим в дозе 380 Ед/кг за два часа до введения добутамина (LD 50). Третья группа животных являлась моделью лечения инфаркта миокарда препаратом тромбовазим. При внутривенном введении добутамина (LD50) токсическое действие препарата развивалось моментально, поэтому животным за 20 мин до введения добутамина внутрибрюшинно вводили тромбовазим в дозе 380 Ед/кг [1].

Добутамин — β_1-адреномиметик, стимулятор сердечной деятельности. Применяется как кардиотоническое лекарственное средство, но может быть использован при моделировании инфаркта миокарда [2].

Токсический эффект добутамина развивался мгновенно: гибель животных происходила в интервале от 0 до 60 мин. При внутривенном введении 100 мг/кг добутамина летальность составила 100%. Нижняя граница летальности (смертность 1 животного из 5) составила 35 мг/кг, верхняя – 50 мг/кг (5 животных из 5). В полученном диапазоне с интервалом 5 мг/кг отслеживался фактический эффект добутамина. Из полученных доз были рассчитаны предполагаемые эффекты. Методом Беренса и Шлоссера найдена LD50 добутамина для мышей-самцов линии СВА, которая составила 44,12 мг/кг.

Результаты проведенного исследования по оценке эффективности тромбовазима на фоне введения токсической дозы добутамина показали, что в контрольной группе соотношение выживших и погибших животных соответствовала LD50 добутамина. Во второй и в третьей группе животных процент выживаемости мышей составил по 70 %. На основе приведенных результатов можно сделать вывод, что профилактическое и лечебное влияние тромбовазима оказывают схожее действие и способствуют уменьшению процента смертности на 20 %.

Ранее нами уже применялась необратимая перевязка левой нисходящей коронарной артерии у крыс без использования аппарата ИВЛ в рамках экспериментального моделирования ИМ с последующим лечением [6]. Используя опыт предыдущих экспериментов, мы решили добиться адекватного моделирования ИМ с возможностью ослабления узла, пережимающего артерию, для осуществления реперфузии миокарда – третья часть эксперимента.

Заблаговременно до начала операции подготавливали небольшой фрагмент катетера (зонд питательный CH/FR-04), который прокалывали поперечно в середине длины и нанизывали на нить атравматической иглы (Капрон USP 5-0), которая впоследствии применялась для наложения лигатуры. Затем для фиксации катетера на нити вокруг него завязывался узел. Полученная конструкция давала возможность для временного наложения лигатуры на сосуд.

Перед операцией животному интраперитонеально вводили инъекционный наркоз (смесь золетила и ксилозина). Укладывали на операционный столик и регистрировали ЭКГ до операции. Дальнейшие манипуляции проводились с максимальным соблюдением правил асептики и антисептики. Рассекали кожу и мышцы на уровне 3–6-го ребер, отступая влево от грудины на 1 см. 4-е, 5-е и 6-е ребра также рассекали, открывая доступ к сердцу. Накладывали лигатуру на левую нисходящую коронарную артерию на расстоянии около

3 мм ниже левого предсердия. Фрагмент катетера при этом оказывался между артерией и узлом лигатуры, не препятствуя сдавливанию сосуда нитью и одновременно обеспечивая возможность ослабления узла. Время нахождения в открытой грудной клетке составляло не более 3 мин. Вентиляция легких во время работы в открытой грудной клетке осуществлялась с помощью детского ручного легочного реанимационного мешка (Unomedical). Затем зашивали мышцы и ребра, прикрывали рану салфеткой, смоченной в физиологическом растворе, и клали животное на левый бок, чтобы облегчить функционирование правого легкого, наименее затронутого в ходе операции. По прошествии 30 мин от момента перевязки артерии снова регистрировали ЭКГ для подтверждения факта возникновения ИМ. Далее снимали швы, вновь открывая грудную полость, ослабляли лигатуру и извлекали нить вместе с фрагментом катетера, затем послойно зашивали рану. Непосредственно перед наложением кожных швов рану обрабатывали антибиотиком (ампициллином). ЭКГ также регистрировалась через 30, 90 мин от момента начала реперфузии, через двое суток, неделю после операции.

По прошествии 30 мин после операции в I отведении у животных наблюдалось резкое повышение амплитуды зубца Т и снижение амплитуды комплекса QRS (Рис. 1). Это свидетельствует о наличии ИМ, индуцированного перевязкой артерии. Через 30 и 90 мин после реперфузии миокарда подобная тенденция сохраняется. На вторые сутки у крыс комплекс QRS и зубец Т инвертированы, начинает происходить рубцевание миокарда в зоне некроза. Через неделю происходит компенсация амплитуды комплекса QRS.

Динамика изменения амплитуды комплекса QRS (Рис. 2) при необратимой окклюзии левой коронарной артерии и при 30-минутной ишемии с последующей реперфузией: в обоих случаях амплитуда снижается через 30 мин после начала ишемии. При необратимой перевязке амплитуда продолжает снижаться ко 2-м суткам, а положительная динамика наступает только через неделю после ишемии. При ишемии/реперфузии снижение носит краткосрочный характер, и быстрее идет процесс восстановления амплитуды QRS. Из этого можно сделать вывод, что применяемая модифицированная методика временной окклюзии коронарной артерии по характеристикам ЭКГ адекватно моделирует ИМ.

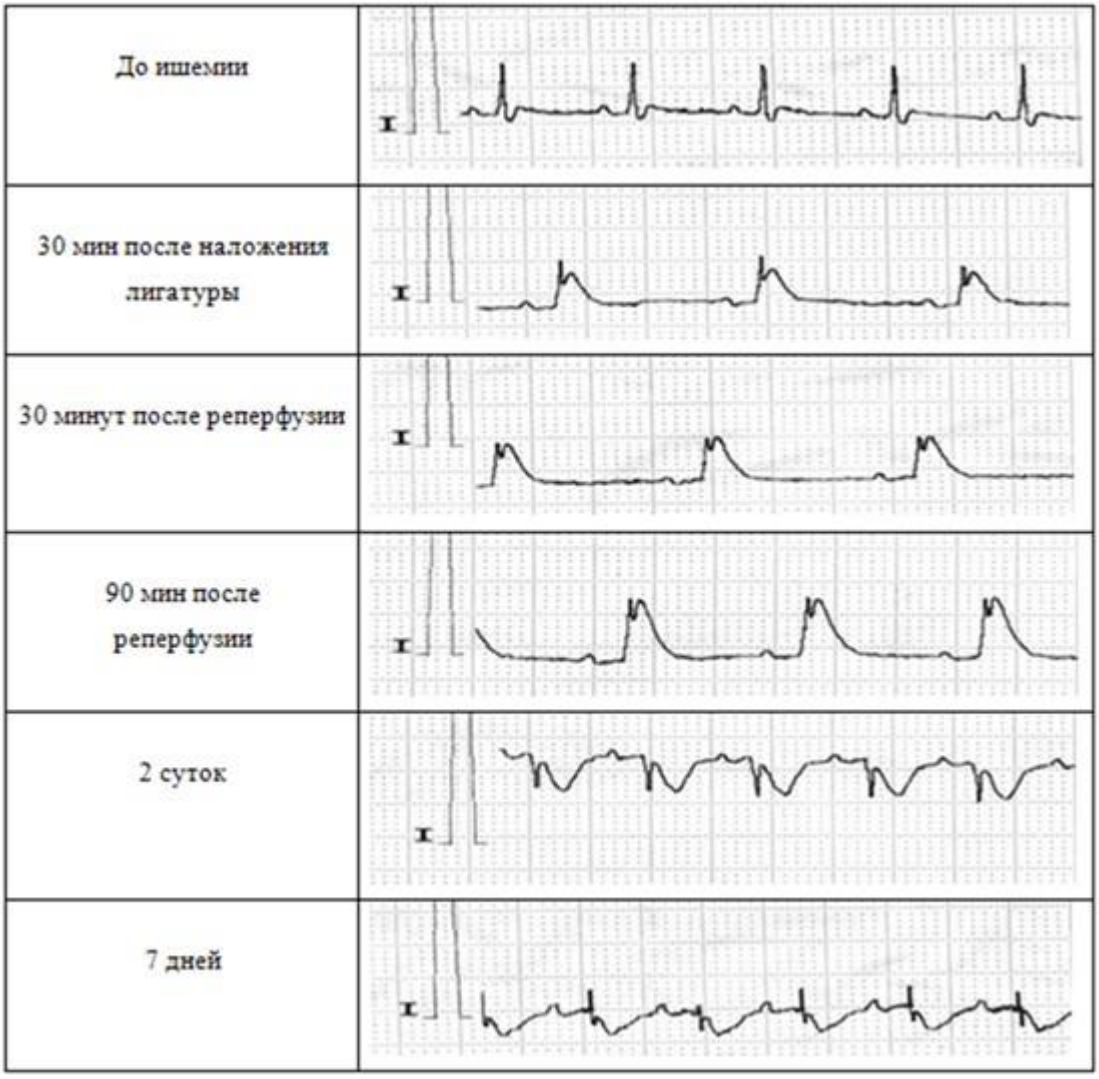


Рисунок 1 - Изменения ЭКГ в I отведении в процессе эксперимента

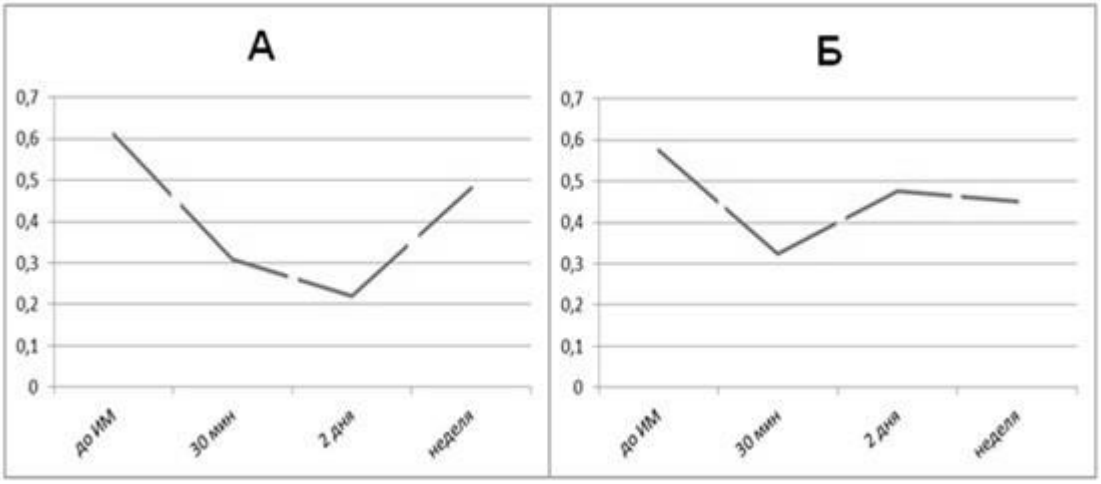


Рисунок 2 - Изменения амплитуды комплекса QRS II (мВ)

Примечание: А — необратимая окклюзия левой коронарной артерии; Б — 30-минутная ишемия миокарда с последующей реперфузией.

Выводы:

1. Полулетальная доза добутамина при внутривенном введении мышам линии СВА составила 44,12 мг/кг.

2. Профилактическое и лечебное влияния тромбовазима оказывают схожее действие и способствуют уменьшению смертности на 20 %.

3. Модификация метода, судя по характеристикам ЭКГ, является адекватной моделью ишемии/реперфузии миокарда без применения аппарата ИВЛ и может быть использована в дальнейшем для изучения кардиотропных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антитромботический и тромболитический эффекты нового отечественного протеолитического препарата Тромбовазима / М. Б. Плотников [и др.] // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 2009. — Т. 147, № 4. — С. 418–421.

2. Гиляров М. Ю. Применение добутамина в кардиологической практике / М. Ю. Гиляров // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — М., 2008. — Т. 5, № 5. — С. 67–70.

3. Гндоян И. А. Применение фибринолитического препарата «Тромбовазим» в лечении фибриноидного синдрома после экстракции катаракты / И. А. Гндоян // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2012. — № 2. — С. 28–32.

4. Ершов К. И. Изучение влияния препарата тромбовазим на миокард при окклюзионном инфаркте / К. И. Ершов, А. А. Серяпина, О. В. Повещенко // Материалы XI Международной конф. «Фундаментальные проблемы лимфологии и клеточной биологии». — Новосибирск, 2013. — С. 124–126.

5. Конюхова Е. В. Ассоциация точечных мутаций митохондриального генома с развитием сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] / Е. В. Конюхова, Ф. К. Алимова, О. А. Кравцова // Электронный журнал «Структура и динамика молекулярных систем». — Казань. — 2009. — № 6, А.

6. Лопухин Ю. М. Экспериментальная хирургия / Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. — М.: Династия, 2011. — 584 с.

УДК: 582.734.4:581.19

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ РОДА ЛАПЧАТКА (POTENTILLA L.)

Д.А. Екимов
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно – Ясененцкого
Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии
Научный руководитель: канд.фарм.наук, доц. Е.Е.Савельева

Биологически активные вещества – вещества, которые способны оказывать влияние на биологические процессы в организме. Флавоноиды представлены многочисленной группой природных биологически активных соединений - производных бензо-ɣ -пирона, в основе которых лежит фенилпропановый скелет, состоящий из С6—С3—С6-углеродных единиц. Кумарины - природные соединения, в основе которых лежит бензо-α-пирон (лактон цис-орто-оксикоричной кислоты). Дубильными веществами называют растительные полифенольные соединения различной молекулярной массы, способные дубить кожу. В настоящее время доказано, что эти биологические активные вещества могут проявлять различные виды фармакологической активности: Р-витаминная, желчегонная, гипотензивная, седативная и т.д. В связи с эти актуальным является изучение этих биологически активных веществ новых перспективных растений флоры Сибири лапчатки седоватой (*PotentillacanescensBesser.),* трехпарной *(tergeminaSojak.) и* Гольдбаха *(goldbachiiRupr).*

Цель работы: изучение химического состава и количественного содержания биологически активных веществ в лапчатке в надземной части лапчаток *PotentillacanescensBesser., tergeminaSojak. и goldbachiiRupr.*

Задачи:

1. Провести качественные реакции для обнаружения основных биологически активных веществ растительного происхождения: флавоноиды, дубильные вещества, кумарины, антрахиноны, полисахариды, аскорбиновая кислота.

2. Провести хроматографическое обнаружение флавоноидов.

3. Определить количественное содержание дубильных веществ, аскорбиновой кислоты, полисахаридов, флавоноидов в надземной части лапчаток *PotentillacanescensBesser., tergeminaSojak. и goldbachiiRupr.*

Материалы и методы.

Объектом исследования служили надземные части *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak., PotentillagoldbachiiRupr.*, сем. *Rosaceae*, заготовленные в фазу массового цветения (июль-август) в период с начала июля по конец июля 2014 года.

Лапчатка седоватая – *PotentillacanescensBesser.,* собрана в окрестностях с. Аникино Томского района Томской области.

Лапчатка трёхпарная – *PotentillatergeminaSojak.,* собрана в Республики Хакасия, Ширинском районе, окрестностях с. Ефремкино.

Лапчатка Гольдбаха – *PotentillagoldbachiiRupr.*, собрана в Томской области, вблизи с. Коморова.

Надземные части растений высушивали воздушно-теневым способом и измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с диаметром отверстий 2-4 мм.

Для исследования использовали сырье с содержанием влаги: 1)PotentillacanescensBesser. - 8,1 %. 2)P. tergeminaSojak. - 8,0 %; 3)P. goldbachiiRupr. - 8,6 %.

Для исследования использовали сырье с содержанием золы общей: 1)PotentillacanescensBesser. – 20,28 %; 2)P. tergeminaSojak. – 14,54 %; 3)P. goldbachiiRupr. – 14,03 %.

В работе использовали:

1) классические фитохимические методы анализа для обнаружения полисахаридов, кумаринов, дубильных веществ и аскорбиновой кислоты.

2) пластинки для тонкослойной хроматографии (ТСХ) Sorbfil ПТСХ-АФ-А-УФ.

3) системы растворителей для ТСХ: *н*-бутанол-уксусная кислота-вода (4:1:5).

4) детекторы: пары аммиака; 2% спиртовой раствор алюминия хлорида, УФ-свет (254нм, 365 нм).

5) содержание дубильных веществ определяли перманганотометрически по ГФ XI. Титрант: перманганат калия (0,02 моль/л). Индикатор: индигосульфокислота (0,1%). Точку эквивалентности определяли по появлению золотисто-желтого окрашивания. [1]

6)содержание кислоты аскорбиновой проводили титриметрическим методом, который основан на способности аскорбиновой кислоты восстанавливать 2,6-дихлорфенолиндофенол. [3]

7)содержания полисахаридов проводили гравиметрическим методом по ГФ XI. [2]

8) содержание флавоноидов проводили спектрофотометрическим метод анализа по ГФ XI.

Результаты.

1. Качественное обнаружение флавоноидов в надземной части *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,PotentillagoldbachiiRupr.*

1) Реакция с солями тяжелых металлов. При добавлении к спиртовому извлечению из лапчаток, спиртового раствора алюминия хлорида наблюдали желтое окрашивание, что указывает на наличие флавоноидов.

2) Метод ТСХ.

На пластинку на линию старта наносили спиртовое извлечение из лапчатки седоватой, трехпарной, Гольдбаха и спиртовые растворы стандартных образцов рутина и кверцетина. После пластинку опускали в хроматографическую камеру с указанными системами растворителей. По достижении растворителями линии финиша пластинку вынимали, высушивали и просматривали в УФ-свете до и после обработки реактивами. В исследуемом извлечении были получены пятна на хроматограммах Rf и флуоресценция, которых совпадали со стандартными образцами рутина и кверцетина, на основании чего можно сделать вывод, что в надземной части лапчатки седоватой, трехпарной, Гольдбаха содержатся рутин и кверцетин.

2. Качественное обнаружение дубильных веществ в надземной части лапчатки *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,Potentillagoldbachii Rupr.*

При добавлении к 2 - 3 мл спиртового извлечения 4-5 капель раствора железоаммонийных квасцов появилось черно-синее окрашивание, что свидетельствует о наличии гидролизуемых дубильных веществ.

При добавлении к 2 - 3 мл извлечения добавляли по каплям 1 %-ный раствор желатина. Появлялась муть, исчезающая при добавлении избытка желатина, что свидетельствует о наличии гидролизуемых дубильных веществ.

3. Качественное обнаружение полисахаридов в надземной части лапчатки *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,Potentillagoldbachii Rupr.*

При добавлении к 5 мл извлечения прибавляли 20 мл 95% спирта и перемешивали; появляются хлопьевидные сгустки, выпадающие в осадок при стоянии, это свидетельствует о наличии полисахаридов в сырье.

4. Качественное обнаружение кумаринов в надземной части лапчатки *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,Potentillagoldbachii Rupr.*

При добавлении к 3 - 5 мл спиртового извлечения добавляли 10 капель 10 %-ного КОН в метиловом спирте; раствор нагревали на водяной бане в течение 5 мин (при наличии кумаринов раствор желтеет). Затем добавляли 5 - 10 мл воды очищенной и хорошо перемешивали, после чего раствор нейтрализовали 10 %-ной HCl до кислой реакции. Наблюдалось помутнение или выпадение осадка, это свидетельствует о наличии кумаринов в сырье.

5. Качественное обнаружение аскорбиновой кислоты в надземной части лапчатки *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,Potentillagoldbachii Rupr.*

При добавлении к 1 – 2 мл извлечения, добавляли по каплям 2,6 - дихлорфенолиндофенолята натрия, произошло обесцвечивание реактива, фильтрат стал светлее. Это свидетельствует о наличии аскорбиновой кислоты в сырье.

6. Качественное обнаружение Антрахинонов (реакция Борнтренгера), в надземной части лапчатки *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,PotentillagoldbachiiRupr.*

Точную навеску кипятили на плитки с 10 мл10% раствором KOH в 50 % этаноле и фильтровали в делительную воронку. Фильтрат подкисляли разведенной HCl до слабокислой реакции и прибавляли 10 мл хлороформа; хлороформный слой окрасился в желтый цвет. 5 мл хлороформного извлечения взбалтывали с 5 мл раствора аммиака; последний окрасился в вишнево – красный цвет (эмодины), хлороформный слой остается окрашенным в желтый цвет (хризофанол). Аммиачный в вишнево – красный цвет не окрашивался, что вероятно указывает на присутствие только α-оксипроизводных антрахинона в сырье.

7. Обобщённые результаты количественного определения групп БАВ в надземной части растений рода *Potentilla*приведены в табл. 1.

Таблица 1 – Содержание групп БАВ в надземной части растений рода *Potentilla.*

Группы БАВ	*P. canescens*	*P. tergemina*	*P. goldbachii*
Дубильные вещества, %	8,87 ± 0,02	12,65 ± 0,02	11,10 ± 0,24
Аскорбиновая кислота, %	0,08 ± 0,02	0,05 ± 0,02	0,11 ± 0,02
Полисахариды, %	8,4 ± 0,2	9,2 ± 0,3	10,3 ± 0,2
Флавоноиды, %	1,2 ± 0,2	0,89 ± 0,03	2,3 ± 0,2

Как видно, виды существенно отличаются по содержанию определенных групп природных соединений.

Выводы:

1) С помощью качественных реакций установили наличие флавоноидов, дубильных веществ, кумаринов, антрахинонов, полисахаридов, аскорбиновых кислот в надземной части *PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,PotentillagoldbachiiRupr.*

2) Методом ТСХ обнаружили рутин и кверцетин в надземной части*PotentillacanescensBesser., PotentillatergeminaSojak.,PotentillagoldbachiiRupr.*

3) Содержание дубильных веществ, аскорбиновых кислот, полисахаридов, флавоноидов в надземной части *PotentillacanescensBesser.,* составило 8,87 ± 0,02%; 0,08 ± 0,02%; 8,4 ± 0,2%; 1,2 ± 0,2% соответственно, в *Potentillatergemina Sojak., составило* 12,65 ±

0,02%; 0,05 ± 0,02%; 9,2 ± 0,3%; 0,89 ± 0,03% *соответственно, в Potentillagoldbachii Rupr., составило* 11,10 ± 0,24%; 0,11 ± 0,02%; 10,3 ± 0,2%; 2,3 ± 0,2%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная фармакопея СССР. XI издание. – М.: Медицина, 1987. – Вып. I. Общие методы анализа. – С. 337

2. Государственная фармакопея СССР. XI издание. – М.: Медицина, 1990. Вып. II. ФС 20. – С. 264 - 266

3. Гринкевич Н.И. Химический анализ лекарственных растений / Н. И. Гринкевич, Л.Н. Сафронич. – М.: Высшая школа, 1983. – С. 9-10

УДК 618.162-089.85

РОЛЬ ЭПИЗИОТОМИИ В РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ III-IV СТЕПЕНИ

В.К. Емельянова, Г.Т. Микаиллы

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научный руководитель: д. м. н., проф. В. Б. Цхай

Актуальной проблемой современного акушерства является сохранение здоровья и жизни матери и ребенка [3]. Проблема акушерского травматизма мягких тканей половых путей в родах и его неблагоприятных последствий для организма женщины до настоящего времени остается одной из важных в акушерстве и гинекологии. Несмотря на существенные успехи в лечении травм мягких тканей родовых путей, инфекционные осложнения развиваются у 19,3% родильниц [2]. Даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем предрасполагают к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, что приводит к опущению и выпадению тазовых органов, а при разрыве III степени может возникнуть недержание газов и кала, что значительно ухудшает качество жизни пациенток[2,4]. Разрывы матки случаются - от 0,1 до 0,05% общего числа родов, или один разрыв на 3000-5000 родов, а разрывы мягких тканей родового канала наблюдаются в 6-20% родов, что требует более повышенного внимания к этой проблеме. Эта проблема достойна более подробного и тщательного изучения, чтобы понять причины и факторы, предрасполагающие к разрыву промежности III-IV степени и найти способы их предупреждения. Более подробно как один из факторов будет рассмотрена эпизиотомия.

Целью исследования являлась оценка роли эпизиотомии как фактора в разрывах промежности III-IV степени.

Было проведено исследование случаев разрывов промежности III-IV степени в городе Красноярске, за последние 11 лет. По историям родов, полученных в архиве, проведена статистическая обработка полученных данных. Осуществлен анализ отечественных и зарубежных статей по проблеме исследования эпизиотомии. Количество разрывов промежности III-IVстепени за последние 11 лет в городе Красноярске составило 58 случаев. У 34 женщин эпизиотомия являлась причиной разрыва промежности, т.е выполненный разрез продолжался в разрыв. У 11 женщин, получивших разрыв промежности в анамнезе имеется эпизиотомия. В структуре причин разрывов промежности III-IV степени при ретроспективном анализе лидирующее место занимает эпизиотомия в родах и эпизиотомия в анамнезе. Таким образом, оценка значения эпизиотомии в профилактике глубоких разрывов промежности остается весьма неоднозначной. С одной стороны, выполнение эпизиотомии проводится с целью предотвращения разрывов промежности и профилактики повреждения наружного анального сфинктера и прямой кишки. С другой стороны, рассечение промежности является фактором, не только в 3-4 раза увеличивающим риск разрыва промежности III-IV степени, но и повышающим общее количество травм промежности. В этой связи, при выполнении эпизиотомии необходимо не только строго учитывать многочисленные факторы риска разрыва промежности, на основании которых, как правило, и выполняется эта хирургическая манипуляция, но и совершенствовать теоретические и практические навыки врачей и акушерок в выполнении медиолатеральной эпизиотомии в соответствии с последними рекомендациями.

Зарубежный опыт показывает, что во многих университетских акушерских клиниках разработаны и проводятся симуляционные и тренинговые курсы для врачей и акушерок с целью улучшения практических навыков как в выполнения эпизиотомии, так и в восстановлении целостности промежности при ее разрывах[6,7]. В дальнейшем это способствует значительному снижению распространенности разрывов промежности III-IV степени в родах, а также их долгосрочных негативных последствий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев Ю.К. Раны и раневая инфекция /Ю.К. Абаев//Хирургия. – 2006 – С. 404-423.

2. Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей/ Кулаков В.И // Акушерство и гинекология. – 2003 – № 2. - С. 23-67.

3. Радзинский В.Е. Перинатология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / Радзинский В.Е. // Гинекология. – 2006. - № 12. – С. 13-55.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский// Акушерские вопросы. – 2011. – С. 638 - 688.
5. Султанова С.Г. Причины разрывов промежности и их лечение/ С.Г Султанова // Международный медицинский журнал. – 2010. – № 5. - С. 14-69.
6. Leeman L., «Repair of Obstetric Perineal Lacerations»/ L. Leeman, M. Spearman, R. Rogers // University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, New Mexico Am Fam Physician. 2003 Oct 15; 68(8):1585-1590.
7. Stedenfeldt M «Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study»/ Stedenfeldt M, Pirhonen J , Blix E , Wilsgaard T , Vonen B , Qian P . // BJOG. 2012 May; 119 (6): 724–730.

УДК 159.922

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА В ПРЕДСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД

Е. К. Емельянова
Красноярский государственный
медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: старший преподаватель Ю. В. Живаева

Проблема юношеской тревожности, как основы эмоциональных расстройств в настоящее время является междисциплинарной. Она относится к сферам интересов возрастной, педагогической, медицинской психологии. Тревогу рассматривают и в качестве преходящего психического состояния, возникающего под воздействием стресогенных факторов и как феномен сопутствующий фрустрации социальных потребностей и в качестве специфического личностного свойства.

Исследование уровня тревожности у студентов в предсессионный период является актуальной, так как тревожность является частым симптомом неврозов и функционального психоза, а также входит в синдромологию других заболеваний или же является причиной расстройства эмоциональной сферы личности.

Тревожность – это субъективное проявление неблагополучия личности, ее дезадаптации. Тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грядущей опасности, является выражением неудовлетворения значимых потребностей человека, актуальность при ситуативном переживании тревоги и устойчиво доминирующих по гипертрофированному типу при постоянной тревожности.

Объект исследования: тревожность как психологический феномен.

Цель тренинга: уменьшение напряжения и повышенной тревожности методами аутогенной тренировки

Теоретико-методолоогической основой нашего исследования являются работы отечественных и зарубежных ученых. С целью изучения показателей уровня тревожности у студентов 101 группы факультета Клинической психологии нами были использованы методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина), Проективная методика «Рисунок человека».

С целью изучения тревожности у студентов-первокурсников нами было организовано и проведено исследование на базе кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета. И вуз тоже Выборка исследования:20 человек (по 17 в группе). Средний возраст исследуемых от 18 до 20 лет.

В качестве диагностического инструментария мы использовали методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), Личностную шкалу проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина). В результате исследования показателей тревожности по методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина были получены следующие результаты.

У второй группы по первой шкале высокий уровень тревожности представлен у 10% испытуемых, что говорит что характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, средний уровень тревожности характерен для 51% испытуемых, 34% испытуемых характеризуются низким уровнем тревожности и у 5% испытуемых выявлен очень низкий уровень тревожности, что иногда является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

По второй шкале высокий уровень тревожности выявлен у 5% испытуемых, что характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, средний уровень тревожности характерен для 59% испытуемых, 24% испытуемых характерен низкий уровень тревожности и для 12% испытуемых характерен очень низкий уровень тревожности.

Данные по личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор адаптация Т.А.Немчина) таковы:

Данные первой группы: очень высокий уровень тревожности выявлен у 41% испытуемых , для 36% испытуемых характерен высокий уровень тревожности, у 18% испытуемых выявлена тенденция к низкому уровню тревожности и для 5% характерен низкий уровень тревожности.

Данные второй группы: высокий уровень тревожности характерен для 8% испытуемых, тенденцию к высокому уровню тревожности имеют 29% испытуемых, 52% испытуемых характерна тенденция к низкому уровню тревожности и для 11% испытуемых характерен низкий уровень тревожности.

В результате исследования показателей тревожности по проективной методике «рисунок человека» у первой группы, также отмечается более повышенный уровень тревожности, в отличие от второй группы.

Исходя из показателей исследования, выявлено, что у исследуемых первой группы факультета Клинической психологии показатели уровня тревожности выше, чем у исследуемых второй группы. На основании данных исследования мы определили первую группу как экспериментальную.

Учитывая особенности юношеского возраста и особенности проявления тревожности в юношеском возрасте, нами была разработана программа коррекции тревожности в предсессионный период:

Цель программы: уменьшение напряжения и повышенной тревожности методами аутогенной тренировки

Задачи:

- Развитие личности;

- Усилением рефлексивной способности сознания:

- Коррекция личностных качеств и умений, снятие барьеров, мешающих реальным и продуктивным действиям:

- Развитие способности адекватного и наиболее полного познания себя и других людей.

После реализации тренинговой программы была проведена повторная диагностика.

Показатели тревожности по методике диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина у первой группы в результате проведенного нами тренинга значительно снизились. По первой шкале высокий уровень тревожности выявлен у 5% испытуемых, для 16% испытуемых характерен средний уровень тревожности и для 57% испытуемых характерен низкий уровень тревожности очень низкий уровень тревожности характерен для 22%.

По второй шкале для 22% испытуемых характерен средний уровень тревожности, у 65% испытуемых выявлен низкий уровень тревожности и для 13% испытуемых характерен очень низкий уровень тревожности.

Данные по личностной шкале проявлений тревоги (Дж. Тейлор адаптация Т.А.Немчина) также были несколько снижены: высокий уровень тревожности выявлен у 5% испытуемых, для 31% испытуемых характерна тенденция к высокому уровню тревожности, у 41% испытуемых выявлена тенденция к низкому уровню тревожности и для 23% характерен низкий уровень тревожности.

Для определения статистической достоверности различий между данными выборок нами был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Полученное эмпирическое значение t по шкале «методика диагностики самооценки» (2,8) находится в зоне значимости (t кр.=1,97; $p < 0,05$), что говорит о статистической существенности различий между выборками. Для определения статистической достоверности различий между данными выборок нами был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Полученное эмпирическое значение t по шкале «личностная шкала проявлений тревоги» (2,4) находится в зоне значимости (t кр.=1,97; $p < 0,05$), что говорит о статистической существенности различий между выборками. Данный факт подтверждает эффективность проводимых нами коррекционно-развивающих мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / Психологический журнал №5.– 1992.- С. 111 - 117.
2. Артюхова, Т. Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности/ Дис. канд. психол. наук : 19.00.01 : Новосибирск, 2000.-197 с.
3. Волков, Б.С. Психология юности и молодости / Учебное пособие. – М.: Академический Проект: Трикста,2006. – 256 с.
4. Кон, И. С. Психология ранней юности/ Кн. для учителя.— М.: Просвещение, 1989.— 252 с.
5. Пасынкова, Н.Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности /Психологический журнал – 1996. - №1, 169 – 174с.
6. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / Психологическая наука и образование №2 – 1998. - 11

УДК 616.831.55-002.151-036.1

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ВЕРНИКЕ

Ю.О. Еремина, А.Ф. Шаркова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО
Научный руководитель: к.м.н., доц., А.Р. Котиков

Энцефалопатия Вернике – это острое мозговое расстройство, характеризующееся тяжелыми церебральными и психическими нарушениями, типичными морфологическими проявлениями поражения головного мозга, а также высокой летальностью [4]. Согласно мировым данным, энцефалопатия Вернике чаще выявляется среди населения развитых странах и составляет от 0,6 до 1,0% случаев. Известно что, при посмертном исследовании головного мозга диагноз энцефалопатия Вернике выставляется чаще (0,8-2,8%), чем во время клинического обследования (0,04-0,13%). Связано это с тем, что во время проведения клинических мероприятий в 75-80% случаях рассматриваемая патология не диагностируется [5]. На территории Российской Федерации, в частности Красноярского края, эпидемиологические данные энцефалопатии Вернике представлены крайне скудно. Это можно объяснить, во-первых, объективными трудностями прижизненной диагностики, а именно редкостью встречаемости и тяжелым, инкурабельным состоянием пациента, страдающего энцефалопатией Вернике. Во-вторых, несмотря на достаточно характерные морфологические признаки, судмедэксперты и патологоанатомы часто не выставляют редко встречаемую энцефалопатию Вернике в окончательный диагноз, воспринимая обнаруженные изменения, как вариант нарушения мозгового кровообращения или, как другие вазогенные расстройства.

Этиологически важными факторами в развитии энцефалопатии Вернике являются: алкогольная болезнь, тяжелые заболевания печени, чрезмерная и тяжелая рвота беременных, отравления парами формалина и солями тяжелых металлов. Возможно развитие заболевания после перенесенных операций на желудочно-кишечном тракте (резекции желудка, гастроэнтероанастомозы), приема высоких доз лекарственных препаратов таких как, нитроглицерин и толазамид, а также при наличии у пациента системных заболеваний - тиреотоксикоз, хронические инфекционные лихорадочные заболевания, заболевания почек и СПИД [5].

Выше указанные причины могут вызывать дефицит тиамина (витамин В1), что является центральным звеном в патогенезе энцефалопатии Вернике. В нейронах и клетках нейроглии тиамин превращается в тиамин-пирофосфат, который необходим для ряда биохимических процессов в головном мозге, таких как гликолиз, метаболизм липидов, синтез аминокислот и нейротрансмиттеров (глутаминовая кислота, ГАМК) [3,6].

Недостаток тиамина и соответственно недостаток ферментов биохимических реакций приводят к нарушениям функций нейронов. Основные звенья патогенеза представлены на рис.1. Классическими клиническими проявлениями являются офтальмоплегия, нистагм, атаксия и помрачение сознания. Клинические проявления включают также снижение температуры тела, тахикардию в покое, выраженную общую слабость. Дополнительным симптомами могут быть – отек дисков зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку [4].

Рисунок 1 – патогенез энцефалопатии Вернике

Макроскопические изменения при энцефалопатии Вернике в 50% случаев характеризуются наличием симметричных очагов серого цвета в сочетании с очагами точечных кровоизлияний, которые чаще всего локализуются в сером веществе по периферии водопровода, в медиальных ядрах таламуса и мамиллярных тельцах. В более редких случаях могут поражаться структуры мозжечка, варолиева моста, коры больших полушарий.

Микроскопически для энцефалопатии Вернике характерны следующие проявления: изменения нейронов по типу набухания, хроматолизиса, образование клеток-теней, с локализацией вокруг расширенных капилляров с гиалиновыми тромбами, при этом не формируется воспалительной инфильтрации и не отмечается пролиферации микрососудов. Типичными для энцефалопатии Вернике являются фибриноидный некроз стенок сосудов,

некроз паравентрикулярного ядра гипоталамуса, что приводит к развитию геморрагического инфаркта в этой области мозга [2,7].

Таким образом, морфологические изменения при энцефалопатии Вернике заключаются в нарушении кровообращения в сосудах, повышении проницаемости сосудистой стенки с развитием плазмо- и геморрагий, в некоторых случаях фибриноидного некроза стенки.

Нами были проанализированы 7 морфологических случаев с диагнозом энцефалопатия Вернике в период 2008-2015 год на базе КГБУЗ ККПАБ. В 5 случаях этиологическим фактором развития заболевания являлась клинически верифицированная и морфологически подтвержденная алкогольная болезнь. При макроскопическом исследовании было выявлено, что в четырех случаях поражались ядра таламуса и мамиллярные тельца, при этом в одном случае отмечалось выраженное кровоизлияние в просвет III желудочка. В представленных 4 случаях непосредственной причиной смерти пациентов явился отек головного мозга. В одном случае был изолированно поражен варолиев мост, при этом церебральная патология в этом случае не явилась непосредственной причиной смерти. Во всех случаях с алкогольной энцефалопатией у пациентов присутствовала клиника алкогольного делирия с признаками прогрессирующих нарушений ментального статуса. Среди так называемых неалкогольных вариантов энцефалопатии Вернике был изучен случай материнской смертности с основным заболеванием – «чрезмерная рвота беременных на сроке 12 недель». Структурные изменения у умершей затрагивали мамиллярные тельца, ядра таламуса и гипоталамуса, при этом наблюдалась яркая клиника несахарного диабета. Имел место вариант энцефалопатии Вернике у пациентки со стеатогепатитом, осложненным печеночно-клеточной недостаточностью, который характеризовался поражением подкорковых структур по периферии водопровода. Важно отметить, что ни в одном из представленных случаев, диагноз энцефалопатия Вернике клинически не верифицирован.

Энцефалопатия Вернике является трудно диагностирующейся неврологической патологией, связано это с минимальной частотой проявления классических симптомов заболевания, а также поступлением пациентов в медицинские учреждения на поздних стадиях развития патологии в состоянии поведенческих расстройств, галлюцинаций или комы. Своевременное проведение МРТ головного мозга для подтверждения диагноза, а затем парентеральное введение тиамина позволило бы уменьшить количество летальных случаев при данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нейровизуализация в диагностике редких форм энцефалопатий / В.В. Народова, М.М. Петрова, А.А. Народов, А.А. Молгачев, М.Н. Позднякова, Д.В. Домрачев, Е.А. Народова // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. - №4. – С.87-90.

2. Пауков В.С. Морфология головного мозга и сердца при алкогольных психозах / В.С. Пауков, А.И. Угрюмов, Д.Ф. Хритинин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. - №7. – С.1061-1066.

3. Сиволап Ю.П. Энцефалопатия Вернике и корскаковский психоз: клинико-патогенетические соотношения, диагностика и лечение / Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013.- №6. – С.20-26.

4. Сиволап Ю.П. Синдром Вернике-Корсакова / Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. - №4. – С. 76-80.

5. GianPietro Sechi Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recentadvances in diagnosis and management / GianPietro Sechi, Alessandro Serra // Lancet Neurol. – 2007. -№6. – P.442-455.

6. Peter R. Martin The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease / Peter R. Martin, Charles K. Singleton, Susanne Hiller-Sturmhöfel // Alcohol Research & Health. – 2003. – №2. – P.134-142.

7. Victor M. The Wernice-Korsakoff syndrome: a clinical and pathological study of 245 patients, 82 with post-mortem examination / Victor M., Adams RD, Collins GH// Contemp Neurol Ser. – 1971. -№7. – P.1-206.

УДК 616.831-005.4:617.731-073.48

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ ОПТИЧЕСКОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

А.А. Ермакова, Т.О. Бугакова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. А.А. Газенкампф

Для проведения своевременной и полноценной интенсивной терапии у больных с любой патологией центральной нервной системы врачу необходимо иметь максимально полное и четкое представление о состоянии пациента.

В настоящее время в России и за рубежом признаны и широко применяются интегральные шкалы по оценке тяжести и степени неврологического дефицита при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК).

Для объективизации уровня сознания используется наиболее распространенная сегодня шкала – шкала ком Глазго (CGS). Адекватная оценка уровня сознания по CGS позволяет своевременно и точно определить тактику ведения больного в острейший период, дает объективные основания для начала осмотерапии, перевода больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), а также установить окончательную степень неврологического дефицита [5, 6]. Динамический развернутый анализ CGS (открывание глаз, двигательная реакция, словесный ответ) дает возможность отследить, за счет каких компонентов происходит угнетение или же восстановление уровня сознания больного. Данная шкала достаточно проста в применении, ей с легкостью могут овладеть не только врачи анестезиологи - реаниматологи, но и средний медицинский персонал [1].

Однако CGS имеет ряд недостатки. Так, например, при невозможности пациента говорить (афатические нарушения, наличие трахеостомы или интубационной трубки и пр.) провести адекватную оценку по данной шкале оказывается затруднительно.

У пациентов с ОНМК также применяется шкала NIHSS, котораяпризнана не только в России, но и за рубежом. Эта шкала позволяет оценить степень выраженности неврологического дефицита, динамику прогресса (восстановления функций). Шкала NIHSS важна не только для непосредственного описания неврологического статуса, но и является маркером для определения показаний к тромболитической терапии [2].

Шкала комы FOUR позволяет точнее детализировать неврологический статус, дает оценку рефлексам ствола мозга, дыхательному паттерну, выявляет различные стадии дислокации (вклинения) мозга. Включает четыре параметра с максимальной оценкой «4»: глазные реакции, двигательные реакции, стволовые рефлексы и дыхательные паттерны. Предоставляет дополнительную информацию о прогнозе у больных с низким баллом по шкале CGS. Вероятность внутрибольничного летального исхода выше у больных с наименьшим баллом по шкале FOUR, чем у пациентов с наименьшим баллом по шкале CGS. Проведенные исследования подтвердили возможность применения шкалы в условиях отделения нейрореанимации. [3].

Следует констатировать, что для проведения адекватной терапии больным с острой цереброваскулярной патологией необходимо иметь максимальное количество информации как об исходном состоянии головного мозга, так и о динамических изменениях на фоне

проводимых мероприятий. Контроль различных показателей состояния головного мозга многие авторы называют нейромониторингом.

Для изучения динамики состояния неврологических больных важное значение имеет уровень внутричерепного давления (ВЧД), по которому можно судить о наличии внутричерепной гипертензии. Установлено, что ультразвуковое исследование зрительного нерва позволяет косвенно оценить уровень внутричерепной гипертензии за счет влияния ВЧД на интраорбитальное пространство. Измерение диаметра оптического нерва проводится на расстоянии трех миллиметров от границы сетчатки. В норме этот показатель должен быть менее 5,7 мм. Превышение данного значения свидетельствует о внутричерепной гипертензии свыше 20 мм.рт.ст.

УЗИ зрительного нерва позволяет в динамике отслеживать изменение ВЧД при отсутствии внутричерепного датчика, невозможности транспортировки на МСКТ и пр. [4]

Цель исследования - оценить значимость применения ультразвукового исследования зрительного нерва

Задачи исследования:

1. Измерить у пациентов с ОНМК диаметр оптического нерва.
2. Оценить степень неврологического дефицита по шкалам CGS, FOUR, NIHSS.
3. Провести статистическую обработку полученных данных.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 27 пациентов отделения нейрореанимации Краевой Клинической Больницы с диагнозом ОНМК. Средний возраст обследованных - 68 лет.

Всем пациентам проводилось измерение диаметра оптического нерва и оценивалась окончательная степень неврологического дефицита по шкалам CGS, FOUR, NIHSS. Измерения диаметра оптического нерва проводились в несколько этапов, соответствующих дням после поступления (1,2,3,5,7,10 дни).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе MicrosoftOfficeExcel.

Пациенты были разделены на две группы, к первой группе (n=15) были отнесены пациенты с ухудшением неврологического состояния на всех этапах наблюдений, во второй группе (n=12) значимых изменений состояния не регистрировалось.

Результаты проведенного исследования приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица № 1 - Оценка неврологического дефицита по шкалам.

	1 этап		2 этап		3 этап		4 этап		5 этап		6 этап	

GS	3,1±1,8	3,6±1,6	1,6±1,4	2,8±1,1	1,2±1,4	2,7±1,3	,6±1,4	2,1±1,1	,8±1,2	1,4±1,2	,1±1,4	1,1±1,2
OUR	4±1,1	3,8±1,2	3,4±1,4	3,6±1,1	2,8±1,2	2,6±1,1	,8±1,2	2,1±1,6	,4±1,1	1,1±1,4	,8±1,3	1,2±1,5
IHSS	1±1,4	2±1,4	3±1,2	0±1,5	4±1,1	6±1,6	4±1,2	6±1,4	5±1,2	3±1,8	6±2,1	0±1,9

У пациентов 1 группы наблюдалось ухудшение неврологического статуса в течение нескольких этапов исследования. Тогда как в другой группе пациентов значимых изменений в неврологическом статусе не регистрировалось.

Этапное измерение диаметра зрительного нерва позволяет сделать вывод, что в группе пациентов с ухудшением состояния в динамике увеличивается и диаметр зрительного нерва. Тогда как в другой группе на всех этапах исследования отмечается стабильное состояние и неизменность диаметра оптического нерва. Полученная зависимость между уровнем неврологического дефицита и диаметром оптического нерва обусловлена нарастанием отека головного мозга на фоне прогрессирующего ОНМК.

Таблица № 2 - Измерение диаметра оптического нерва на разных этапах.

	1 этап		2 этап		3 этап		4 этап		5 этап		6 этап	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Сторона поражения (см)	0,59	0,52±	0,61±	0,65±	0,6±0,	0,57±	0,78±	0,58±	0,84±	0,56±	0,9±0,	0,57±
Интактная сторона (см)	0,57	0,48±	0,44±	0,55±	0,46±	0,49±	0,61±	0,44±	0,58±	0,48±	0,64±	0,49±

Выводы:

1. Имеется прямая взаимосвязь между уровнем неврологического дефицита и диаметром оптического нерва у больных с ишемическим инсультом.

2. Показатель диаметра оптического нерва зависит от уровня внутричерепной гипертензии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bushnell, C. D. Retrospective assessment of initial stroke severity : comparison of the NIH stroke scale and the Canadian Neurological Scale / C. D. Bushnell, D. C. C. Johnston, L. B. Goldstein // Stroke. – 2001. – Vol. 32. – P. 656-660
2. Jennett, B. Assessment of outcome after severe brain damage / B. Jennett, M. Bond // Lancet. – 1975. - Vol. 1, № 7905. – P. 480-484;
3. Hunt, W. Surgical risk as related to time of intervention I the repair of intracranial aneurisms / W. Hunt, R. Hess // J. Neurosurg. – 1968. – Vol. 28, № 1. – P. 14-20.
4. Prognosis and decision making in severe stroke / R. G. Holloway, C. G. Benesch, W. S. Burgin, et al. // JAMA. – 2005. – Vol. 294. – P. 725-733
5. The ICH Score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage / J. C. III Hemphill, D. C. Bonovich, L. Besmertis et al.// Stroke. - 2001. – Vol. 32. – P. 891–897
6. Teasdale, G. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale / G. Teasdale, B. Jennett // Lancet. – 1974. – Vol. 2. – P. 81–84

УДК 616.748-002.44-08

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ МЕТОДОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Е.И. Ефремова, А.М. Приходько, Д.В. Черняев, Д.С. Арутюнян
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана
Научные руководители: к.м.н., доц. Г.Э. Карапетян, к.м.н., доц. Козлов В.В., к.м.н. асс. Р.А. Пахомова,асп. Г.Н. Гуликян

«Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности излечения» - писалСпасокукоцкий С.И. ещё в начале прошлого века. Однако, и по сей день эта проблема не потеряла своей актуальности.

На данный момент, лечение трофических язв также сложно, как и 200 лет назад. Патогенез их возникновения до конца не изучен, в клинике нет сто процентов эффективных методов и число рецидивов остается велико. В связи с этим лечение трофических язв длительное и дорогостоящее [1].

Хронические, длительно незаживающие раны (трофические язвы) нижних конечностей встречаются у 2 % трудоспособного населения в индустриально развитых странах. В пожилом возрасте их частота достигает 4-6 %. С учетом демографических показателей можно констатировать, что в России не менее 5 млн. человек страдают трофическими язвами нижних конечностей, резистентными к консервативной терапии, которые у 1-2% больных впоследствии малигнизируются. У 81% больных, наличие трофических язв приводит к ухудшению качества жизни, которое проявляется в наличии постоянных или периодически возникающих болевых ощущений, ограничении подвижности, органических и косметических нарушениях. В индустриально развитых странах трофические язвы приводят к инвалидности и нетрудоспособности чаще, чем туберкулез, ревматизм и транспортный травматизм вместе взятые [2].

Актуальность этой проблемы в современной медицине неуклонно возрастает. Это связано в первую очередь с многообразием заболеваний, приводящих к образованию трофических язв, заболеваний, нарушающих локальную гемодинамику артериальной, венозной, лимфатической систем, включая микроциркуляторный уровень поражения. Кроме этих факторов, причиной появления трофических язв могут быть различные травмы кожи, мягких тканей и периферических нервов [2].

В связи с этим, мы поставили себе цель изучить эффективность лечения трофических язв с помощью аутотрансплантации жировой ткани в эксперименте.Нашими задачами было получение модели трофической язвы в эксперименте (по модели, указанной в патенте РФ № 2510083, 20.03.2014 г.) и оценка эффективности аутотрансплантации жировой ткани при данном заболевании.

Аутотрансплантация жировой ткани (липофилинг) –методика коррекции возрастных изменений лица и контуров тела, используемая в реконструктивной и восстановительной хирургии, суть которой заключается в трансплантации (пересадке) собственной жировой ткани пациента из одной зоны в другую. На сегодняшний день в России разработкой методики липофилинга занимаются пластические хирурги [3,4].

Стимуляция ангиогенеза представляется ключевым аспектом в заживлении язв, в основе образования которых лежат нарушения микроциркуляции, поэтому воздействие стволовых клеток на этот основной патогенетический механизм позволяет рассматривать клеточную терапию в сочетании с этиотропным лечением в качестве эффективной современной альтернативы традиционным методам [2,3].

Существует много источников получения стволовых клеток. Наиболее распространенными являются красный костный мозг и жировая ткань [4].

Для достижения поставленных задач нами была выполнена серия экспериментов на 20 кроликах линии Шиншилла. Кролики были разделены на две группы (контрольная и основная). Всем кроликам двух групп изначально моделировалась трофическая язва согласно методике по патенту РФ № 2510083 от 2014 г. После получения трофической язвы, основной группе кроликов проводился второй этап оперативного лечения – аутотрансплантация жировой ткани.

В ходе самой операции с целью общей анестезии использовался современный, комбинированный препарат, золетил 100 (в/м). После обработки операционного поля и дополнительной инфильтрационной анестезии 2 % раствором лидокаина, иссекали кожу до поверхностной фасции в виде круга (что приближено к форме клинического проявления трофической раны) диаметром 50 мм, площадью 1962,5 мм^2. На поверхности дна образованной раны производили рассечение поверхностной фасции поперечными и продольными, взаимоперпендикулярными разрезами. По краям раны накладывали кисетный шов для создания картины нарушения микроциркуляции, доводя рану в диаметре до 30 мм, площадью 706,5 мм^2. В целях удержания краев раны и предотвращения их сближения накладывали кожно-фасциальные узловые швы.

Через неделю после оперативного вмешательства была получена гнойная рана, которая далее, после ежедневных перевязок в течении еще одной недели (обработки 3% перекисью водорода и раствором антисептика [диоксидин]), перетекала в вялотекущую трофическую язву.

После очищения полученной трофической язвы кроликов разделили на 2 группы.Контрольной группе (из 10 кроликов) далее применялась системная лекарственная терапия, включающая в себя ежедневные перевязки с обработкой трофической язвы 3% перекисью водорода, раствором диоксидина, наложением асептической повязки с мазью левомеколь. На фоне указанной выше традиционной терапии, основной группе кроликов производилась аутотрансплантация жировой ткани. Для этого, после обработки операционного поля и предварительной гидропрепаровки, при помощи липоаспирационной канюли до 1,2 мм в диаметре осуществлялся забор первичного аспирата из подкожно-жировой клетчатки паховых областей у опытной группы кроликов.

Далее жировую ткань отмывали 5% раствором глюкозы; полученную жировую фракцию разводили 5% раствором глюкозы в соотношении 1:1 - глюкоза-жир, встряхивали и получали взвесь. Затем через проколы на коже до 1,5 мм в мягкие ткани вокруг язвы и непосредственно под язвенный дефект вводили инъекционную канюлю до 1,2 мм в диаметре с тупым концом проводили до конца каждого маркированного луча и вводили полученную взвесь на выходе, постепенно извлекая канюлю путем одновременного надавливания на

поршень шприца. Веерообразно производилось до 5 введений взвеси с одного прокола, создавая перифокальный валик толщиной до 0,7 см.

Далее проводилось гистологическое исследование (с окраской срезов гематоксилином и эозином, пикрофуксином и гемотоксилином по Ван-Гизон) на 7-е, 14-е и 21-е сутки; исследование объема раны через каждые 3-е суток.

Проведение гистологического исследования показало, что в биоптате из края раны экспериментального животного контрольной группы на 14-е сутки после второго этапа оперативного лечения еще сохранялась лейкоцитарная инфильтрация дермы. В биоптате же из края раны экспериментального животного основной группы на 14-е сутки после второго этапа оперативного лечения,нарастала круглоклеточная инфильтрация с примесью макрофагов, фибробластов, пролиферация эндотелия мелких сосудов. Относительные показатели уменьшения объёма трофических язв после второго этапа оперативного вмешательства представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Относительные показатели уменьшения объёма трофических язв после второго этапа оперативного вмешательства.

	До операции	3-е сутки	6-е сутки	9-е сутки	12-е сутки	15-е сутки	18-е сутки
Контрольная группа	2119,5 ± 24,42 $мм^3$	2010,2 ± 21,42 $мм^3$	1965,3 ± 18,30 $мм^3$	1865,6 ± 18,45 $мм^3$ *	1776,2 ± 19,21 $мм^3$ *	1536,5 ± 18,08 $мм^3$ *	1301,1 ± 15,44 $мм^3$ *
Основная группа	2119,5 ± 25,01 $мм^3$	1921,3 ± 19,22 $мм^3$	1785,1 ± 15,9 $мм^3$ *	1589,2 ± 13,8 $мм^3$ *	1274,2 ± 14,4 $мм^3$ *	824,7 ± 9,2 $мм^3$ *	402,6 ± 8,5 $мм^3$ *

	21-е сутки	24-е сутки	27-е сутки	30-е сутки	33-е сутки	36-е сутки
Контрольная группа	1120,7 ± 11,12$мм^3$ *	924,2 ± 20,14 $мм^3$	756,7 ± 19,12 $мм^3$	563,6 ± 18,24 $мм^3$	321,4 ± 16,32 $мм^3$	218,9 ± 15,98 $мм^3$
Основная группа	0 $мм^3$ *	-	-	-	-	-

Примечание: * - $p<0,05$.

Изполученных нами данных можно сделать вывод, что применение методики аутотрансплантации жировой ткани при лечении трофических язв в эксперименте привело к сокращению периода заживления трофической язвы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петренко А.Ю. Стволовые клетки из жировой ткани /А.Ю. Петренко, Э.Н. Иванов, Ю.А. Петренко // Биотехнология. - 2008. - №4. – С. 39-48.

2. Принципы лечения больных с трофическими язвами/ Е.А. Качина, С.В. Куликов, О.Г. Новокрещенныхи др.// Бюллютень ВСНЦ СО РАМН. - 2008.- №4. - С 14-16.

3. Шутов, Ю.М.. Возможности лимфотропной терапии и аутоплазмы притрофических язвах венозной этиологии / Ю.М. Шутов, О.А. Шумков, Н.И. Севрюкова // Медицинские и фармацевтические науки. - 2014. - №2. - С 17-22

4. The fate of adipocytes after nonvascularized fat grafting: evidence of early death and replacement of adipocytes./ H. Eto, H. Kato, H. Suga, N. Aoietal. // PlastReconstrSurg.- 2012. – Vol. 5. - C 81-92

УДК 159.923-053.6

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ РИГИДНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Ю.Д. Жалнерчик

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: старший преподаватель Ю. В.Живаева

Основополагающим фактором личностного и профессионального саморазвития человека, является внутренняя среда личности, ее активность, мера взаимодействия человека с окружающим миром, а также потребность в самореализации.

Сущность ригидности как общесистемного свойства заключается в том, что она являет собой интегральный, наиболее общий показатель степени открытости психологической системы. Иными словами, чем выше ригидность, тем сильнее блокируются каналы выхода во внешнюю среду, тем сильнее игнорируются возможности самореализации, которые открываются во взаимодействии человека со средой, тем вероятнее появление поведенческих и других стереотипов в неадекватных для них условиях [2].

При низкой ригидности человек не испытывает страха перед новым, понимает необходимость самоизменения и готов к этим изменениям. По мнению Э. В. Галажинского, в обычных условиях человек может и не демонстрировать ригидного поведения, хотя нередко ригидность как состояние сочетается с ригидностью как чертой характера, а потому проявляется с исключительной силой и тотально (Галажинский Э. В., 2003).

И.О. Логинова отмечает, что одним из факторов жизненного самоосуществления человека является соответствие внешних и внутренних факторов развития: внешняя организация, делает систему либо открытой либо частично закрытой, изолированной, остающуюся как бы застывшей. В результате чего система может стать неспособной к полноценному личностному и профессиональному становлению, что может привести к распаду системы на составляющие элементы и исчезновению или патологической деформации личностного и профессионального мира человека, прежде всего это скажется на психологическом здоровье личности и успешности ее деятельности (Логинова И.О., 2010).

Процесс социализации протекает сегодня в ситуации гораздо большей, чем ранее, социальной вариативности - неопределенных социальных ситуаций, многообразия принципов организации социальных общностей, видов деятельности, социальных ролей и групповых норм. В современной действительности именно вариативность социальных ситуаций влияет на процесс становления подрастающего поколения. Изучение возможности коррекции показателей ригидности в подростковом возрасте, имеет уникальное значение с точки зрения социальной психологии, психологии личности и т.д. поскольку это период вхождения личности в широкий социальный мир, отличающийся появлением большого количества новых социальных ролей.

С целью изучения ригидности у подростков нами было организованно и проведено исследование на базе муниципального бюджетного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 18 города Красноярска. Выборка исследования представлена учащимися 9-х классов в количестве 40 человек (по 20 в классе). Средний возраст исследуемых 15 – 16 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 [3].

Анализируя показатели исследования учеников МБОУ СОШ №18 по шкале сенситивной ригидности, которая отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, страх перед новым (неофобию) мы

обнаруживаем, что у исследуемых первой подгруппы 55% -это умеренный уровень проявления ригидности, высокий – 35%. У исследуемых второй подгруппы выявлены следующие результаты исследования по данной шкале: умеренный уровень сенситивной ригидности характерен лишь для 20% исследуемых, а высокий для – 70%, так же в данном классе отмечается наличие очень высоких показателей – 5%. Низкий уровень сенситивной ригидности, свидетельствующий об отсутствии страха перед новым выявлен у 10 % исследуемых первой подгруппы и только 5% исследуемых второй подгруппы.

По шкале установочной ригидности, которая отражает личностный уровень проявления ПР, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие-непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей. В первой подгруппе преобладают показатели умеренного уровня установочной ригидности - 55 %, а у второй подгруппы - лишь 35%. Высокий уровень выявлен у 40 % учеников первой подгруппы и у 45% учеников второй подгруппы. Можно отметить разницу в показателях исследования по данной шкале и предположить, что ученики первой подгруппы в большей степени расположены на принятие-непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей. Важно отметить, что для исследуемых второй подгруппы характерно наличие очень высоких показателей, что свидетельствует о предрасположенности этих подростков к консерватизму в отношении изменений в себе.

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. Очень высокий уровень характерен для 5 % исследуемых первой подгруппы и для 10 % исследуемых второй подгруппы. Таким образом, мы выявляем различия, свидетельствующие о том, что ученики первой подгруппы в большей степени не склоны проявлять ригидность в состоянии страха, стрессе, плохого настроения.

СКР (симптомокомплекс ригидности) отражающий склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения выявлен в следующем соотношении показателей: исследуемые первой подгруппы - высокий уровень ригидности выявлен у 35%, а исследуемые второй подгруппы у 40%. Так же результаты исследования выявили различие в процентном соотношении показателей симптомокомплекса ригидности и свидетельствуют о наличии низких показателей лишь у исследуемых второй подгруппы - 10 %.

Актуальная ригидность, отражая неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания выявлена в следующем соотношении: умеренный уровень выявлен у 65% 9 первой подгруппы и у 50%

исследуемых второй подгруппы. Высокие показатели по данной шкале выявлены у 45% учеников второй подгруппы и у 25% учеников первой подгруппы.

Преморбидная ригидность отражает то, что исследуемый уже испытывал трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен, нового подхода, решения. Высокий уровень выявлен у 40 % исследуемых второй подгруппы и у 20 % исследуемых первой подгруппы. Тогда как умеренный уровень выявлен в следующих соотношениях: у учеников первой подгруппы 70% и 50% у учеников второй подгруппы. Таким образом, для учеников первой подгруппы в меньшей степени характерно испытывать трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен в подростковом возрасте.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что исследуемые подростки характеризуются личностными особенностями различного уровня проявления: одни склонны изменить присущие им фиксированные формы поведения, могут отойти от стереотипов в условиях учебной деятельности, другие – не способны изменить свое мнение, отношение при объективной необходимости.

Исходя из показателей исследования, выявлено, что у исследуемых второй подгруппы преобладают очень высокие и высокие показатели ригидности. На основании данных исследования, мы определяем данный класс, как экспериментальную группу и с ними была реализована тренинговая программа.

Основываясь на работы Э.В. Галажинского «Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности» [2] и Г.В. Залевского «Теория фиксированных форм поведения» [4], мы разработали программу тренинга по коррекции уровня ригидности подростков:

С целью выявления эффективности реализации тренинговой программы нами была проведена повторная диагностика.

В ходе анализа результатов повторной диагностики учеников МБОУ СОШ №18 по шкале СР (сенситивной ригидности), мы обнаруживаем, что у исследуемых экспериментальной группы - снизился процент высоких показателей - 65%, показатели умеренного уровня проявления ригидности, в свою очередь, возросли – 30%. Важно отметить, что по данной шкале у исследуемых экспериментальной группы очень высокие показатели не выявлены.

Анализируя данные по шкале УР (установочной ригидности), мы также можем говорить о снижении высоких показателей ригидности - 40%, с одновременным увеличением умеренных - 40% и низких показателей - 20%. Так же по данной шкале у исследуемых экспериментальной группы очень высокие показатели не выявлены.

По данным шкалы РСО (ригидность как состояние), после проведения тренинга у испытуемых экспериментальной группы очень высокие показатели не выявлены, также по данной шкале наблюдается увеличение умеренных показателей - 50%.

Анализируя результаты исследования по шкале СКР (симптомокомплекс ригидности), можно отметить рост низких показателей ригидности, после проведения тренинговой программы - 5%.

По шкале АР (актуальная ригидность) в экспериментальной группе изменений показателей ригидности не выявлено.

Результаты исследования по шкале ПМР (преморбидная ригидность) в экспериментальной группе свидетельствуют о росте низких показателей - 15% с одновременным снижением высоких показателей ригидности - 35%.

Для определения эффективности проведения программы игр и упражнений, направленной на формирование флексибильности результаты первичной и повторной диагностик были обработаны при помощи t-критерия Стьюдента, позволяющего выявить достоверность различий. Были получены результаты свидетельствующие о том, что сравниваемые значения первичной и повторной диагностик статистически достоверно различаются с вероятностью допустимой ошибки меньше 0,05 по всем шкалам методики ТОР у исследуемых экспериментальной группы, что дает нам основание сделать вывод, что реализуемая программа игр и упражнений, направленная на формирование флексибильности эффективна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

5. Бокова, О. А. Самоотношение личности и психическая ригидность // Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции/ О.А. Бокова. - Барнаул, 2000. - С. 39 - 41.

6. Галажинский,Э. В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности / Учеб. для вузов психол. специальности / Э.В. Галажинский – М., 2000.

7. Залевский, Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии:Учеб. для вузов / Г.В.Залевский. - Томск: Изд-во Том. унив.- 1993.- 272 с.

8. Лукьянов, О.В. Проблема идентичности и психической ригидности в психологической образовательной практике / Диссертац. исслед. – Томск 1999.- С.173-181

9. Марцинковская, Т.Д. Психология развития человека: Учеб. пособие. / М.: Аспект Пресс.- 2001.- 460 с.

10. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. / М.: Изд. центр «Академия» - 2000.- 456 с.

УДК 582.29 (571.51-21 Красноярск)

БИО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИШАЙНИКОВ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Н.Ю. Желейко

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии.

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

Прогрессирующий техногенез является одной из главных причин возрастающей урбанизации промышленных регионов, что, как следствие, приводит к накоплению в биосфере большого количества разнообразных ксенобиотиков. В результате чего у населения, проживающего в условиях экокризисного состояния среды, развиваются различные патологии систем органов, что неизбежно, в худшем случае, заканчивается летальным исходом. Для проведения профилактических мероприятий возникновения различных патологий систем органов, прогнозирования их распространения и смертности населения возникает необходимость поиска эффективных индикаторов среды, поскольку технические средства, которые являются сложными в эксплуатации и с высокой себестоимостью, могут обеспечить лишь количественным показателем содержания ксенобиотика в окружающей среде, без учета биологического эффекта целых групп полютантов. Использование лишайников в качестве таких биомаркеров состояния окружающей среды эффективно и удобно, поскольку благодаря своей биологии и физиологии, они способны выдерживать высокие концентрации полютантов в атмосферном воздухе [5]. Способность лишайников к долгому росту, а также произрастать в экстремальных условиях позволяет индицировать состояние среды в течении длительного времени и прослеживать динамику процессов загрязнения.

Использование лишайников в качестве биомаркеров ограничено экологическими факторами среды обитания. Абиотические влияния на лихенизированный организм могут вызывать неадекватную реакцию лишайника на загрязнители и вносить значительную погрешность в трактовку биоиндикационных исследований. Изучения экологи лишайников, их природных условий существования поможет избежать подобных неточностей.

Для раскрытия взаимосвязи лишайников и антропогенно трансформированной среды, нами были изучены адаптивные реакции видов лишайников к абиотическим экологическим факторам.

Цель работы – установить возможность лихеноиндикации окружающей среды в условиях города Красноярска.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: изучить особенности распространения видов лишайников в различных антропогенных местопроизрастаниях на территории города Красноярска; провести анализ исследуемой лихенофлоры на основе систематического и экологического анализов; установить возможность лихеноиндикации техногенного загрязнения антропогенно трансформированного среды.

Сборы изучаемого материала проводил путем рекогносцировочных и полустационарных исследований. Определяли лишайники по определителям и флорам А.Н. Окснера [9] и Н.С. Голубковой [6,7].

Экологический анализ видов лишайников проводили согласно схемы экоморф растений А.Л. Бельгарда [4]оптимизированной для целей фитоиндикации экотопа и биотопа [8]. Также для более глубокого изучения биоиндикационной возможности собранных лишайников, был проведен экологический анализ лихенофлоры относительно эколого-субстратных групп.

Объектом исследования стали лишайники селитебных территорий города Красноярска. Рекогносцировочными маршрутами были охвачены промышленные и парковые территории Свердловского района: улицы Семафорная (№ 1), Кольцевая (№ 2), Александра Матросова (№ 3), Анатолия Гладкова (№ 4), Свердловская (№ 5), Побежимова (№ 6), Академика Вавилова (№ 7), Судостроительная (№ 8), Карамзина (№ 9), Полтавская (№ 10), 60 лет Октября (№ 11), Ярыгинская Набережная (№ 12), Королева (№ 13). Определены три зоны сбора растительного материала. Зона № 1 – наиболее загазованная территория, что соответствует большому потоку автотранспорта (перекресток Кольцевая – Симофорная – Королева; Зона № 2 – территория средней чистоты, движение автотранспорта менее интенсивно (внутренние дворы улиц Матросова, Кольцевая); зона № 3 – парковые территории удаленные от интенсивных автомагистралей (улицы Академика Гладкова – Матросова – Свердловская – Семафорная).

В **первой зоне** был найден лишайник *Candelaria concolor* (Dicks.) Arnold,произрастающий в основании ствола дерева рода *Populus.* По экоморфологическим характеристикам его можно отнести к эпифитам, ацидофилам, гелиофитам и мезофитам (табл.).

Таблица – Основные экологические группы лишайников антропогенно трансформированных территорий г. Красноярска

Вид лишайника	№ места сбора	Экоморфы			
		субстрато-морфы	pH-морфы	гелио-морфы	гигро-морфы
Candelaria concolor (Dicks.) Arnold.	№ 8	Эпифит	Ac	He	Ms
Candelariella xanthostigma (Ach.) Lettau	№ 10	Эпилит	In	ScHe	Ks
Candelariella aurella (Hoffm.) Zahlbr.	№ 12	Эпилит	Bs	He	Ms
Candelariella vitellina (Hoffm.) Müll. Arg.	№ 11	Эпилит	Nt	He	MsKs
Flavoparmelia caperata (L.) Hale	№ 1, 6	Эпифит	Ac	Sc	Ms
Lecanora sp.	№ 9	Эпилит	Ac	Sc	Ks
Lecanora dispersa (Pers.) Sommerf.	№ 1	Эпифит	Ac	He	Ks
Lepraria incana (L.) Ach.	№ 1, 7	Эпифит	Ac	ScHe	Ms
Parmelia sulcata Taylor	№ 8	Эпифит	Ac	Sc	Ms
Physcia tribacia (Ach.) Nyl.	№ 5	Эпилит	In	ScHe	Ks
Physcia adscendens (Fr.) H. Olivier	№ 1	Эпифит	Bs	Sc	KsMs
Physcia tenella (Scop.) DC.	№ 4, 12	Эпифит	Ac	HeSc	Ms
Rhizocarpon geographicum (L.) DC. ap. Lam. et DC.	№ 3	Эпилит	Ac	He	Ks
Xanthoparmelia somloensis (Gyeln.) Hale	№ 13	Эпифит	Ac	He	Ks
Xanthoria parietina (L.) Th. Fr.	№ 2	Эпифит	Nt	HeSc	Ms

Так же на форофитах рода *Populus* были найдены: *Physica adscendens* (Fr.) H. Olivier, *Flavoparmelia caperata* (L.) Hale, *Xanthoparmelia somloensis* (Gyeln.) Hale, *Candelariella xanthostigma* (Ach.) Lettau и*Lecanora dispersa* (Pers.) Sommerf. вместе с листостебельными и слоевищными мхами рода Маршанция. Места произрастания хорошо освещаемые, открытые, рядом с дорогами, вблизи жилых домов. Данные характеристики не соответствуют природным ареалам, поскольку возможно произрастание на разном каменистом субстрате. Под действием антропогенных экологических факторов (предположительно – загазованность) встречается на форофите на уровне 1,5 м от основания

ствола, поскольку в приземном слое скапливаются тяжелые газообразные полютанты. Радиус расположения от других деревьев – ≈ 40 м.

Candelariella vitellina (Hoffm.) Müll. Arg., найденная на деревьях рода *Malus,* во дворах, с активным движением транспорта, место хорошо освещаемое. По экоморфологическим характеристикам относится к эпилитам, нейтрофилам, гелиофитам и мезоксирофитам. Под влиянием экологических факторов фактическое местопроизрастание не совпадает с природным.

Вторая зона насчитывает небольшое количество видов.*Rhizocarpon geographicum* (L.) DC. ap. Lam. et DC., *Lecanora sp.* были найдены в основании форофитов вида рода *Populus*, в плохо освещаемых местах, удаленных от дороги и вблизи жилых построек, что не соответствует их природным ареалам, поскольку должны встречаться на обнажениях силикатных горных пород, на скалах, на равнинах и в горах.

В **третьей зоне** сбора лишайников были найдены представители видов *Candelariella aurella* (Hoffm.) Zahlbr, *Physcia tenella* (Scop.) DC., *Physcia tribacia* (Ach.) Nyl. на уровне метра по стволу форофита *Populus*. *Lepraria incana* (L.) Ach., *Xanthoria parietina* (L.) Th. Fr., *Parmelia sulcata* Taylorпроизрастали в основании ствола *Malus* sp. в хорошо освещенных местах, удаленных от дорог. Условия произрастания в данном случае сходятся с природными.

На основе проведенного экологического анализа установлено, что группа эпифитов насчитывает 9 видов (60 %), чуть меньшее количество – 6 видов (40 %) – группа эпилитных лишайников. Относительно реакции лишайников на кислотность субстрата подавляющее количество собранных видов отнесено к группе ацидофилов 9 видов (60 %), некоторые виды могут быть отнесены к группам базофилов, инцертофилов и нейтрофилов – по 2 вида (13 %). Виды лишайников, которые имеют подобную реакцию на режим освещенности, разделены на четыре группы гелиоморф: гелиофиты – 6 видов (40 %), сциофиты – 4 вида (27 %), а также группы сциогелиофитов (3 вида, 20 %) и гелиосциофиты – 2 вида (13 %). Виды лишайников, имеющих сходные признаки адаптации к режиму увлажнения, отнесены к 4 группам гигроморф: мезофиты (7 видов, 47 %), ксерофиты (6, 40 %), ксерофиты и мезоксерофиты – по 1 виду (6,7 %).

Таким образом, установлен состав лихенофлоры экотопов селитебных территорий города Красноярска. Проведенный экологический анализ показал преимущество эпифитных, ацидофильных, гелиофитных и мезофитных видов лишайников. Также были найдены виды-биомаркеры [1 – 3] загрязненности (*Physcia adscendens* (Fr.) H. Olivier) и чистоты (*Rhizocarpon geographicum* (L.) DC. ap. Lam. et DC.) окружающей среды марганцем и медью, соответственно. Полученные нами данные могут быть использована в дальнейшем для

выявления состояния окружающей среды, степени загрязнения атмосферного воздуха и получения интегральной информации о состоянии экотопов в условиях высокой антропопрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авеерчук А.С. Основные направления и перспективы лихеноиндикации состояния среды в антропогенно трансформированном регионе // Государственные механизмы управления природопользованием. – С.313 – 322.
2. Аверчук А.С. Виды лишайников в местопроизрастаниях с повышенным содержанием марганца в воздухе на юго-востоке Украины // Международная научная конференция Каразинские естественно-научные студии, 1 – 4 фев. 2011 г. – Харьков, Харьков. – 2011. – С. 146 – 147.
3. Аверчук А.С. Лихеноиндикационные зоны урбанотерриторий на юго-востоке Украины // IV международная научная конференция Восстановление нарушенных природных экосистем, 18 – 21 окт. 2011 г. – Донецк, 2011. – С. 23 – 24.
4. Бельгард А.Л. Лесная растительность юго-востока УССР / Александр Люцианович Бельгард. – Киев: Изд-во Киевск. гос. ун-та, 1950. – С. 28 – 45.
5. Бязров Л.Г. Лишайники в экологическом мониторинге / Лев Георгиевич Бязров. – М.: Научный мир, 2002. – 336 с.
6. Голубкова Н.С. Лишайники семейства *Acarosporaceae*Zahebr. в СССР / Нина Сергеена Голубкова. – Л.: Наука, 1988. – 134 с.
7. Голубкова Н.С. Определитель лишайников средней части СССР / Нина Сергеевна Голубкова. – М.: Наука, 1966. – 256 с.
8. Матвеев Н.М. Оптимизация системы экоморф растений А.Л. Бельгарда в целях фитоиндикации экотопа и биотопа / Н.М. Матвеев // Вестник Днепропетровского университета. – Днепропетровск: Изд-во Днепр. ун-та, 2003. – Т. 2, № 11. – С. 105 – 113.
9. Окснер А.Н. Определитель лишайников СССР. Морфология, систематика и географическое распространение / Альфред Николаевич Окснер. – Л.: Наука, 1974. – Вып. 2. – 283 с.

УДК 614.2:004.42

ПРИМЕНЕНИЕ КВАЛИГРАММ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

М.Ю. Жильникова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы
Научные руководители: д.м.н., доц. Шульмин А.В.., к.м.н., доц. Добрецова Е.А.

Актуальность

В настоящее время, в условиях высокой конкуренции и соперничества в сфере частной медицины, на плаву остаются те, кто умеет быть на шаг впереди от остальных. Поэтому организации, которые хотят занимать лидирующие позиции в своей отрасли, осознают, что добиться этого можно только лишь благодаря правильной организации своей деятельности и качественному ее выполнению, будь то выпуск продукции или оказание услуг. Процесс постоянного улучшения – это методичное, систематичное и быстрое распространение улучшений в каждом отделе при участии каждого сотрудника. Обучение сотрудников медицинских организаций работе с квалиграммами, основанных на МС ИСО 9001:2008 дает качественное преимущество в системе менеджмента качества перед другими профильными организациями сходного направления.

Применение квалиграмм в медицинском учреждении способствует упрощению понимания дожностных обязанностей и четкому их разделению, сокращению длительности времени обучения новых сотрудников работе.

Все вышеперечисленное показывает актуальность проведения данного исследования.

Цель: оценить внедрение новых технологий, основанных на обучении сотрудников методам составления и сущности квалиграмм.

Задачи:

1. Ознакомление с различными документами по основным направлениям деятельности медицинского учреждения функциями, содержанием, способами и стилем деятельности соответствующей организации, спецификой работы структурных элементов;
2. Изучить руководство по квалиграммам, разобраться в основах составления квалиграмм.
3. Научиться работе в программе Microsoft Visio с целью дальнейшего составления квалиграмм, описывающих процессы, происходящие в медицинском учреждении.

Материалы и методы:

1. Система менеджмента качества в соответствии международному стандарту ISO 9001:2008

2. Руководство по квалиграммам

3. программа Microsoft Visio

Результаты

В ходе научной работы потребовалось изучить сущность и методы составления квалиграмм. С их помощью процессы, процедуры и должностные инструкции могут быть представлены не в текстовой форме, а в графической. Таким образом, улучшается восприятие и понимание информации, изложенной в них, так как человеческий мозг проще воспринимает тексто-графическую информацию. Подход метода квалиграмм состоит в придании логического смысла (левое полушарие) восприятию сложных структур (правое полушарие). После изучения методов составления и сущности квалиграмм, предстояло изучить программу, в которой можно будет создать квалиграммы. Идеально подошла для этой задачи Microsoft Visio. После освоения данной программы, и, ознакомившись с процессами и процедурами, которые есть на предприятии, мы начали на их основе составление и оформление квалиграмм в Microsoft Visio. После того, как я составила квалиграммы должностных инструкций для персонала и руководство организации одобрило их, оценив правильность составления, я начала обучение персонала клиники составлению квалиграмм. Но перед обучением необходимо было объяснить персоналу чему и с какой целью я буду их обучать. Для этого персоналу учреждения был разъяснен основной принцип квалиграмм, как их читать и для чего это необходимо. После чего провела индивидуальные занятия по обучению сотрудников из числа руководящего состава и проконтролировала правильность при составлении ими квалиграмм на основе выполняемых ими процедур.

Выводы

1. Проведено ознакомление с различными документами по основным направлениям деятельности медицинского учреждения функциями, содержанием, способами и стилем деятельности соответствующей организации, спецификой работы структурных элементов;

2. Изучено руководство по квалиграммам.

3. С целью дальнейшего составления квалиграмм, описывающих процессы, происходящие в медицинском учреждении приобретен навык работы в программе Microsoft Visio.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дубровская, О.С. Внутренний аудит процессов деятельности руководств / О.С. Дубовская // Методы менеджмента качества. – 2011. - № 10. – С. 16-18

2. Дранишников, С.В. Квалиграммы — новое слово в описании бизнес-процессов / С.В. Дранишников, А.В. Дроздов // Методы менеджмента качества. – 2011. -№10. – С. 10-14.

УДК 582.734.4:577.114.083

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ ЛАПЧАТКИ ГУСИНОЙ (POTENTILLA ANSERINAL.)

А.Д. Жолобова

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Е. Е. Савельева

В настоящее время лекарственные растения вызывают всё больше внимания со стороны ученых. Активно изучается качественный и количественный состав химических соединений лекарственных растений. Важное место в жизненных процессах занимают углеводы. Их биологическое действие огромно: энергетические, скелетные, резервные функции, ингибирование и активация ферментов, способность оказывать положительный эффект на регенерацию тканей и при воспалительных процессах и многое другое. Наиболее распространёнными в природе углеводами являются полисахариды.

Полисахариды – это перспективная ветвь изучения, так как они обладают разным спектром фармакологической активности. Наиболее полно изучено отхаркивающее действие полисахаридов. В медицинской практике широко используется препарат «Мукалтин», который содержит экстракт корней алтея лекарственного. Также известно отхаркивающее действие цветков липы и листьев подорожника, которые входят в состав грудных сборов. Также, полисахариды обладают противовирусным и иммуностимулирующим действием. В качестве примера можно привести препарат, получаемый из полисахаридов картофеля – Панавир. В настоящее время фармакологическая активность полисахаридов активно изучается. Ведутся работы по определению противоязвенной [3] и противоопухолевой [4] активности полисахаридов. Также известно, что фракция полисахаридов Potentilla anserina L. invitro и invivo проявляет иммономодулирующую и дозозависимую антиоксидантную активность [1]. В настоящей статье изложены основные сведения о получении водорастворимых полисахаридов, их гидролизе и физико-химическом методе исследования моносахаридного состава.

Лапчатка гусиная (Potentillaanserina L.) широко распространена на территории Российской Федерации, поэтому ее заготовка не представляет особой трудности.

Целью исследования является изучение полисахаридного комплекса лапчатки гусиной.

Задачи исследования:

1. Выделить полисахаридный комплекс.

2. Изучить моносахаридный состав водорастворимых полисахаридов (ВРПС).

Материалы и методы.

Объектом исследования является лапчатка гусиная, собранная в селе Верхнеусинское Ермаковского района Красноярского края в июне 2013 года. Надземные части растений высушивали воздушно-теневым способом и измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с диаметром отверстий 3 мм. Для исследования использовали сырье с содержанием влаги 9,5%. Определение влажности проводили по методике ГФ XI (1987) [2].

Выделение водорастворимых полисахаридов проводили по следующей схеме.

Воздушно-сухой растительный материал (160,0 г) обрабатывали хлороформом в аппарате Сокслета с целью удаления хлорофилла и других сопутствующих липофильных веществ.

Шрот высушивали в сушильном шкафу, заливали водой 1:14 и нагревали 2 ч при температуре 80°С, затем фильтровали. К шроту снова добавляли воду в соотношении 1:8 и нагревали 1 ч при температуре 80°С, фильтровали. Снова к шроту добавляли воду в соотношении 1:8, нагревали в течение 1 ч при температуре 100°С. Извлечения концентрировали под вакуумом при 50°С. Концентрат по каплям добавляли в спирт (1:3) на магнитной мешалке. Затем нагревали 10 мин при 30°С и оставляли на ночь. Затем фильтровали через воронку Бюхнера, промывали этанолом до бесцветных промывных вод. Затем промывали ацетоном. Полисахариды высушивали в сушильном шкафу при температуре 50°С. В результате получили фракцию водорастворимых полисахаридов (ВРПС).

Водорастворимый полисахаридный комплекс лапчатки гусиной исследовали с помощью тонкослойной хроматографии после предварительного гидролиза. Точную навеску ВРПС гидролизовали 2М трифторуксусной кислотой в сушильном шкафу в течение 5 часов при 100°С. К гидролизату добавляли 95% спирта этилового и упаривали под давлением при 37°С на роторном испарителе (Rotary Evaporator RE-52AA Shaghai YA RONG BIOCHEMISTRY INSTRUMENT FACTORY) досуха для удаления остатков трифторуксусной кислоты. Сухой остаток растворяли в 80% спирте этиловом. Полученные моносахариды идентифицировали с помощью ТСХ.

Для хроматографии в тонком слое использовали пластинки «Sorbfil ПТСХ-П-А-УФ» (Россия) размером 10×10 см и следующую систему растворителей: *н*-бутанол – ледяная уксусная кислота – вода (соотношение 3:1:1; 6:1,5:2,5)

Хроматографирование в тонком слое (ТСХ) осуществлялось в восходящем токе выбранной системы растворителей при температуре 19-23 ºС в герметически закрытых стеклянных камерах. Нанесение исследуемых растворов на хроматографические пластинки осуществляли при помощи калиброванных капилляров.

Для детектирования пятен веществ на хроматограммах использовали следующие реактивы:

- анилинфталатный реактив
- *н*-бутанол – вода – ледяная уксусная кислота – фосфорная кислота – анилин – дифениламин (30 – 12,5 – 7,5 – 5 – 0,5 - 1г)

Результаты.

Мономерами полисахаридов лапчатки гусиной предположительно являются арабиноза и глюкоза.

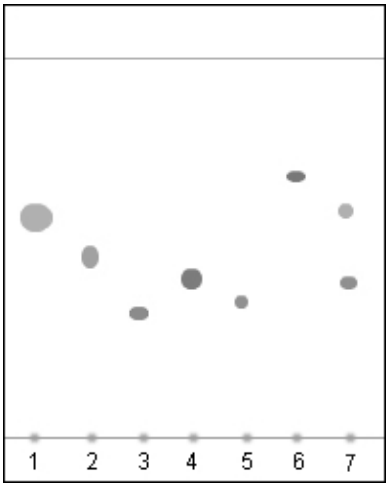


Рисунок 1 – Хроматограмма. , 1 – арабиноза, 2 – галактоза, 3 – галактуроновая кислота, 4 – глюкоза, 5 – глюкуроновая кислота, 6 – ксилоза, 7 – гидролизат

Таблица №1 – Величины Rf моносахаридов лапчатки гусиной.

	Моносахарид	Величина Rf
1	арабиноза	0,55
2	галактоза	0,46
3	галактуроновая кислота	0,27
4	глюкоза	0,44

5	глюкуроновая кислота	0,29
6	ксилоза	0,57
7	гидролизат	0,55; 0,42

Выводы. Выделен полисахаридный комплекс надземной части лапчатки гусиной: ВРПС составляют 4,4%; кислые полисахариды – 1,2%, пектиновые вещества – 13,3%.

ВРПС состоят преимущественно из арабинозы и глюкозы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Водопьянова, А.М. Фармакологическая коррекция тиреотоксикоза комплексным растительным средством «Тиреонорм»: автореф. дис. к.м.н, Улан-Удэ, 2012, стр. 20

2. Государственная фармакопея СССР. XI издание. – М.: Медицина, 1987. – Вып. I. Общие методы анализа. – 337 с.

3. Зуева Е. П., Рейхарт Д. В., Крылова С. Г., Разина Т. Г., Амосова Е. Е. Н., Удут В.В. Лекарственные растения в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперсной кишки. – Томск: Изд-во Том.ун-та, 2003. С.36 -39.

4. Зуева Е.П., Лопатина К.А., Разина Т.Г., Гурьев А.М. Полисахариды в онкологии. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2010. – 108 с.

УДК 616.74-002.3-089

FEATURES OF RENDERING THE SURGICAL HELP FOR PATIENTS WITH SUPPURATIVE DISEASES OF SOFT TISSUES IN SURGICAL HOSPITALS

О.Б. Забадаева

Иркутский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии с курсом урологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.П.Фролов

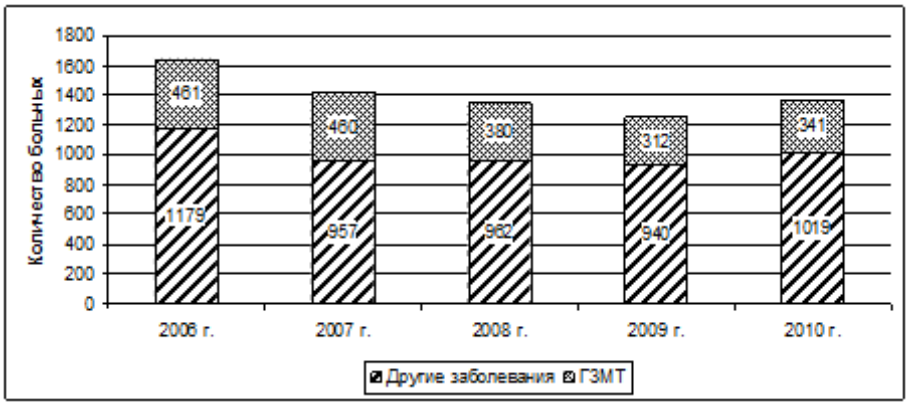
Topicality. The most frequent reason of negotiability to the surgeon is Suppurative Diseases of Soft Tissues (SDST). 40% of patients are hospitalized with SDST per year. 70% of people with SDST are addressed to surgeon in to policlinic per year.

Goal of research. The aim of research is estimation of SDST and features of their treatment in surgical in-patient department of Irkutsk.

Materials and methods. The retrospective analysis is carried out 7011 observations with SDST. These patients were on treatment in the Office of purulent surgery (Irkutsk city hospital No. 1) in 2006-2010. The retrospective analysis is carried out medical histories of patients with SDST. These patients were on treatment in surgical office of IGMU hospitals from 2006 to 2010.

Results. Among 7011 patients, there were 1954 (28%) patients with primary SDST (a furuncle, an anthrax, abscess, phlegmon) and 5057 (72%) – with secondary SDST – complications vessels, the syndrome of diabetic foot, purulent diseases of bones and joints and peritonitises complicated by a cancer of a thick gut.

The dynamic analysis of hospitalization shows the steady tendency of decrease in number of patients, who were hospitalized. The main reason of this tendency was primary SDST (picture1). The indicator decreased from 1640 to 1252 (from 32% to 25%) hospitalizations per year in the Office of purulent surgery. The most frequent reasons of hospitalizations were abscesses (350), purulent wounds (349), an erysipelas (299) and phlegmons (283) various localizations.



Picture 1. The dynamic analysis of hospitalization in surgery office from 2006 to 2010.

It seems to be, that improved work of policlinics reduction in incidence were the reason of decreasing number of hospitalizations. However, the dynamic analysis of out-patient help by surgery office was noted the increase numbers of addresses with SDST on 15%, and that was essential increase for working to surgeons (pic. 2).

The main reasons, why number of hospitalized patients with SDST was decreased, were:

1. The first reason was reduction of places in department from 60 to 55.

2. The second reason was number of patients with purulent - necrotic diseases with long treatment was increased.

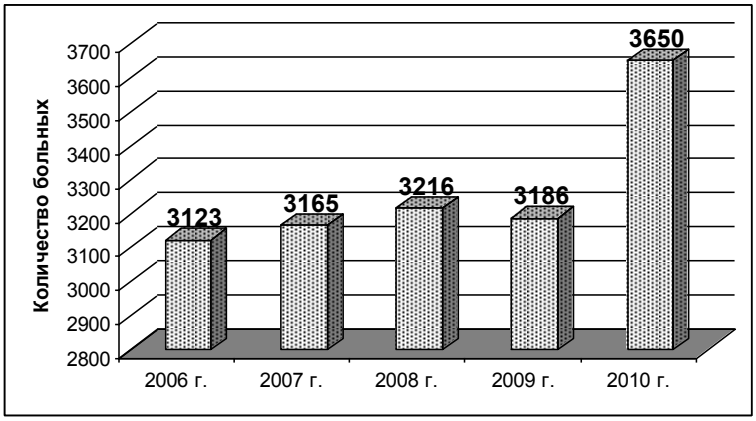
3. The third reason was in refusing of hospitalization by patients on 2-3-day treatment term.

The reasons, why number of requests was heightened for the out-patient help, were:

1. The first reason was decrease in annual hospitalization on 80 people.

2. The second reason was inaccessibility of the polyclinic surgical help in the second half of day.

3. The third reason was unwillingness of patients for treatment in policlinic, because surgeons have lowered qualification.



Picture 2.Dynamics of rendering the out-patient help to patient with SDST in surgery office.

The most frequent reasons of hospitalizations were abscesses (350), purulent wounds (349), an erysipelas (299) and phlegmons (283) various localizations. The other disease met less often.

350 patients with abscesses of various etiologies are hospitalized. The cause to hospitalization was existence of purulent cavities or development of local and general complications. Treatment of abscesses consisted in broad opening of purulent focus. The method used will depend on the size of your abscess and where it is in body. The abscess will be left open but covered with a wound dressing, so if any more pus is produced it can drain away easily. If the abscess is deep, an antiseptic dressing (gauze wick) may be placed inside the wound to keep it open. After transition of a wound to the 2nd stage of wound process secondary seams or patients were imposed written out on out-patient treatment. Patients were passed to out-patient treatment only after transition of a wound to the 2nd stage.

282 patients with phlegmons of various etiologies were hospitalized. Indications for hospitalization were same as at abscess. Treatment was made by opening of purulent focus and drainage of wounds with installation of silicone tubular drainages. In some cases washing drainage was carried out on patients with deep intermuscular phlegmons. Secondary seams were imposing when wound transited to the 2nd stage. A small amount of diseases included to the same group which according to the modern nomenclature belong to necrotic fasciitis. These diseases were followed by development of extensive necrosis in a fastion, hypodermic cellulose and skin. They always preceded with the sepsis phenomena, have a high lethality. Treatment of these patients was carried out in chambers of intensive therapy and reanimation. Active surgical tactics were used in the Ozone therapy, hyperbaric oxygenation, treatment in the operated abacterial environment.

289 Patients with erysipelas were hospitalized. These groups were included patients with different forms. The most frequent form of erysipelas was necrotic form. Treatment was composed: antistreptococcal antibiotics (penicillin), infusional therapy and surgical treatment on phlegmonous and necrotic form. The preference for surgical treatment was given to the necr(os)ectomy.

Patients were hospitalized with furuncles, an anthrax, gidradenita, hematomas less often. The main indication to hospitalization was Existence of local and general complications. Treatment consisted in adequate opening and drainage the center of purulent, sanitation and drainage and antibacterial therapy.

The number of patients was increased with the purulent and infected wounds (349). It is connected with refusal in hospitalization of patients for 2-3 days, which were operated with SDST in out-patient department. Also it is connected with a low skill level of the surgeons, which are incapable adequately to treat wounds after opening the center of purulent and the weak organization of work in policlinic (absence of the surgeon in the evening and in Saturday and Sundays). The patients which were operated in out-patient were sanded to hospital for curing this wound.

Conclusion. Last years, there were decreased numbers of hospitalization and essential increase number of addresses for the out-patient help. This is caused, by the bad organization of rendering the surgical help in policlinic and low qualification of experts, who were working there. If we improve the organization of the surgical help, use modern technologies in policlinics, all this points will lead to essential decrease quantity of patients with SDST in hospitals.

REFERENCES

1. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации / председатель ред. совета В.С. Савельев – М., 2009. – 89 с.

2. Шляпников, С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – древняя неувязка в новом свете С.А. Шляпников // Инфекции в хирургии. – 2003. – Т. 1. – № 1. – С. 14–21.

3. Dillon, H.C. Impetigo contagiosa: suppurative and non-suppurative complications. I. Clinical, bacteriologic, and epidemiologic characteristics of impetigo. Am J Dis Child. 1968;115:530–541.

4. Dupuy, A., Benchiki, H., Roujeau, J.C. et al, Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case control study. BMJ. 1999;318:1591–1594.

5. Sadick, N.S. Current aspects of bacterial infections of the skin. DermatolClin. 1997;15:341–349.

УДК 616.89-008.42-02:615.212.7]-056.34

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ, У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Р.А. Загайнов
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Научный руководитель: д.м.н., доцент М.А. Березовская

В последние 2-3 года в Красноярском крае, как и в России в целом, оборот психоактивных веществ, не включенных в Перечень наркотических средств и психотропных веществ[1], значительно возрос, их немедицинское применение приобрело социально значимые масштабы. Так, по данным КГБУЗ ККНД №1, в 2011 году диагностировано 2 случая острых психотических расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ, в 2012 году уже 29 таких случаев, в 2013 году – 341 случай, а в 2014 году госпитализировано 577 больных с психотическими расстройствами в результате употребления синтетических наркотиков. Специалисты отмечают, что проблема диагностики и дифференциальной диагностики психотических расстройств у лиц, употребляющих наркотики, вышла за рамки наркологии.[2] В связи со сложностью дифференциальной диагностики при преобладании у больных галлюцинаторно-параноидной симптоматики ряд из них госпитализируются в психиатрический стационар.

Нами исследована медицинская документация больных, госпитализированных в КГБУЗ ККПНД №1 с психотической симптоматикой и употреблением психоактивных веществ в анамнезе и накануне поступления. Проанализированы данные 10 историй болезни пациентов (одна женщина); средний возраст составил 23,56±2,74 года.

Пациенты поступали в психиатрический стационар в отделение первого психотического эпизода с клиникой острого психотического расстройства. В момент госпитализации больные и их родственники отрицали употребление каких-либо

[1]Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации: утверждён Постановлением Правительства РФ № 681 от 30 июня1998 // СПС Консультант-Плюс.

[2]Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. 2014. № 7. С. 93-100.

психоактивных веществ не только непосредственно перед стационированием, но и в отдаленном анамнезе. Наличие собственно наркологического анамнеза и факта употребления психоактивных веществ выяснялось только после 3-5 дней пребывания в стационаре. Отсутствие возможности проведения химико-токсикологического исследования (иммунохимический (ИХА), иммуноферментный (ИФА) анализ, тонкослойная хроматография (ТСХ) с целью скрининга, ТСХ частных методик для определения различных групп веществ, высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ) хромато-масс-спектрометрия (ГХ/МС) выполняются в рамках ХТИ только в наркологическом диспансере) также не позволяло устанавливать связь расстройства с потреблением психоактивного вещества.

На момент поступления у больных зафиксировано наличие шизофреноподобной симптоматики, в виде слуховых галлюцинаций и иных обманов восприятия (слуховых, зрительных или тактильных иллюзий), бреда, угнетения настроения, а также выраженного психомоторного возбуждения.

Галлюцинации отмечены у 30% пациентов, чаще слуховые, вербальные в виде угрожающих голосов, призывающих к действию, заставляющих нанести вред себе или окружающим, избавиться от каких-либо предметов одежды и быта, реже в виде внезапных громких звуков: хлопков и скрипов, шагов и ударов.

Бредовая симптоматика отмечалась у подавляющего большинства (80%) больных. В фабуле бреда присутствовала убежденность в преследовании со стороны специальных служб, таких как скорая медицинская помощь, полиция, федеральная служба безопасности или федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков.

У 80% больных преобладали тревожно-фобические расстройства с аффектом страха, а также отмечались сниженный фон настроения с дисфорическим компонентом и эмоциональная холодность.

У 70% пациентов при госпитализации наблюдалось психомоторное возбуждение. Неусидчивость сочеталась с вычурностью движений и общим беспокойством. В 10% случаев в поведении была отмечена дурашливость.

При исследовании личностной сферы у всех больных выявлялись черты шизоидной личности, элементы нецеленаправленности и разноплановости мышления, искажение ассоциативных связей. У большинства отмечалось снижение мнестической деятельности органического характера, что позволяет в определенной мере соотнести общее снижение умственной деятельности с наличием наркологического анамнеза. У 70% больных имеет место нарушение социальной адаптации, проявляющееся в конфликтах с окружающими и

родственниками, отсутствии постоянного места работы и низком уровне образования (среднее общее или начальное профессиональное).

Необходимо отметить, что все больные имеют отягощенный наркологический анамнез: помимо никотина и алкоголя, долговременное употребление, в том числе посредством курения таких психоактивных веществ, как каннабиоиды растительного и синтетического происхождения, а также синтетические психостимуляторы.

Поражения печени выявлены только у 20% пациентов (повышение уровня АСТ и АЛТ). Это вполне согласуется с тем фактом, что психотическая симптоматика у потребителей новых синтетических психоактивных веществ развивается очень быстро, до появления коморбидных соматических расстройств, обычно ранее свойственных наркологическим больным с психозами.

Купирование психотической симптоматики достигалось у большинства (90%) больных назначением комплекса препаратов, таких как феназепам, аминазин, депакин хроно, амитриптилин, энкроат. Замена того или иного препарата была обусловлена отсутствием терапевтического эффекта, либо наличием противопоказаний. У одного больного эффективной оказалась монотерапия галоперидолом. Нормализация клинической картины и редукция психотической симптоматики наступала в среднем через 20-25 дней лечения в стационаре. В течение первой недели постепенно исчезали иллюзии и галлюцинации, а также купировалось психомоторное возбуждение; в течение двух недель удавалось купировать бредовую симптоматику. На третьей неделе постепенно выравнивался фон настроения. Необходимо отметить, что сроки редукции симптоматики превышали аналогичные показатели при терапии психозов при «классических» видах наркологических расстройств.

Выводы

Психотические формы опьянения дают новые психоактивные вещества, относящиеся не только к психодислептикам (каннабиоиды), но и к психостимуляторам (speed). Для «классических» психоактивных веществ быстрое развитие такой симптоматики не является характерным.

Пациенты поступают в психиатрический стационар, так как наркологический анамнез на момент поступления отрицается не только больным, но и его родственниками и выявляется только после нескольких дней пребывания в стационаре, а отсутствие возможности проведения химико-токсикологического обследования затрудняет диагностику.

Снижение умственной деятельности и нарушения социальной адаптации коррелируют с наличием наркологического анамнеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозов, Г. В. Руководство по психиатрии / М.: Медицина, 1988. – С. 1115.
2. Пятницкая, И. Н. Наркомании: Руководство для врачей / М.: Медицина, 1994. – С. 416.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

М.А.Заикин, С.М.Колкова

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к. псх. н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО С.М.Колкова

Одной из актуальных проблем психологии является изучение самоотношения детей и подростков с ограниченными возможностями. Исследование этой проблемы дает обширный материал для понимания личности таких подростков, что необходимо для последующего интегрирования их в общество.

Биологические факторы, связанные с физическими недостатками при ДЦП, и социальные факторы, опосредованные образом жизни, особенностями семейного и школьного воспитания, оказывают непосредственное влияние на развитие личности подростка. Осознание подростками с ДЦП своих физическихограничений, часто неадекватное отношение к ним окружающих, негативно влияет на личностное развитие. Следствием этого является то, чтоу учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата чаще, чем у здоровых сверстников, обнаруживается неадекватная самооценка, что определяет затруднения социализации и личностного развития этих подростков.

Перед современным обществом стоит крайне важная задача социализации и интеграции детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Однако выбор путей и способов коррекции и компенсации нарушений в развитии детей с ДЦП не возможен без понимания закономерностей самоотношения таких подростков.

Понимание самоотношения как целостной личностной характеристики, обеспечивающей мотивацию поведения и деятельности, способствует полноценному развитию индивида, изменению его позиции в обществе. На основе идей Б.Г.Ананьева,

Л.И.Божович, А.В.Мудрика, Н.И.Сарджвеладзе, В.В.Столина, С.Л.Рубинштейнасамоотношение рассматривается как важнейший элемент всей внутренней структуры личности, как результат интериоризации ведущих социальных ценностей, позволяющий ориентироваться в мире материальной и духовной культуры общества.

Многие ученые считают самоотношение необходимой составляющей психического здоровья личности. Самоотношение представляет собой ядерное образование структуры личности и проявляется в положительном эмоционально-ценностном отношение к себе, в адекватной самооценке, в самопонимании, рефлексии своего внутреннего мира и своих поступков, самоуважении и в принятии других людей, в осознании ценности себя, своего внутреннего мира.Самоотношение зависит от отношений к другим и адекватно тогда, когда эти отношения становятся ценностью. В основе самоотношения лежат нравственные ценности. Самоотношение как механизм личностного развития наиболее полно рассматривается в гуманистической психологии (Роджерс К., Маслоу А., Орлов А.Б.).

Для исследования нами были выбраны две группы подростков, экспериментальная и контрольная. Экспериментальная группа из 17 подростков посещающих МБУ "Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями "Радуга" и контрольная группа из 20 их здоровых сверстников. Состав групп сходен по возрасту и полу.

Особенности самоотношения у подростков с ограниченными возможностями устанавливались с помощью ряда методик: опросник «шкалы психологического благополучия» К.Рифф, методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда (методика СПА), тест самоотношения (МИС) В.В.Столина и С.Р.Пантилеева.

Сравнение данных проводилось по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. По результатам опросника «шкалы психологического благополучия» К.Риффполученное эмпирическое значение t (3.1) находится в зоне значимости.Различия по уровню самопринятия между выборками значимы.По результатам методики диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда (методика СПА) полученное эмпирическое значение t (3.2) находится в зоне значимости.Различия по уровню самопринятия между выборками значимы.По результатам теста самоотношения (МИС)В.В.Столина и С.Р.Пантилеева полученное эмпирическое значение t (2.9) находится в зоне значимости.Различия по уровню самопринятия между выборками значимы.

Таким образом, мы можем утверждать, что группа обычных подростков и подростков с ДЦП имеют достоверные отличия по основным показателям самоотношения. у подростков с ограниченными физическими возможностями обнаруживаются проблемы самоотношения

личности, в то время как у большинства их здоровых сверстников самоотношение достаточно адекватно. Это значит, работа с особыми подростками должна включать в себя направление коррекции самоотношения личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Г.С. Практикум по возрастной психологии: учебное пособие для студ. вузов. – 2-е изд., стереотип. – М.: издательский центр «Академия», 1999.-320 с.
2. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. Учебное пособие – М.: ИНФРА – М, 1997. – 256 с.
3. Колкова С.М. Проблема позитивного изменения личности студентов – будущих психологов // Вестник ЯГУ им. М.К.Аммосова.– Том 6, № 4 –2009.- С.90-95.
4. Кун М., Макпартлэнд Т. Эмпирическое исследование установок личности на себя // Современная зарубежная социальная психология / Сост. Г.М. Андреева. М., 1984.
5. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения М., 1993. 32 с.
6. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция / Подред. У.В.Ульенковой. СПб., 2007.

УДК 37.018.324:364-785.14

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ

Е.С. Закирова, Н.М. Горохова

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.фил.н., доцент Науменкова К.В.

Согласно данным государственного доклада «О положении детей и семей, имеющих детей в Российской Федерации за 2013 год» от 28.11.2014 в детских домах находится около 380 тысяч человек, большинство выпускников уже в первые годы после окончания интернатов успевают встретиться с таким количеством социально-бытовых проблем, что справиться с ними самостоятельно уже просто невозможно[2].

Ни для кого не секрет, что детский дом не заменяет ребенку семью и не справляется с задачей социальной адаптации детей. Только 10 % выпускников благополучно устраиваются в жизни. По данным Генеральной Прокуратуры РФ 40 % подростков после выпуска

становятся наркоманами, алкоголиками, 40 % попадают в криминальные структуры, оставшиеся 10 % выпадают на долю психически нездоровых детей[3].

Дети, живущие вне семьи, не получают необходимых социальных и бытовых навыков, не умеют и не желают заботиться ни о себе, ни о других, живут на всем готовом, в результате чего вырастают неприспособленными к жизни.

Согласно статистическим данным число ребят, имеющих все необходимые навыки для самостоятельного проживания, составили 63 % и почти половина 37 % – это дети, не имеющие никаких навыков[4]. Также воспитанники детских домов не могут создать свою собственную семью, потому что у них нет опыта жизни в семье, не с кого копировать модель поведения. Все это позволяет сделать вывод, что детские дома готовят иждивенцев.

Остро стоит проблема социализации и инкультурации в детском доме. Недопустимо большое число детей находится в ведении одного воспитателя, который физически не может уделить достаточно внимания каждому ребенку. Также переводы детей из одного учреждения в другое не способствуют установлению крепкой привязанности к друзьям, к «дому». Ребенок постоянно находится в коллективе управляемым взрослым, дети чаще всего поделены по возрастным группам, что лишает их возможности естественной социализации, подобной той, что существует в многодетных семьях. Жесткие привила, регулирующие деятельность детей и персонала, высокие дисциплинарные требования неизбежно влекут за собой искаженное представление о жизни у подростков, отсутствию инициативы, инфантильности и оторванности от реальности окружающей действительности. Часто воспитатели не умеют общаться с детьми, оправдывая свою несостоятельность задержкой психического развития у ребят, обвиняя их в трудностях и проблемах, от них ведь проще отделаться, чем проводить кропотливую работу. Подавляющее большинство выпускников детских домов имеют неадекватно завышенную самооценку. Скорее всего, высокое мнение о себе формируется как вид психологической защиты, более того, этому содействует культивируемая в детском доме позиция “нам все обязаны”. Морально-этические стимуляторы деятельности тоже искажены, так как ребенок, как правило, делает что-либо или по указанию взрослого, или потому что обещана награда. На основе неадекватно завышенной самооценки и идеализированного образа своей личности и своих возможностей, у ребенка возникает неправильное представление о себе, о своей ценности для окружающих.

Итак, проблема адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, становится все более актуальной. Об этом свидетельствует количество различных организаций, структур, которые в той или иной мере занимаются вопросами помощи сиротам. Ситуация осложняется тем, что помощь оказывается локально, бессистемно, не в

полном объеме, отсутствует межведомственное взаимодействие по решению каких-либо вопросов.

Таким образом, существующая система воспитания детей, оставшихся без попечения родителей, изжила себя и нуждается в реформировании. Обществу не нужны преступники, бездомные, алкоголики и наркоманы, поэтому сейчас на стадии перехода к новым формам воспитательной работы необходимо как можно активнее внедрять мероприятия промежуточного характера, направленные на успешную социализацию воспитанников детских домов для устранения существующих проблем.

По данным РИА Новости от 30.09.2014 в проекте под названием «Дети общества» известный российский эксперт по проблемам сиротства Александр Гезалов говорит о том, что «сиротам не нужны социальные гостиницы, им нужно правильное представление о жизни»[6].А для этого необходимо получить такие знания и умения, с которыми не страшно было бы выйти в жизнь, но если интернат таких знаний и умений не дал, то и ни о какой адаптации не может быть и речи.

Возникает вопрос, как же решить существующие проблемы? Эксперты адаптационных центров считают, что здесь необходимо объединить деятельность центров, волонтерских организаций и детских домов, ввести повсеместно семейные формы воспитания. Специалисты и помогающие граждане должны стать близко знакомыми для подростка и тогда по выходу из интерната ребенок не будет испытывать стресс.

Необходимо привлечь внимание общественности ко всем возможным формам принятия детей-сирот в полноценные семьи. В настоящее время большинство граждан, желающих взять ребенка в семью, просто отказываются от этой идеи, полагая, что ребенок должен быть обязательно усыновлен. На сегодняшний день существует масса вариантов патроната и опеки, не требующих постоянного пребывания приемного ребенка в семье. Взаимосвязь сироты с принимающими опекунами (гостевыми родителями и т.п.) не даст сироте почувствовать себя одиноко и незащищенно по окончании детского дома. Постоянное общение с семьей, позволит перенять детям опыт построения внутрисемейных отношений и эффективно влиться в жизнь за пределами интерната.

Несмотря на то, что мало кто верит в возможность перевоспитания детдомовцев, многие семьи принимают на воспитание таких ребят. «Так, более четверти опрошенных (28%), по их утверждению, оказывали помощь детям-детдомовцам; 16% на момент опроса не исключали для себя возможность усыновить ребенка из детдома; 21% говорят, что у них хотя бы однажды подобное желание возникало. У каждого пятого участника опроса (21%) среди близких, друзей, знакомых есть те, кто уже усыновил ребенка-детдомовца, а еще у 8% - те, кто хотел бы такого ребенка усыновить»[1].

Таким образом, заинтересованность людей проблемами сиротства довольно высока, и несмотря на то, что детдомовцев считают трудными детьми, оказывать им помощь в каком-либо виде (пусть даже позволяющем не брать на себя обязательства на всю жизнь) готовы многие, а это только подтверждает необходимость перехода на семейный тип воспитания.

В настоящее время существует много центров постинтернатной подготовки выпускников детских домов. Целью адаптационных программ этих центров является обучение реализации конституционных прав и обязанностей, устранение правовой безграмотности, овладение знаниями и навыками эффективного поведения; создание благоприятных условий для самореализации и трудоустройства. Но проблема состоит в том, что все эти организации работают локально, у одних регионов программы утверждены на местном уровне и активно внедряются в жизнь, а у других подобных программ вовсе нет. Все мероприятия, применяемые по разным регионам, практически одинаковые, имеют место лишь небольшие изменения.

Александр Гезалов, сам бывший детдомовец, считает, что воспитанников детских домов необходимо «обучать самостоятельности в тренинговых квартирах, чаще выводить в город, аптеки и магазины. Учить сотрудничеству с будущей незнакомой средой. Показывать примеры успешных выпускников детдомов. Реализовывать наставнические программы по сопровождению детей как в детдомах, так и после выхода из них. Не заваливать сирот праздниками и клоунами, а "вчинять" им будущую жизнь через общественную интеграцию»[6].

К сожалению, пока не существует единой унифицированной программы по социальной адаптации детей-сирот. Распространенными мероприятиями являются: развитие новых моделей действий, а также форм и методов работы последующего попечения выпускников; координация деятельности специалистов в области образования, социальной защиты, здравоохранения, руководителей администрации города, района, области, членов общественных организаций в процессе постинтернатной адаптации молодых людей; поддержка молодых семей выпускников учреждений государственной поддержки детства, оказание помощи в регистрации брака, новорожденных, благоустройстве жилья, поиске работы; повышение роли близких людей, других граждан, общественных организаций в области поддержки молодых людей в начальный период самостоятельной жизни, проведение обучающих семинаров для специалистов и волонтеров; проведение тренингов, консультаций специалистов для выпускников; организация социальных гостиных при детских домах; организация школы молодых мам; реализация авторских программ по успешной независимой жизни.

Подобную программу использовал детский дом г. Азова и за годы работы дома накоплен позитивный опыт по успешной социальной адаптации воспитанников – выпускников. Организация совместной социальной поддержки выпускникам привела к уменьшению количества правонарушений и преступлений, совершенных выпускниками в постинтернатной среде (из 49 выпускников 2002–2010г. только один выпускник находится в местах лишения свободы)[5, с.36].

На базе детского дома г. Азова открыта временная гостиница для выпускников. Наиболее значимым результатом работы явилась координация работы всех специалистов в области образования, социальной защиты, а также разработка и апробация технологии составления и реализации индивидуального плана сопровождения выпускника детского дома, позволяющего проводить личностно ориентированную педагогическую помощь и поддержку воспитанников по выходе из детского дома. Не каждый детский дом имеет большое количество выпускников, обучающихся в престижных ВУЗах не только Ростовской области, но и в России и получающих востребованные профессии. На данный момент из 49 выпускников 2002–2010 г. обучаются в ВУЗе 23 человека (47%), в СУЗе – 10 человек (20,4%), в ПУ – 13 человек (30,6%), в Вооруженных силах РФ – 2 человека, 1 человек – в местах лишения свободы[7, с. 25 – 28].

Подводя итоги, можно с уверенностью сказать, что на данный момент система воспитания в детских домах не эффективна и наилучшим вариантом устройства детей, оставшихся без попечения родителей является семейная форма опеки. Только семья сможет восполнить ребенку утрату социализации, а именно привить чувство сострадания, уважения, заботы о ближнем, освоить образцы детско-родительских отношений и алгоритмы решения проблем, что в дальнейшем поможет выстроить жизненные приоритеты и развиться в полноценную личность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белая Н. Из детского дома в реальность // Новости Петербурга. – 2013. – С.4.
2. Государственный доклад «О положении детей и семей, имеющих детей в Российской Федерации за 2013 год» от 28.11.2014.
3. Материалы с официального сайта Генеральной Прокуратуры на 2013 г. – URL: http://www.genproc.gov.ru.
4. Материалы с официального сайта Федеральной службы государственной статистики России на 2011 г. – URL: http://www.gks.ru.
5. Петрова Е.В. Социальное партнерство в условиях Центра сопровождения и жизнеустройства выпускников детского дома //Детский дом. – 2011. – № 39. – С.89.

6. Телевизионный проект «Дети общества » [Электронный ресурс] // РИА Новости [Офиц. сайт]. 30.09.2014 г. – URL: http://ria.ru/tags/person_Aleksandr_Gezalov_2 (дата обращения:27.03.2015)

7. Ярославцева Н. В. Система мер по оптимальному жизнеустройству детей-сирот// Работник социальной службы. – 2010. – № 2 – С. 115.

УДК616.36-002.9-053.2-08:615.28

ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

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., доц. В.А. Дударев

Актуальность проблемы. Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание остается актуальной проблемой медицины и социальной сферы во многих странах мира, в том числе в ряде регионов Российской Федерации [1,3,4].

С 1988 г. по 2010 г. отмечается рост заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Красноярском крае от 0,02 до 0,69 на 100 тыс. населения. Неравнозначна заболеваемость эхинококкозом и альвеококкозом в районах Красноярского края и в городе Красноярске: наибольшая заболеваемость регистрируется в городе Красноярске и западных районах края, что связано, вероятнее всего, с миграцией населения и более доступной медицинской помощью.

В структуре заболевших эхинококкозом 15–25% составляют дети до 14 лет (Шевченко Ю.Л., 2006; Гузеева Т.М., 2008; Кучимова Н.А., 2010). Многие вопросы диагностики и лечения эхинококкоза далеки от решения: сохраняется высокий удельный вес осложненных форм заболевания (25,4–84,6%), количество послеоперационных осложнений и рецидивов колеблется от 3 до – 54%, летальности 3,1–8,6% (Шамсиев А.М., 2008; Ибодов Х.И., 2011; Morales H., 2010; Karavdic K., 2011). В редких случаях при мелких интрапаренхиматозных кистах и высоком операционном риске хирургами проводится динамическое наблюдение (Пантелеев В.С., 2009; Альперович Б.И., 2010), хотя доказана эффективность консервативного лечения албендазолом, которое по рекомендации ВОЗ может применяться как самостоятельный метод [1,5].

Сдерживающим проведение консервативного лечения фактором является опасение токсического влияния препарата на организм (Назыров Ф.Г., 2011; Chai J., 2004; Stankovic N., 2005). Многие хирурги считают, что медикаментозное лечение албендазолом является лишь дополнением к операции, как основной фактор профилактики рецидива (Скипенко О.Г., 2011; Попов А.Ю., 2012; KapanS., 2008; BrunettiE., 2010). По мнению других авторов, химиотерапия, являясь обязательным компонентом комплексного лечения, значительно снижает напряженность проблемы обработки остаточной полости и ставит под сомнение целесообразность термической обработки и перицистэктомии [2,4].

Таким образом, остаются актуальными вопросы своевременной диагностики эхинококкоза, выбора оптимального метода лечения, профилактики осложнений и рецидива заболевания больных.

Вышеизложенное явилось основанием для выполнения данной научно-исследовательской работы.

Цель работы. Вывить побочные эффекты химиотерапии албендазолом, вермоксом и их взаимосвязь со специфическим иммунным ответом у больных с эхинококкозом после оперативного лечения.

Задачи исследования:

1. Провести клиническое наблюдение и обследование больных цистным эхинококкозом в послеоперационном периоде на протяжении курсов химиотерапии.

2. КТ, УЗИ органов брюшной полости в динамике.

3. Определить содержание антител класса IgG к антигену эхинококка в группе больных цистным эхинококкозом в динамике.

4. Провести анализ изученных параметров в катамнезе (через 3, 6 и 12 месяцев после курсов химиотерапии).

Материалы и методы исследования: Клиническое обследование детей с эхинококкозом включало изучение жалоб, анамнеза, общего и локального статуса. Контролировалось состояние основных видов обмена, с определением в сыворотке крови содержания общего белка, белковых фракций, билирубина и его фракций, ферментов АЛТ, АСТ, тимоловой пробы. **Всего пациентов с изолированными эхинококкозом – 44:**

I группа (основная группа) (n=24) – традиционная операция на всех этапах консервативное лечение «Немозол» (альбендазол) в дозе 10 мг/кг/сут.

II группа (группа сравнения) (n=20) – традиционная операция на всех этапах консервативное лечение вермоксом.

В основной группе в комплексном подходе к лечению эхинококкоза печени важным являлась предоперационная подготовка (14 суток) и послеоперационная химиотерапия (28

суток), которую мы проводим препаратом «Немозол» (альбендазол) в дозе 6-15мг/кг/сут. Послеоперационную терапию Немозолом проводили 4-6 курсами. Для уменьшения негативного воздействия на организм ребенка альбендазола и ускорения процессов репарации печени использовали полиферментный препарат «Вобэнзим» по 2-3 табл.× 3 раза в сутки.

Серологические методы диагностики применялись во всех группах больных, в работе проведена оценка информативности ИФА. Серологические реакции со специфическим антигеном выявили при эхинококкозе печени различную диагностическую ценность: ИФА с определением антител класса IgG к Echinococcus показала высокую чувствительность - 98,6% и специфичность – 88,0%.

Анализ достоверности различий в группах проводился методами вариационной статистики в лицензионной компьютерной программе “Statistica 6.0” (StatSoft, USA),Excel 8.0. Вероятность ошибки $p<0,05$ расценивалась как значимая, $p<0,01$ – очень значимая.

Результаты исследования: Ретроспективный анализ историй болезни показал:

Таблица 1- Распределение по полу и возрасту детей клинической группы

Возрастные периоды	Паразитарные кисты		Всего
	Девочки	Мальчики	
Дети раннего детства (0-3 лет)	-	-	-
Дошкольный возраст (4-6 лет)	3 (6,8%)	5 (11,36%)	8 (10,18%)
Ранний школьный (7-11 лет)	10 (22,72%)	13 (29,54%)	23 (50,27%)
Подростковый возраст (12-18 лет)	5 (11,36%)	8 (10,18%)	12 (27,27%)
Всего	18	26	44
Всего	44		44

Как видно из представленной таблицы, самую большую группу составили дети раннего школьного возраста (7-11 лет) – 50,27% от всех обследованных. Вторая по частоте группа представлена детьми дошкольного возраста. Таким образом, можно отметить, что паразитарные кисты печени чаще выявляются у детей первого и второго периодов детства. Это, вероятно, можно объяснить взаимосвязью давности заболевания и клинической симптоматикой (т.е. стертая симптоматика паразитарных кист увеличивает давность заболевания и обусловливает диагностику в более старшем возрасте).

У детей с паразитарными кистами отсутствие жалоб отмечено в 38%. Отмечались слабость, утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, раздражительность. В остальных случаях паразитарного поражения наиболее частыми жалобами являются слабость, утомляемость, вялость – в 61,3%, плохой аппетит – 59%, раздражительность и плохой сон – 36,3%, характеризующие проявление астеновегетативного синдрома. Частой жалобой было наличие боли в правом подреберье (в 45,4% случаев), как правило неинтенсивной, не постоянного характера, усиливающейся при физической нагрузке. Жалобы на наличие кожного зуда предъявляли 22,7% детей. Таким образом, можно отметить, что при паразитарных кистах предъявляемые жалобы носят общий (обусловленный токсико-аллергическим влиянием) и специфический (обусловленный локальными изменениями) характер, хотя может быть и бессимптомное течение.

Исследование ОАК у детей с эхинококкозом печени (n=44) определяло достоверное понижение количества эритроцитов по сравнению со здоровыми детьми до 3,71±0,22х10^{12}/л ($p<0,05$), уровня гемоглобина (105±3,9г/л; $p<0,01$), СОЭ увеличивалась и составляла 22,68±4,5 мм/час ($p<0,05$). В лейкоцитарной формуле отмечалось повышенное количество эозинофилов 8,4±0,24% ($p<0,05$). В то же время количество лимфоцитов снижалось до 11,2±1,2% ($p<0,05$). Биохимические показатели крови у детей с эхинококковыми кистами печени, кроме снижения белково-синтетической функции печени, синдрома холестаза, выявили признаки цитолитического синдрома в виде повышения уровня трансаминаз: АлАТ до 98,0±5,0 ЕД/л, АСТ до 70,0±4,0 ЕД/л ($p<0.05$), признаки мезенхимального воспалительного синдрома в виде увеличения осадочных проб и уровня гамма глобулинов. Также выявилось снижение общего белка в крови до 61,8±2,11г/л ($p<0,05$), повышение билирубина до 18,6±2,3 ммоль/л ($p<0,01$), что говорит о цитотоксической реакции печени. Произошло увеличение уровня щелочной фосфатазы 267±24,65 МЕ/л ($p<0,01$).

При анализе осложнений послеоперационного периода в контрольной и основной группах мы разделили осложнения на невоспалительные и инфекционно-воспалительные. В основной группе частота осложнений была достоверно ($p<0.05$) ниже, чем в группе сравнения (1 и 5 детей соответственно). В основной группе осложнения отмечались у 1 ребенка (сохранение остаточной полости через 3 мес – у 5 %). В группе сравнения отмечались осложнения в виде: спаечной кишечной непроходимости – 1 (4,2%) пациента, желтухи – 2 (8,3%), кровотечения – 1(4,2%). Кроме этого, количество рецидивов в группе сравнения был 1 случай, в основной группе рецидивов эхинококкоза печени не отмечали.

При анализе осложнений послеоперационного периода в контрольной и основной группах мы разделили осложнения на невоспалительные и инфекционно-воспалительные. В основной группе частота осложнений была достоверно ($p<0.05$) ниже, чем в группе

сравнения (1 и 5 детей соответственно). В основной группе осложнения отмечались у 1 ребенка (сохранение остаточной полости через 3 мес – у 5 %). В группе сравнения отмечались осложнения в виде: спаечной кишечной непроходимости – 1 (4,2%) пациента, желтухи – 2 (8,3%), кровотечения – 1(4,2%). Кроме этого, количество рецидивов в группе сравнения был 1 случай, в основной группе рецидивов эхинококкоза печени не отмечали.

Таким образом, использование предлагаемого комплексного подхода у детей позволило получить не только хороший клинический эффект в послеоперационном периоде, но и добиться улучшения качества жизни детей на протяжении всего периода лечения эхинококкоза печени, по сравнению с группой сравнения. Химиотерапия альбендазолом в комбинации с гепатопратекторами, витаминными препаратами и с Вобэнзимом в составе пред- и послеоперационной химиотерапии позволило уменьшить негативное воздействие антипаразитарного препарата на организм ребенка. Использование полиферментной терапии обеспечило сокращение сроков реабилитации пациентов после оперативного вмешательства. Кроме этого, отмечалась качественная модуляция раневого процесса, обеспечивающая профилактику послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герасименко И.Н. Эхинококкоз печени у детей /И.Н. Герасименко// Материалы Второго съезда хирургов Южного Федерального округа. - Пятигорск, 2009. – С. 254
2. Омурбеков Т.О. Тактика предоперационной подготовки и хирургического лечения эхинококкоза у детей /Т.О. Омурбеков, К.М. Мыкыев, Э. Максут уулу и соавт.// Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии: Научно-практическая конференция – Бишкек: НЦПиДХ, 2006. – 88 с.
3. Современные походы в лечении эхинококкоза печени в детском возрасте. /С.В. Минаев, И.Н. Герасименко, Н.И. Быков, С.В. Тимофеев// Вестник хирургии им. И. И. Грекова – 2013. - №1. – С.71-74
4. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей. Ленинград: Медицина, 1983. 167с.
5. Deplazes P., Gittstein B. /P. Deplazes, B. Gittstein// Parasitology. 1991. 103. P. 41–49.

УДК: 615.2/.3:616.127-092.9

МОДЕЛИРОВАНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КРОЛИКОВ ПЕРВЫЕ СУТКИ

Д.Ф. Звонков, З.С. Тарасов, К.А. Нифонтов, В.В. Бунаев, Д.С. Кузнецов, А.С. Бойкин, Д.А. Щукин

Иркутский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии с курсом клинической иммунологии, кафедра фармакологии, кафедра факультетской хирургии, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.

Научные руководители: д.м.н. Семинский И.Ж., к.м.н. Одинец А.Д., доцент, к.м.н. Кузнецов С.М., доцент, к.м.н. Галеева О.П.

Улучшение качества жизни населения (в частности, сохранения и укрепления здоровья) приобретают в условиях ряда особенностей современного общества (природно-экологических, социально- экономических, научно-технических) большую актуальность.

Фармакологическая коррекция (фармакотерапия) в данной ситуации выступает как важный способ сохранения относительного динамического постоянства внутренней среды организма и увеличения потенциала адаптации, способствует профилактике переутомления и реабилитации после сильных нагрузок и заболеваний (в том числе после переездов, перелетов, смены часовых поясов, спортивных нагрузок и неинфекционных заболеваний, т. д.)

На наш взгляд для поиска перспективных лекарственных средств необходимо использовать весь богатый опыт традиционных и народных медицинских систем, что совместно с применением фундаментальных законов и принципов поможет ввести в медицинскую практику новые лекарственные средства. Значительный интерес представляет семейство толстянковых (Crassulaceae), многие растения которого применяются в традиционных медицинских системах стран Азии, в народной Тибета, Монголии, Китая, Алтая. Достаточно широко представители данного рода представлены в Байкальской Сибири. Среди них есть перспективные растения, для получения высокоактивных препаратов адаптогенного и биостимулирующего действия. Используя принцип филогенетического родства для поиска перспективных лекарственных растений, был начат анализ и изучение близкого родственника родиолы розовой (золотой корень) (Rhodiola rosea) по семейству толстянковые (Crassulaceae) – горноколосника колючего (Orostachys spinoza). Анализируя, полученные, результаты, ряда экспериментов на белых крысах, проведенных нами, для изучения биологической ценности тонизирующего и стимулирующего фармакологические свойства экстракта Горноколосника колючего, мы отметили его превосходство над представителями семейства Толстянковых (Crassulaceae), таких как Родиола розовая (Rhodiola rosea) являющихся признанными лекарственными растениями. В

медицинской практике используется в качестве биостимулятора растения семейства толстянковые каланхоэ перистое (Kalanchoe pinnata (Lam.) Person.), которое также является представителем семейства толстянковых. Сок каланхоэ (Succus Kalanchoes) применяется как наружное противовоспалительное средство, способствуют быстрому очищению ран от некротических тканей, ускоряет эпителизацию ран и язв. В стоматологической практике применение сока каланхоэ и его препаратов способствует ликвидации отёчности, застойных явлений и болей в деснах, усиливает заживление ран после вскрытия абсцесса. После ряда экспериментов на кроликах, по заживлению кожной линейной раны с применением экстракта из Горноколосника колючего, были получены результаты: сравнительная оценка скорости заживления кожной линейной кожной раны с применением различных лекарственных препаратов стимулирующих данный процесс показала, что наиболее выраженное влияние оказывает препарат Горноколосника колючего. Нам представилось перспективным сравнить с группой контроля время образования и качество соединительной ткани рубца в очаге инфаркта миокарда в эксперименте на модели инфаркта миокарда у кроликов с применением экстракта из Горноколосника колючего.

Цель исследования: Создать экспериментальную модель инфаркта миокарда у кроликов для изучения лекарственных свойств препаратов на основе экстракта из Горноколосника колючего.

Материалы и методы. Для создания экспериментальной модели инфаркта миокарда нами были выбраны кролики, поскольку они имеют две изолированные плевральные полости, что облегчает выполнение доступа к сердцу. После эфирного наркоза доступ длиной 7-8 см осуществлялся, начиная от грудины по переднее боковой стороне в 4 межреберье с лева, далее вскрыли плевральную полость, создали максимальный обзор с помощью ранорасширителя.

Нами были выявлены топографо-анатомические несоответствие моделей представленных в литературе, так как окклюзированые сосуды оказались венами. В подтверждение этому, после лигирования сосуда увеличилось гидростатическое давление на участке сосуда ниже лигатуры (от лигатуры к верхушке сердца) - сосуд был полон и упруг, выше лигатуры сосуд спался. Ниже лигатуры развивается умеренный отек тканей и местный цианоз. Наши наблюдения подтвердились данными изложенными в монографии: «Сравнительная анатомия и эволюция кровеносных сосудов» Кульчицкой К. И,. Роменского О. И., 1985г.-176 с., где было отмечено: «Большинство ветвей венечных артерий у грызунов проходит под миокардом». На микропрепаратах подтвердилось интрамускулярное расположение артерий.

Гистологическое исследование тканей сердца через сутки окклюзии сосуда показало: выше наложения лигатуры (от основания сердца до лигатуры) микроскопически регистрируется полнокровие микрососудов сердца, отек и фрагментация мышечных волокон, незначительные лейкоцитарные инфильтраты размером 30 - 50 микрометров; типичными являются явления стаза и контактурные изменения первой степени; зона наложения лигатуры имеют незначительные разрывы сердечной ткани, микронекрозы. Ниже наложения лигатуры (от лигатуры к верхушке сердца) имеются умеренная эозинофильная инфильтрация, кардиолизис. Снижена интенсивность окрашивания кардиомиоцитов. Регистрируется распад клеток. Типичным являются очаги инфаркта средних размеров, с некрозом в центре и демаркационной зоной по периферии, которая представлена лейкоцитами с преобладанием нейтрофилов.

Вывод. Необходимо модифицировать экспериментальную модель инфаркта миокарда на сердце у кроликов, что является с нашей точки зрения перспективным в плане изучения действия лекарственных растений на процесс зоны рубцевания инфаркта миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гончарова С. Б. Очитковые (Sedoideae, Crassulaceae) флоры российского Дальнего Востока. – Владивосток: Дальнаука, 2006. – 223 с.
2. Гончарова С. Б., Артюкова Е. В., Гончаров А. А. Филогенетические связи представителей подсемейства Sedoideae (Crassulaceae) на основании сравнения последовательностей ITS региона ядерной рДНК // Генетика. – 2006. – Т. 42, № 6. – С. 1-8.
3. Левента А. И., Одинец А. Д., Охремчук Л. В., Усов Л. А. Влияние извлечений из горноколосника и рододендрона Адамса на поведенческие реакции лабораторных животных // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 95, № 4. – С. 103-105.
4. Левента А. И., Одинец А. Д., Усов Л. А. Анксиолитические и мнемотропные эффекты извлечений из горноколосника и рододендрона Адамса в эксперименте на лабораторных животных // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 96, № 5. – С. 125-128.
5. Левента А. И., Одинец А. Д., Шапкин Ю. Г., Щукин Д. А.. Влияние извлечений из горноколосника и рододендрона Адамса на адаптационные поведенческие реакции лабораторных животных в условиях эксперимента // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 80-летию медико-профилактического факультета ИГМУ. – Иркутск, 2010. – С. 279-283.
6. Левента А. И., Одинец А. Д., Усов Л. А., Шабатурова О. В. Сведения о применении перспективного растения горноколосник колючий в народной медицине Восточной Сибири

и традиционных медицинских системах стран // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 80-летию медико-профилактического факультета ИГМУ. – Иркутск, 2010. – С. 283-287.

7. Левента А. И., Одинец А. Д., Щукин Д. А., Шапкин Ю. Г., Тимофеева С. А. Изменение адаптационных поведенческих реакций лабораторных животных в условиях эксперимента под влиянием извлечений горноколосника и рододендрона Адамса // Актуальные вопросы клинической фармакологии. Сб. научных трудов, посвященный 25-летию кафедры клинической фармакологии ИИУВа // под. ред. Н. В. Верлан. – Иркутск РИО ИГИУВа, 2011. – С. 30-31.

8. Левента А. И., Кузнецов С. М., Щукин Д. А. Применение экстракта горноколосника для стимуляции заживления кожной линейной раны // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011, № 4(80) стр. 64.

9. Семинский И. Ж., Левента А. И., Кисель С. Е., Щукин Д. А. Морфологические особенности заживления кожной линейной раны под действием препарата на основе экстракта горноколосника колючего // Сборник научных трудов Всероссийской конференции

10. Сравнительная анатомия и эволюция кровеносных сосудов / Кульчицкой К. И,. Роменского О. И.// 1985 г. – 176 с.

УДК 159.942.2: 616–001:159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Д.С. Злобина, А.Ю. Цымбал (Коновалова), Е.И.Стоянова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к.пс.н., преподаватель Стоянова Е.И.

В последнее время число боевых действий и «горячих точек» приобретают запредельный характер. Современная социально-экономическая ситуация порождает рост напряженности и усугубляет состояние людей участвующих боевых действиях. Происходящие ситуации на Украине: очередное боевое действие, которое несет за собой не

только политический ущерб стране, не только физическое воздействие на человека, но так же охватывает психологическое преступление против личности в целом. Данные ситуации характеризуются, прежде всего, экстремальным и эмоциональным воздействием на психику человека, что ведет за собой возникновения травматического стресса, последствия которого ведут за собой посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Изучение смысловых компонентов переживания травматического события, в частности при потере близких, друзей сегодня находятся в фокусе внимания психологов, однако закономерности трансформации смысловой сферы участников переживших Актуальность изучения смысловых механизмов переживания боевого стресса 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.

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 [4].

Ценностно-смысловая сфера является одной из наиболее широко и активно исследуемых сфер в психологии (С.Л.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев, Б.С. Братусь, Ф.Е.Василюк, Д.А.Леонтьев, А.С.Шаров, и многие другие). Обуславливается она теоретической и практической значимостью, сложностью, многоаспектностью данного вопроса. В большинстве исследований ценностно-смысловая сфера представляет собой центральное образование личности, ее «ядро», задающее направленность жизнедеятельности человека и определяющее отношение «человек - мир» [4].

По мнению Виктора Франкла человеческий дух есть особая сущность, которая и испытывает потребность в смысле, сами смыслы в мире существуют объективно, поскольку даны нам Богом, следовательно за реализацию смыслов человек несет ответственность перед Богом, и, наконец, что познание интуитивно, и совесть есть тот орган, который всегда и в любой ситуации провидит «должное» [5].

Именно экзистенциальный вакуум, согласно наблюдениям В.Франкла, подкрепленным многочисленными клиническими исследованиями, является причиной, порождающей в широких масштабах специфические «ноогенные неврозы», распространившиеся в послевоенный период в странах Западной и Восточной Европы.

Проведенное теоретическое исследование позволило реализовать программу эмпирического исследования.

Цель работы заключается в следующем: исследовать смысложизненные ориентации пациентов ПТСР

Задачи исследования: Провести теоретический обзор научной литературы по исследуемой проблеме; определить специфику ценностно–смысловой сферы пациентов ПТСР, а именно смысложизненные ориентации.

Методы исследования: анализ и обобщение научной и методической литературы по избранной теме, тест смысложизненные ориентации (методика СЖО) Д. А. Леонтьев. Количественный и качественный анализ эмпирических данных.

Результаты исследования представлены на рис 1.

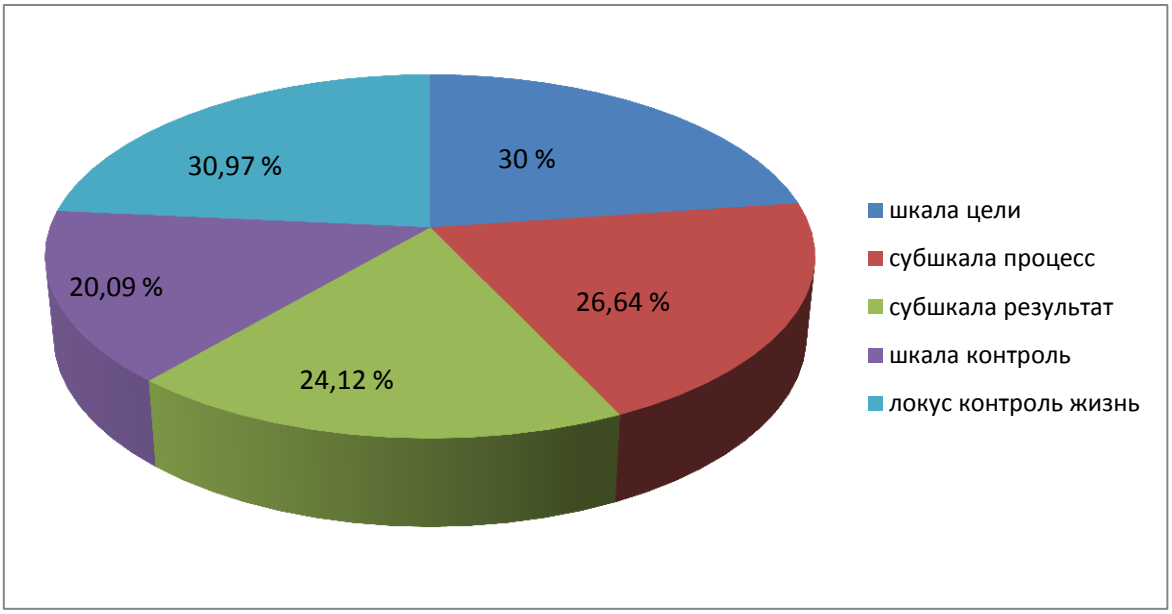


Рисунок 1. – Результаты исследования по методике «Смысложизненные ориентации (методика СЖО) Д. А. Леонтьева»

По данным показателям на первый план у испытуемых выступает локус контроль–жизнь (30, 97%), что говорит о склонности приписывать свои успехи или неудачи внутренним либо внешним факторам, происходящим с индивидом. Далее выступает шкала цели в жизни (30%), что будет говорить о стремлении человека находить полезные вещи для себя и идти с ними вперед, преодолевая трудности (в данном случае - это семья, здоровье). На третий план выходит субшкала процесса (26, 64 %), что будет говорить о процессе самого достижения цели, внутренние переживания, внешние воздействия на объекта.

Субшкала результата занимает четвертое место по показателям данных (24, 12%), что будет говорить о незначительной важности самого результата действия, как процесса выполнения к достижению поставленной задачи. И на последнем месте выступает шкала контроля (20,09 %), что будет говорить о самоорганизации и самодисциплине в процессе

выполнении какого-либо действия пациента. Специфика в том, что у испытуемых единство прошлого, настоящего и будущего не представляется в полной мере.

Таким образом, можно сказать, что смысложизненные ориентации, пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством направлены в большей степени на прошлые события жизни и настоящее проживание жизни «здесь и сейчас».

Перспективой дальнейшей исследовательской работы представляется проведение программы психологического сопровождения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. Программа в первую очередь будет направлена на трансформацию ценностно-смысловой сферы пациентов ПТСР.

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 159.942.22

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

М.В. Зорин, Ю.А. Светличная, В.С. Усанкина, А.А. Зиновьев, К.А. Шапочкин

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

к.м.н., доц. Е.В. Зорина, к.пс.н., асс. Ю.В. Живаева

Актуальность проблемы. Среди всех причин смертности населения РФ смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет 56%, в т. ч. от ишемической болезни сердца (ИБС) - 48%.

Современная медицина характеризуется внедрением методов психологии в клинику соматических заболеваний.

Доказано, что больные с ИБС с симптомами психологического стресса имеют вдвое большую смертность. В течение 5 лет уровень смертности больных, перенесших ИМ и имеющих депрессию в 3 - 6 раз выше, чем у больных, перенесших ИМ и не имеющих признаков депрессии.

В связи с этим целесообразно изучение влияния на психологическую составляющую стрессоустойчивости и психологического благополучия, что позволит больным с ИБС улучшить свое психологическое состояние, снизить риск развития осложнений заболевания и повысить качество жизни

Учитывая актуальность вышеизложенной проблемы, целью нашего исследования явилось: изучение показателей «жизнестойкости» и «психологического благополучия» у больных с ИБС.

Нами были поставлены следующие задачи:

1.Провести анализ современной психологической литературы.

2.Сформировать выборку исследования.

3.Подобрать диагностические методики для изучения психологических особенностей личности больных с ИБС.

4.Провести у них психологическое исследование личности.

Материалы и методы исследования. Выборка исследования составила: 60 человек, которые были поделены на 2 группы по 30 человек в каждой, в возрасте от 46 до 70 лет. I группу составили пациенты с ИБС, находящиеся на лечении в кардиологическом отделении №3 Краевой клинической больницы, II группа – контрольная (составили «здоровые» лица, т.е. не имеющие хронических неинфекционных заболеваний).

Методы исследования:

1.Теоретический анализ медико-психологических у пациентов с ИБС.

2.Методы сбора эмпирических данных (наблюдение, методика К. РИФФ «Шкалы психологического благополучия», тест жизнестойкости С. Мадди).

3.Методы количественной и качественной обработки данных.

В ходе исследования нами были изучены психологические характеристики больных с ИБС и контрольной группы («здоровые»), такие как жизнестойкость и психологическое благополучие

Для изучения жизнестойкости у исследуемых лиц I и 2 групп мы использовали методику «Тест жизнестойкости» С. Мадди (рис 1).

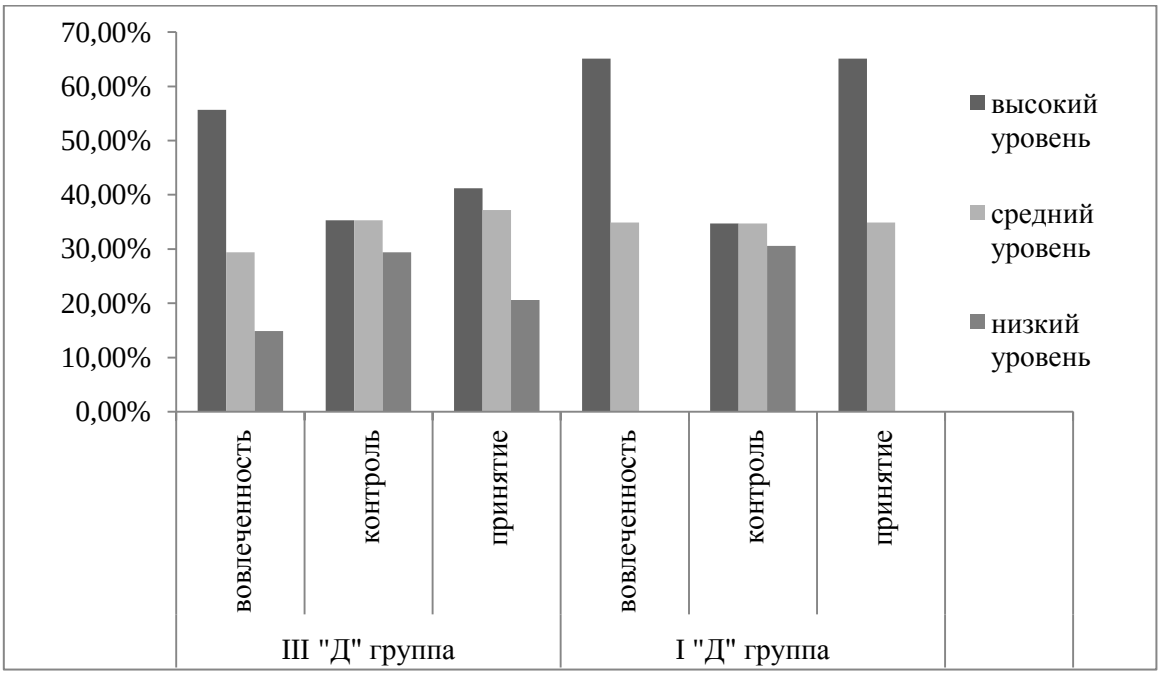


Рисунок 1 - Результаты сопоставительного анализа данных по методике «Тест жизнестойкости» у лиц I и IIгруппы

По показателям, представленным на рисунке видно, что высокий уровень отмечался по шкалам «Вовлеченность» (55,7% и 65,1%) и «Принятие риска» (41,2% и 65,1%) в обеих группах, с преобладанием в группе I (65,1% по обеим шкалам). Средний уровень преобладает по шкалам «Контроль» (35,3%) и «Принятие риска» (37,2%) у пациентов с ИБС, а по шкале «Вовлеченность» (34,9%) у лиц практически здоровых. Низкие баллы отмечаются у лиц I группы по всем шкалам с преобладанием по шкале «Контроль» (29,4%). В группе II низкие баллы отмечались только по шкале «Контроль» (30,6%), по другим шкалам они отсутствовали.

Это говорит о том, что больные ИБС менее ориентированы на объективное оценивание и снижение выраженности стрессогенных факторов. Мало инициативны., рассматривают жизнь как способ приобретения негативного опыта.

Для изучения степени выраженности психологического благополучия у исследуемых нами была использована методика К. РИФФ «Шкалы психологического благополучия» (рис 2, рис. 3).

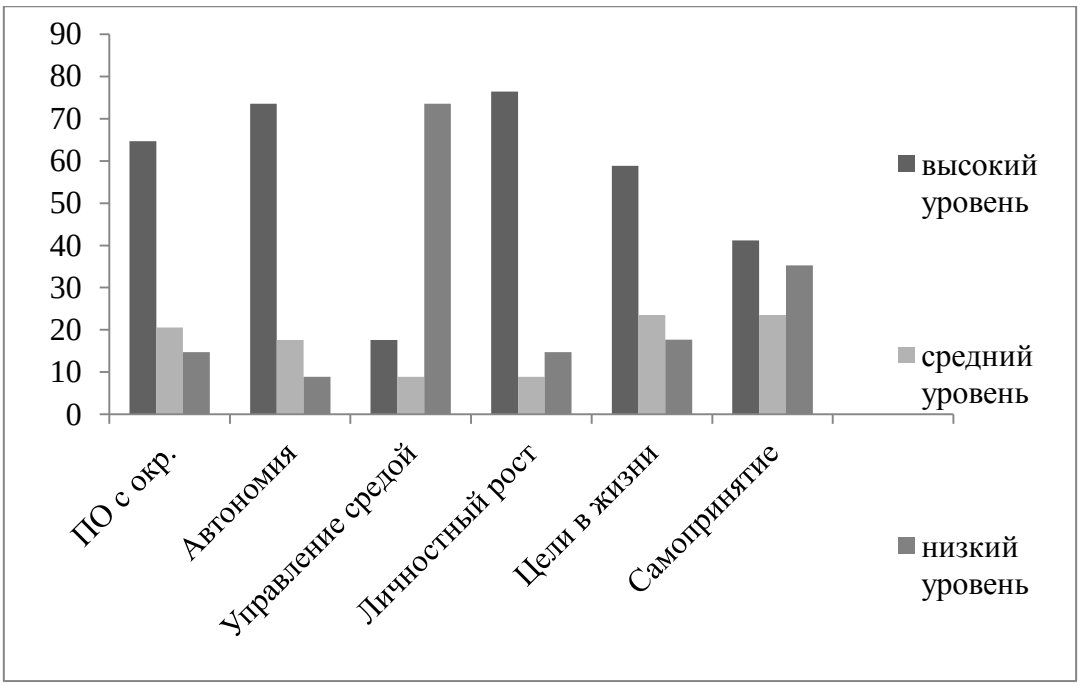


Рисунок – 2 Результаты исследования по методике «Шкалы психологического благополучия» (%) у больных I группы

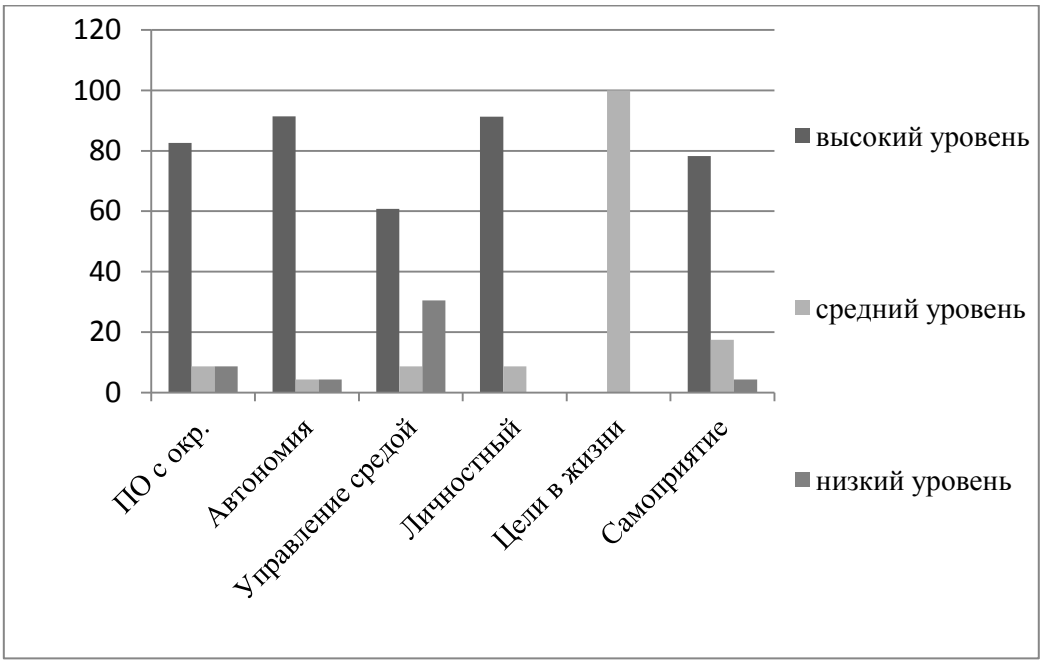


Рисунок – 3 Результаты исследования по методике «Шкалы психологического благополучия» (%) у больных II группы

Мы видим, что большинство лиц из I и II группы (рис.2, рис. 3) имеют высокие показатели по всем шести шкалам, кроме лиц I группы по шкале «Управление средой» (17,6%). Соответственно в меньшей степени у них отмечался средний и низкий уровень психологического благополучия, но преимущественно у лиц II группы, что характеризует у

них позитивное функционирование (личностного роста, самопринятия, управления средой, автономии, цели в жизни, позитивных отношений с окружающими).

В результате исследования полученные данные мы подвергли факторизации, в результате были выявлены по 3 фактора, как в выборке исследуемых пациентов с ИБС, так и в выборке контрольной группы (Таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительные результаты факторного анализа показателей факторов исследования I и II группы

Факторы	I группа	Показатели	II группа	Показатели
Фактор 1	«Общий показатель психологического благополучия	0,88	«Самостоятельность»	0,78
Фактор 2	«Психическое здоровье»	0,66	«Автономия»	0,68
Фактор 3	«Общий уровень саморегуляции»	0,87	«Общий уровень саморегуляции»	0,67

Для группы I приоритетным оказался только первый фактор - ««управление окружающей средой. Второй и третий факторы имели значение менее 4х.

«Управление окружающей средой» связано с наличием качеств, которые позволяют контролировать происходящее вокруг, а именно у больных с ИБС свое здоровье, преодолевать трудности, реализовывать цели на пути к здоровью. Не смотря на это, у них есть ощущение собственной беспомощности (низкий фактор контроля), неудовлетворенности своим прошлым, излишней зависимости от мнения окружающих.

В то время как для второй группы – приоритетным оказался второй фактор «автономия», третий фактор «общий уровень саморегуляции» и первый - «контроль», но с более низким показателем.

Эти люди способны быть независимыми, отстаивают свое мнение, преодолевать трудности, на пути реализации собственных целей. адекватно реагируют на изменение условий,

Человек с развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Выводы.

1. Доля лиц, имеющих низкий балл по шкалам теста «жизнестойкости» и психологического благополучия, в группе больных с ИБС больше, в сравнении с группой II, что может являться как причиной психосоматического нарушения, так и его следствием.

2. Больным ИБС свойственны: негативная оценка себя и своей жизни; сложности в установлении позитивных отношений с окружающими; подверженность социальному давлению; зависимость от мнения других людей при принятии важных решений; чувство неуверенности в собственной способности добиваться намеченных целей; низкий уровень осмысленности жизни; абстрактные, принципиально нереализуемые смысложизненные ориентации и слабая мотивация.

3. В группе «здоровые» общий высокий уровень стрессоустойчивости и психологического благополучия достигается, главным образом, за счет выраженности таких характеристик, как самопринятие, способность поддерживать удовлетворяющие потребностям отношения с другими людьми, наличие целей в жизни и умение их реализовать.

Наличие устойчивых жизненных смыслов проявляется в значительно большей энергичности и жизнестойкости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белялов, Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической, болезни сердца / Ф.И. Белялов // Кардиология. - 2002. - № 8. - С. 63-66.

2. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. Предназначается для профессиональных психологов-исследователей и практиков. / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова — М.: Смысл, 2006. - 63 с.

3. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно–сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиология. - 2007. - № 1. - С.4-7.

4. Погосова, Г.А. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г.А. Погосова // Кардиология. - 2007. - № 2. - С. 65-72.

5. Смулевич, А.Б. Психокардиология: учебник / А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.

6. Ryff C. D., Keyes C. L.M. The structure of psychological well-being revisited // Journ. Pers. Soc. Psychol. 1995. № 69. P. 719-727.

УДК 616.89-008.45/.47-06:616.1

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О.С. Зотина, Ю.Г. Панина, М.А.Червонная, Т.С.Захарчук
ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., доц. О.А.Штегман, к.м.н.,асс. П.В.Вырва

В последнее время на приеме у врачей различных специальностей пациенты жалуются на нарушение памяти. Все чаще в диагнозах можно встретить формулировку «когнитивные нарушения». Однако при детальном анализе этих жалоб и проведении психологического тестирования выясняется, что у многих страдает не память, а внимание. Именно в пожилом возрасте наиболее часто диагностируют сосудистые и первично-дегенеративные заболевания головного мозга, приводящие к когнитивным расстройствам различной степени тяжести: от умеренных до выраженных.

Сердечно-сосудистые заболевания являются одними из ведущих факторов риска развития когнитивных нарушений (КН). Прежде всего это артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), острый инфаркт миокарда (ОИМ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), нарушения сердечного ритма (фибрилляция предсердий). [1,2] Именно в пожилом возрасте наиболее часто диагностируют сосудистые и первично-дегенеративные заболевания головного мозга, приводящие к когнитивным расстройствам различной степени тяжести: от умеренных до выраженных. [3]

Подобная статистика свидетельствует о большой социальной значимости КН и сердечно-сосудистых заболеваний, осложнения которых при отсутствии своевременного лечения могут привести к деменции, в большинстве случаев необратимой, и в итоге - к инвалидизации больных.

Цель исследования: выявление частоты встречаемости и сравнение когнитивных нарушений и изучение выраженности тревожно-депрессивных расстройств у стационарных пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Для достижения поставленной цели были выделены следующие задачи:

1. Выявить частотувстречаемостикогнитивных нарушений у пожилых пациентов до 70 лет с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на стационарном лечении.
2. Выявить частотувстречаемостикогнитивных нарушений у пациентов в возрасте до 60 лет, с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на лечении в стационаре.
3. Изучить тревожности и расстройства депрессивного спектра у больных с сердечно-сосудистой патологией,находящихся на лечении в условиях стационара, в зависимости от возраста.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 57 человек с сердечно-сосудистой патологией . В 1 группу вошли пациенты в возрасте до 60 лет , находящиеся на лечении в условиях стационара с диагнозом острый инфаркт миокарда на 7-10 сутки. Во вторую группу вошли пациенты в возрасте 60-70 лет с диагнозом атеросклероз брахиоцефальных артерий. Критериями исключения для исследования являлись: сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения и черепно-мозговые травмы в анамнезе, возраст старше 70 лет.

Таким образом, в исследование включены 24 пациентов до 60 с диагнозом острый инфаркт миокарда на 7-10 сутки и 33 человек с АГ с атеросклерозом брахиоцефальных артерий и пациенты со стабильной стенокардией с атеросклерозом и/или стенозом коронарных артерий.

Средний возраст исследуемых: 1 группа - 54,6±3,0 лет, 2 группа - 64,8±4,2лет;

У всех включенных в исследование пациентов проводился сбор анамнеза, клинический осмотр (аускультация, измерение АД, оценка выраженности отеков нижних конечностей, одышки в покое или при ходьбе), ЭКГ, коронароангиография, эхокардиография с тканевой доплерометрией и ДС ЦДК сосудов шеи и заполнялись опросники ситуативной и личностной тревожности, депрессии, оценка когнитивных нарушений. Регистрировались постинфарктные изменения, гипертрофия отделов сердца, различные нарушения ритма.

Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось на акустической системе GE Vivid 7 Dimention, с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества.

Для выявления когнитивных нарушений использовалась Монреальская шкала когнитивной оценки. Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА) разработана для быстрого скрининга мягких когнитивных нарушений. Она оценивает различные

когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи МоСА занимает приблизительно 10 минут. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше.

Оценка тревожно-депрессивных расстройств проведена с помощью опросника депрессивных расстройств (CES-D - CenterforEpidemiologicStudies – Depression) [242], опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина [26] При выявлении >18 баллов диагностировалось депрессивное расстройство, в случае выявления >25 баллов диагностировалась депрессия.

При интерпретации показателейопросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина использовались следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая тревожность, 31 – 44 балла – умеренная тревожность; 45 и более – высокая тревожность.

Результаты исследования: В результате скринингового исследования, проведенного с помощью опросника МОСА на выявление когнитивных нарушений, среди 57пациентов, находившихся на стационарном лечении, у 37 (72%) человек суммарные показатели оценочной шкалы уровня когнитивных нарушений составили менее 26 баллов, что достоверно явилось основанием рассматривать данную группу как больных с наличием когнитивных расстройств. В 1-ой группе когнитивные нарушения были выявлены у 24 (100%) опрошенных, во 2-ой у 16 (55,1%) человек. ($P<0,05$)

У больных 1- ой группы минимальной суммой явилось 11 баллов, а максимальной 24, что достоверно меньше, чем в группе №2, где минимальная сумма баллов составила 13, а максимальная 30.

При оценке расстройств тревожно-депрессивного спектра и состояния депрессии у группы исследуемых стационарных пациентов выявлено, что среди пациентов в возрасте до 60 лет, расстройства депрессивного спектра достоверно встречались чаще, чем у пациентов в возрасте после 60 лет. Расстройства тревожно-депрессивного спектра в 1-ой группе достоверно встречались у 13 (44,8%) опрошенных, а состояние депрессии у 11 (28,7%) 1-ой группы. ($P<0,05$)

Достоверных различий по выявлению ситуативной и личностной тревожности не получено. В группе 1 при оценке ситуативной тревожности получены следующие результаты: низкая тревожность встречалась 4 (13,8%) пациентов, умеренная 16 (55,17%) опрошенных, высокая 9 (31,03%) анкетированных.

Среди стационарных исследуемых в возрасте до 60 лет низкая личностная тревожность наблюдалась у 2 (6,8%) пациентов, умеренная – у 17 (58,6%), высокая – у 10 (34,5%).

Во 2-ой группе расстройства тревожно-депрессивного спектра и состояния депрессии встречались у 9 (27,3%) опрошенных, а состояние депрессии у 6 (18,8%) пациентов.

При анализе ситуативной тревожности получены следующие результаты: низкую тревожность показали 4 (12,1%) пациентов, умеренную 14 (55,17%), высокую 15 (45,5%).

При оценка личностной тревожности выявлено, что среди стационарных больных в возрасте после 60 лет низкая личностная тревожность наблюдалась у 2 (6,06%) человек, умеренная – у 16 (48,5%) опрошенных, высокая – у 15 (45,5%) пациента.

Выводы:

1. Достоверно установлено, что в группе пациентов в возрасте до 60 лет с диагнозом острый инфаркт миокарда встречаются в 100% случаях.

2. Достоверно у каждого второго пациента группы с АГ с атеросклерозом брахиоцефальных артерий и пациентов со стабильной стенокардией с атеросклерозом и/или стенозом коронарных артерий, так же встречаются когнитивные нарушения (55,1%).

3. У пациентов до 60 лет с диагнозом острый инфаркт миокарда на 7-10 сутки сутки в сравнении со 2-ой группой пациентов, наблюдается склонность к депрессивным расстройствам, что составляет 44,8%. В 1-ой и 2-ой группах чаще встречаются умеренные варианты ситуативной и личностной тревожности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профилактика нарушений мозгового кровообращения. / Ю.Я. Варакин //Очерки ангионеврологии. - М., 2005.-С. 298-326.

2. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические и терапевтические аспекты. / И.В. Дамулин// Русский медицинский журнал.- 2006.-№ 9.-С. 658-64.

3. Сосудистые когнитивные нарушения у пожилых / И.В. Дамулин // *Русский медицинский журнал*.- 2009.-Т. 17. -№ 11. -С. 721–725.

УДК 618.146

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ПАТОЛОГИЮ ШЕЙКИ МАТКИ

Ю.О. Зубцова, О.И. Казакова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО
Научный руководитель: к.м.н., Жирова Н.В.

Патологии шейки матки – одно из часто встречающихся состояний в практике врача - гинеколога. Их частота весьма высока и не имеет тенденции к снижению: занимают значительное место в структуре заболеваний органов репродуктивной системы. Характерной особенностью данных патологий является то, что заболевания шейки матки диагностируются в любом возрасте и характеризуются длительным течением, определенной стадийностью и четкой взаимосвязью с цитологической картиной. Все заболевания шейки матки следует рассматривать в фокусе развития рака данного органа.[4]

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в мире по распространенности среди злокачественных опухолей репродуктивной системы у женщин. В России РШМ занимает 6-е место в общей структуре онкологических заболеваний.[5] В мире ежегодно регистрируются 470 000 новых случаев РШМ, 233 000 из которых заканчиваются смертельным исходом. Так, в России зарегистрировано — 14 536 случаев в 2012 г. новых случаев РШМ. По Красноярскому краю за 2011г. зарегистрировано 317 случаев РШМ на 100 тыс. населения. Почти в 100% случаях РШМ, подтвержденного гистологическими методами исследования, выявляются высокоонкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ). Наиболее опасным фактором прогрессии является длительная (более 2 лет) персистенция ВПЧ. Известно более 80 типов вируса, около 20 из них способны поражать слизистые оболочки половых органов. На каждый 1 млн. женщин с какой-либо папиломовирусной инфекцией у 100000 возникает цервикальная интраэпителиальная неоплазия, у 8000 – CIN III и карцинома in situ и у 1600 – инвазивный рак шейки матки.[3]

Наиболее часто патология встречается в 35–55 лет, но в последние годы всё больше случаев заболевания регистрируют в более молодом возрасте. Около 70% больных раком шейки матки — женщины репродуктивного возраста.

Актуальность проблемы изучения влияния различных факторов на развитие патологии шейки матки обусловлена широкой распространенностью патологии, которая встречается, у 10—15% женщин репродуктивного возраста, и у 5-9% женщин менопаузального возраста.

Выделяют фоновые, предраковые заболевания, рак in situ и инвазивный рак шейки матки.

1. Доброкачественные, или фоновые, патологические процессы в тканях ШМ – состояния, при которых сохраняется нормоплазия эпителия (отсутствие нарушений процессов митоза клеток эпителия, их созревания, дифференцировки, эксфолиации): эктропион; истинная эрозия; полип ШМ; лейкоплакия; остроконечные и плоские кондиломы.

2. Предраковые процессы ШМ – патологические процессы, характеризующиеся нарушением нормальной стратификации эпителия в связи с гиперплазией базальных и парабазальных клеток и нарушением их последующей дифференцировки, а именно дисплазии (SIL). Различают легкую, умеренную и тяжелуюдисплазию, характеризующиеся появлением атипических клеток сначала в нижней трети, затем в нижних двух третях и, наконец, во всей толщине МПЭ, включая более поверхностные отделы соответственно.

3. Рак ШМ включает преклинические формы: внутриэпителиальная карцинома (рак in situ); рак с началом инвазии – микроинвазивный рак, инвазивный рак. По гистологической структуре: плоскоклеточный рак; железистый рак; низкодифференцированный рак.[2]

К факторам развития патологических состояний шейки матки относятся:

1. Папилломавирусная инфекция (наиболее онкогенными признаны вирусы папилломы человека (ВПЧ) 16, 18, 31, 32 и некоторых других типов). На сегодняшний день ВПЧ (по данным Всемирной организации здравоохранения) считается одной из основных причин развития предраковых состояний (дисплазий) шейки матки.[1]

2. Воспалительные заболевания гениталий специфической и неспецифической этиологии, которые приводят к снижению местной иммунной защиты и способствуют персистенции ВПЧ.

3. Травматические повреждения шейки матки, возникшие после родов или абортов, предрасполагающим фактором является нарушение трофики и иннервации тканей.

3. Гормональные нарушения (повышение гонадотропной функции, сдвиги в метаболизме эстрогенов с преобладанием эстрадиола)

4. Сексуальная активность (раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров).

5. Инволютивные (возрастные) изменения половых органов, а также снижение резистентности организма, особенности метаболизма и гормональные нарушения.

6. Использование гормональной контрацепции.

7. Курение, риск дисплазии увеличивается, особенно если пациентка выкуривает более 10 сигарет в сутки.

8. Наследственный фактор: риск возникновения рака шейки матки у женщин с отягощенным семейным анамнезом.

Цель исследования: изучить влияние различных факторов на развитие патологии шейки матки у пациенток, выявленных при осмотре с помощью кольпоскопического и цитологического исследований.

Задачи исследования:

1. Провести анализ анамнестических данных исследуемых женщин;
2. Оценить кольпоскопическую картину у пациенток;
3. Выявить наиболее часто встречающиеся факторы риска у женщин с патологией шейки матки;

Материалы и методы: исследование проводилось на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии ИПО КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» методом случайной выборки. В исследовании участвовали 76 пациенток, средний возраст которых составил 29±5,13 лет.

Всем женщинам проводилось расширенное кольпоскопическое исследование с целью раннего выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки. Кольпоскопия проводилась на оптическом кольпоскопе «SensitecOC-100» с фотоприставкой на базе FullHD фотокамеры Sony и наличием программного обеспечения для кольпоскопической диагностики. Получение и передача высококачественного цветного изображения на экран компьютера позволяет произвести прицельный осмотр эпителия шейки матки, влагалища и вульвы врачу акушеру-гинекологу. Программное обеспечение дает возможность архивировать результаты исследований, проводить оценку изменений на шейки матки в динамике, а также проводить оценку эффективности проведенного лечения. Для документирования исследования использовался стандартный протокол по кольпоскопии с подробным изучением анамнеза.

Цитологическое исследование проводилось при первичном обращении пациентки КМКБ №4. Материал собирался из цервикального канала, переходной зоны и эктоцервикса с помощью цервикальной щетки.

Результаты:

При сборе анамнестических данных выявлено: раннее начало половой жизни (до 17 лет) отметили 18% пациенток, средний возраст полового дебюта составил 19 лет. Вредные привычки (алкоголь, курение) были у 18 (25%) обследуемых женщин.

У 60 (79%) женщин в анамнезе была диагностирована эктопия шейки матки, все они с диагнозом «эрозия шейки матки» состояли на «Д» учете в женской консультации. Впервые эктопия выявлена у 11 женщин. 27 (45%) пациенткам по поводу эктопии шейки матки было проведено оперативное лечение, 33 (55%) женщины никакой терапии не получали. Структура оперативного лечения у пациенток с эктопией шейки матки: криодеструкция - 9

(33%), диатермокоагуляция у 12 пациенток, что составило 44%, конизация была у 3 (11%) пациенток и РВХ 1 (3%) (рис. 1).

Рисунок 3 – Структура лечения эктопии шейки матки.

У 23(30%) женщин, были в анамнезе случаи инфекций передающихся половым путем, из них 11 эпизодов хламидиоза, 2 пациентки с уреаплазмозом, у 3 в анамнезе был трихомониаз, ВПГ 1 случай, ПВИ была выявлена у 12 (16%) пациенток (рис.2).

Рисунок 4. ИППП в анамнезе

Так же была выявлена зависимость наличия эктопии шейки матки от приема гормональных препаратов, из 20 женщин употребляющих гормональные препараты 14 имели обширную эктопию шейки матки, у 2 пациенток были явления микро-железистой гиперплазии.

При проведении кольпоскопии аномальная кольпоскопическая картина низкой степени тяжести выявлена у 18 (22%) обследуемых пациенток, аномальная кольпоскопия тяжелой степени поражения у 4 больных (5%). 100% пациенток с аномальной кольпоскопией были ассоциированы с факторами риска. Из них 7 курят, у 8 в анамнезе ИППП, у 13 была ранее диагностирована эктопия ШМ, 6 женщин принимают гормональные контрацептивы. У двоих женщин был положительный ВПЧ – тест в анамнезе. При цитологическом обследовании выявлено: у 13 пациенток CINI (L-SIL), у 2 – CINII (H-SIL), 12 из них имели аномальную кольпоскопию. Цитологическое заключение ASCUS было у 7 пациенток, 4 из них имели аномальную кольпоскопию. ПЦР ВПЧ проводилось по желанию женщин и

рекомендовалось пациенткам, имеющих аномальный PAP-тест и кольпоскопию, в связи с отсутствием возможности бесплатного обследования на ВПЧ в России. У 6 пациенток из 10 обследованных выявлена ПВИ. Две женщины с аномальной КСК имеют диагноз цервицит, 9 – дисплазию, 6 - ПВИ.

Выводы:

1. В результате анализа анамнестических данных выявлено: раннее начало половой жизни у 18% пациенток, у большинства обследуемых средний возраст полового дебюта составил 19 лет. Вредные привычки (алкоголь, курение) были выявлены у 18 (25%) обследуемых женщин. У 23(30%) женщин были в анамнезе случаи инфекций передающихся половым путем, 26% обследуемых принимают в данные момент гормональные препараты. У абсолютного большинства женщин: 60 (79%) человек имели в анамнезе эрозию шейки матки (эктопию) и состояли на «Д» учете в женской консультации. Каждой второй женщине с эктопией было проведено оперативное лечение, что составило 27 (45%) человек.

2. При проведении кольпоскопии среди обследуемых у 27% (22) пациенток выявлена аномальная кольпоскопическая картина I и II степени поражения. У 18 пациенток аномальная кольпоскопия была ассоциирована с плоскоклеточным интраэпителиальным поражением по цитологическому исследованию, что говорит о высокой частоте встречаемости патологии шейки матки и высокой информативности кольпоскопического исследования в отношении дисплазии.

3. К наиболее часто встречающимся факторам риска у обследуемых пациенток с дисплазией шейки матки относятся: ИППП, причем наиболее часто встречается хламидийная инфекции (47%), вирус папилломы человека (52%). Также мощным ко-фактором развития патологии шейки матки является курение – 18 (25%) обследуемых женщин курят, и пациентки, которые длительно употребляют гормональные препараты: из 20 женщин употребляющих гормональные препараты 14 имели обширную эктопию шейки матки, у 2 пациенток были явления микро-железистой гиперплазии.

Таким образом, что в большинстве случаев пациентки с патологией шейки матки имели ранний дебют половой жизни, несколько половых партнеров, высокую сексуальную активность, наличие в анамнезе или в настоящее время инфекции передаваемые половым путем. Причины развития патологии шейки матки многообразны и, как правило, имеют сочетанный характер. Своевременная диагностика и устранение факторов риска позволит снизить частоту патологии шейки матки, а также снизить частоту заболеваемости и смертности женщин от рака шейки матки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Костава, М.Н. Протоколы ведения больных. Инфекции, передаваемые половым путем. Папилломавирусная инфекция шейки матки высокого онкогенного риска/ М.Н Костава, В.Н. Прилепская, Г.Н.Минакина // М: Ньюдиамед. – 2014. – С. 32-35

2. Кулаков, В.И. Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей/ В.И.Кулаков, В.Н.Прилепская // М:МЕДпресс-информ. – 2007. – С. 14

3. Роговская, С.И. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция / С.И. Роговская, Е.В. Липова// М: Statuspraesens. - 2014. – С. 635-637

4. Роговская, С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: В помощь практикующему врачу/ С.И. Роговская // М: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – С. 14-16

5. Современные методы скрининга рака шейки матки и ВПЧ-тест: клинико-экономическая эффективность/ З.Л. Гончаревская, Н.П. Лапочкина, П.И. Некрасов, Л.А. Бадалова, Л.А. Теребнёва, С.И. Роговская// Доктор.ру Гинекология Эндокринология. – 2014 – №1(5). – С. 11-12.

УДК 618.3/.5 – 06:616.155.294

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У БЕРЕМЕННЫХ - АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ

Я.Е. Зуева

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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научные руководители: д.м.н., проф. Цхай В.Б., к.м.н., асс. Гребенникова Э.К.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является гематологической патологией, которая проявляется иммунно-опосредованной тромбоцитопенией. Данный диагноз является правомерным, если на основании сбора анамнеза, физикальных и лабораторных исследований исключены все другие состояния, приводящие к тромбоцитопении. По опубликованным данным распространенность ИТП среди взрослых и детей колеблется от 1 до 13 на 100000 человек [2]. Актуальность обзора несомненна, так как имеется риск тяжелых кровотечений и долгое время вопрос пролонгирования и сохранения беременности при ИТП оставался спорным. Адекватное лечение и диагностика все еще не до конца разработаны. Целью исследования является всесторонний научный

обзор монографий и опубликованных англоязычных исследований, в которых изучалась клиника, эффективность диагностики и лечения ИТП. Известно, что среди больных ИТП преобладают женщины в соотношении 3,9 : 1, а в репродуктивном возрасте это соотношение возрастает до 9 : 1, то есть ИТП среди геморрагических диатезов наиболее часто (в 40%) является причиной геморрагического синдрома в акушерской и гематологической практике[1,4]. Среди женщин детородного возраста ИТП встречается с частотой 1: 59 на 1000 родившихся живыми, что составляет около 3% всех случаев материнской тромбоцитопении при родах [1]. Уровень тромбоцитов, как правило, возвращается к нормальным значениям в течение двух месяцев после родов. По результатам обзоров монографий и медицинских статей все причины тромбоцитопении у беременных можно разделить следующим образом: в 79,5% случаев – это доброкачественная гестационная тромбоцитопения, в 16% случаев – обусловлена преэклампсией, в 2,5% случаев – ассоциирована с HELLP синдромом, в 1% случаев – с ВИЧ инфекцией и только в 1% случаев – это иммунная тромбоцитопения[3].Современное понимание патогенеза тромбоцитопении во время беременности свидетельствуют о том, что антитромбоцитарные аутоантитела не только вызывают разрушение тромбоцитов, но также могут уменьшить образование тромбоцитов либо путем вмешательства в процесс пролиферации или созревания, вызывая разрушение тромбоцитов, либо благодаря способности аутоантител активировать комплемент и вызывать фагоцитоз тромбоцитов [4,6]. Недавние исследования показали, что деструкции тромбоцитов может содействовать индуцированный Т-лимфоцитами лизис [5].По данным М.Ю. Соколовой у беременных с ИТП наблюдается значительная частота развития акушерских осложнений, превышающая в среднем в 2 – 3 раза осложнения у женщин в популяции: преэклампсия отмечается в 37,5%, угроза прерывания беременности и невынашивание – в 56,4%, плацентарная недостаточность – в 43,5%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 3,6% случаев. Данные о частоте акушерских кровотечений у беременных с ИТП имеют большую вариабельность – от 3 до 30% . Хотя очевидно, что течение беременности и ее исход зависят от тяжести заболевания и от адекватности проводимой терапии. Большинство специалистов отмечают о довольно хороших перинатальных результатах и низкой частоте осложнений беременности и родов у пациенток с ИПТ. В тоже время, по данным исследования, проведенного в Турции, 62% пациенток с диагностированной во время беременности ИПТ нуждались в лечении стероидами, 15,3% получали внутривенные инъекции иммуноглобулина, 23% – комплексное лечение стероидами и иммуноглобулином[1,4]. Течение беременности осложнилось в 28,6% случаев гестационным диабетом, в 4,7% – преэклампсией, в 4,7% – отслойкой плаценты. Послеродовое кровотечение было отмечено в 19% случаев. По данным F.

Yassaeeetal., 89,5% новорожденных имели нормальные показатели количества тромбоцитов, 10,5% – имели умеренную тромбоцитопению, не было ни одного случая геморрагических осложнений, но в 10,5% была диагностирована внутриутробная задержка роста плода[6]. Критериями выбора метода лечения являются клинические проявления заболевания и уровень тромбоцитов периферической крови. Необходимо поддерживать число тромбоцитов на «безопасном» уровне (свыше 50 тыс./мкл) и компенсацию в плазменном звене гемостаза [3].

Глюкокортикоиды, гамма-глобулин и переливание тромбоцитов в большинстве случаев являются эффективными методами лечения ИТП во время беременности. Эти препараты могут увеличить количество тромбоцитов и снизить частоту послеродовых кровотечений у родильниц, при этом они не имеют побочных эффектов для матери и плода.Иммуноглобулин для внутривенного введения при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у беременных эффективен в дозе 400 – 600 мг/кг массы тела в сутки, курсом 3 – 5 дней, в тяжелых случаях до 6 дней [2].Уровень материнских тромбоцитов должен поддерживаться на значении, превышающем 30×10^9/млв течение беременности, и выше 50×10^9/мл ближе к сроку родов, это позволяет минимизироватьпотребность в трансфузиях тромбоцитов в случае необходимости кесарева сечения. Имеющиеся в Кохрановской базе данные, основанные на анализе рандомизированных контролируемых исследований, показывают, что бетаметазон не снижает риск неонатальной тромбоцитопении и кровотечений у новорожденных и матерей с ИПТ во время беременности. S. Youngetal. сообщили об успешном использовании Аргатробана у пациентки с ИТП во время третьего триместра беременности. Все три прямые ингибиторы тромбина, доступные в США – Аргатробан, Бивалирудин и Лепирудин. Лечение проводилось с 33 до 39 недели беременности. Пациентка успешно родила здорового новорожденного без побочных эффектов от Аргатробана[1,4]. В большинстве исследований отмечено, что тяжелая ИТП на момент родов не является показанием для оперативного родоразрешения методом кесарева сечения. Некоторые специалисты считают, что возникновение интранатальных внутрижелудочковых кровоизлияний, вряд ли связано с методом родоразрешения[1]. В тоже время, P. Brychtová etal. сообщили, что среди 127 беременных с легкой тромбоцитопенией операция кесарева сечения проведена в 13,5% случаев, среди 71 беременной с умеренной тромбоцитопенией – в 17,5%, среди 2 беременных с тяжелой тромбоцитопенией – в 1% случаев. Стандартная профилактика у пациенток с ИТП, включающая в себя введение свежезамороженной плазмы в количестве 15-20 мл/кг в III периоде родов, не эффективна у 14,2% пациенток с легкой степенью, у 40,0% – со средней и у всех с тяжелой степенью идиопатической тромбоцитопенической

пурпуры[5]. Комплексная профилактика: снижает частоту и объем кровотечений при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре и болезни Виллебранда в 2 раза. Таким образом, при анализе литературных источников, выяснено, что идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура является общим гематологическим заболеванием, вызванным иммуно-опосредованной тромбоцитопенией. До сих пор остаются спорными риски для матери и плода, вопросы медикаментозной терапии в гестационном периоде, методы родоразрешения с учетом риска геморрагических осложнений, как для матери, так и для новорожденного [2]. Важно отметить, что пациенткам с ИПТ необходимы тщательный пренатальный контроль и лечение. Ведение таких пациенток должно осуществляться акушером, гематологом и педиатром, работающих в тесном сотрудничестве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Акиньшина С.В. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической практике: Молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» – 2007. – С.100-156.
2. Краснова Н.Ю. Оптимизация тактики ведения беременности у женщин с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. / Н. Краснова// Современные вопросы гинекологии. - 2007. – С. 24 - 67.
3. Соколова М.Ю. Беременность и роды у женщин с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. / М.Ю. Соколова// Акушерский вестник. – 2004. – № 2. - С.5-32.
4. Andersson P.O., Olsson A., Wadenvik H. Reduced transforming growth factor-beta1 production by mononuclear cells from patients with active chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. Br. J. Haematol. – 2002. - №116(4). – С. 7-862.
5. Borna S., Borna H., Khazardoost S. Maternal and neonatal outcomes in pregnant women with immune thrombocytopenic purpura. Arch Iran Med. – 2006. - № 9(2). – С. 8-115.
6. Brychtová P., Procházka M., Lattová V., Lubušký M., Procházková J., Slavík L., Úlehlová J., Simetka O. Occurence, etiology and clinical significance of trombocytopenia in pregnancy. Ceska Gynekol. – 2013. - №78(6). – С. 5-560.

УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ МУЖЧИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

М.А. Иванова, С.М. Колкова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к. псх. н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО С.М.Колкова

Важность изучения механизмов психологической защиты имеет особую актуальность в наше время в связи с успешным развитием психотерапии и различных коррекционных программ, а также их внедрением практически во все области медицины. Поиск содержательных «мишеней» для психологической коррекции личности одна из наиболее сложных и ответственных задач медицинского психолога и психотерапевта, особенно при выявлении факторов, которые влияют на эту «мишень».

Одним из самых существенных факторов, влияющих на отношение к болезни, осознание ее фрустрирующего (блокирующего основные потребности личности) характера, является угроза личности и связанная с этим тревога. На преодоление фрустрирующего влияния болезни и тревожных переживаний направлены механизмы психологической защиты (вытеснение, регрессия, изоляция, проекция, интроекция, обращение на себя, обращение в свою противоположность, сублимация и другие)[5], [2]. Механизмы психологической защиты способны усугубить, смягчить или нейтрализовать личностные реакции на эмоционально значимые стимулы. Таким стимулом может являться болезнь.

По данным статистики Всемирной Организации Здравоохранения и Международного Агентства по исследованию рака, одним из самых опасных и распространенных заболеваний на 2012 год являются онкологические заболевания: в год умирает огромное количество людей – 8,5 млн человек. Данный диагноз - массивная психотравма, которая непременно отражается на механизмах психологической защиты онкологических больных. Однако механизмы психологической защиты не всегда эффективны, поэтому здесь важно говорить о влиянии того, в чем человек находится – социальные институты: семья, друзья, работа, учеба, которые будут помогать/усугублять состояние человека в период заболевания [3].

Как показывает практика с недавних времен, психотерапия имеет положительный эффект: психическое состояние онкологических больных улучшается, настрой на

выздоровление становится выше, уровень выживаемости таких пациентов увеличивается, однако это применительно не для всех пациентов в силу их психологических особенностей [4]. Следовательно, вытекает важность более глубокого изучения механизмов психологической защиты, а также влияния окружающей среды, чтобы оказанная помощь психолога была эффективна каждому в соответствии с их психологическими особенностями.

Таким образом, целью данной работы являлось исследование механизмов психологической защиты мужчин, имеющих онкологическое заболевание и выявление взаимосвязи между механизмами защиты и ценностями в момент заболевания.

Цель исследования выстроена из следующих задач:

а) изучение научно-методической литературы по теме исследования;

б) подбор диагностического комплекса, направленного на определение механизмов психологической защиты, жизненных ценностей;

в) проведение диагностики из методик, которые направлены на определение механизмов психологической защиты, жизненных ценностей;

г) интерпретация и анализ полученных данных диагностического комплекса методик.

Для реализации поставленных целей был использован комплекс методик: опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI) для диагностики механизмов психологической защиты, опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И.Г. Сенина [1].

Исследование было проведено в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». В исследовании приняли участие больные с онкологическим заболачиванием в количестве 38 человек мужского пола. Также, была вторая выборка без онкологического заболевания, т.е. здоровые мужчины в количестве 38 человек.

В результате проведения диагностики, мы получили следующие результаты по методике «Опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля»: наиболее выраженный механизм психологической защиты у исследуемой группы больных – отрицание (14 человек), затем проекция (9 человек), интеллектуализация (6 человек), подавление (3 человека), компенсация (3 человека), реактивное образование (3 человека), замещение (1 человек). Из восьми механизмов психологический защиты у данной группы не выражена регрессия (Рисунок 1):

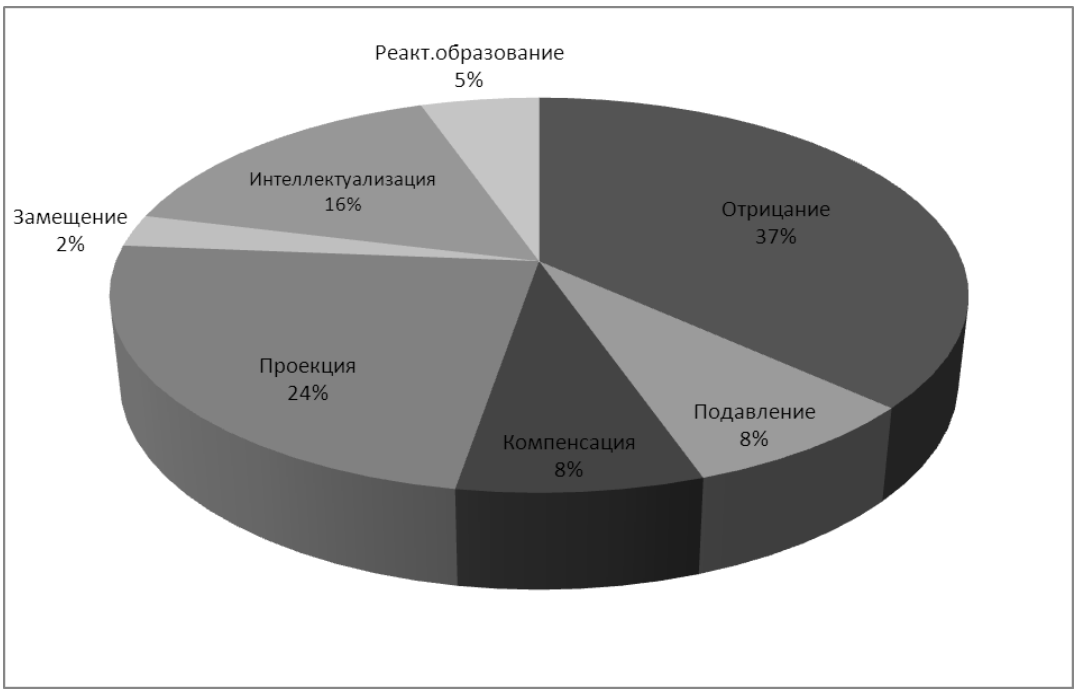


Рисунок 1 – Показатели выраженности механизмов психологической защиты

По данным результатов второй примененной методики для диагностики – «Опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина»: преобладающая ценность у исследуемой выборки – активные социальные контакты (13 человек), на втором месте – собственный престиж (8 человек), потом – высокое материальное положение (3 человека), креативность (3 человека), сохранение собственной индивидуальности (3 человека), развитие себя (2 человека), достижения (2 человека), духовное удовлетворение (2 человека).

Также, в ходе анализа результатов всех методик, используемых в исследовании, выявилась следующая связь: для мужчин, имеющих онкологическое заболевание с механизмом отрицания характерны два варианта ценностей – собственный престиж, активные социальные контакты. Для механизма проекция тоже характерны активные социальные контакты; для такого механизма психологической защиты как «интеллектуализация» ценна креативность; для мужчин, имеющих «реактивное образование» важен собственный престиж (Таблица 1).

Таблица 1 – Взаимосвязь механизмов психологической защиты с ценностями (у мужчин, имеющих онкологическое заболевание)

Механизм психологической защиты	Ценность	Количество человек
Отрицание	• собственный престиж	5 человек

	• активные социальные контакты	4 человека
Проекция	• активные социальные контакты	7 человек
Интеллектуализация	• креативность	2 человека
Реактивное образование	• собственный престиж	1 человек

Вторая часть исследования проводилась с применением такого же комплекса методик, однако проводилась на здоровых мужчинах.. Были получены следующие результаты по методике «Опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля: выраженный механизм психологической защиты у исследуемой группы здоровых мужчин – подавление (27%), компенсация (19%), замещение (16%), проекция (14 %), отрицание (8%), реактивное образование (5%), регрессия (6%), интеллектуализация (5%)

Результаты второй примененной методики для диагностики – «Опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина»: преобладающая ценность – собственный престиж (9 человек). На втором месте – креативность (5 человек), потом – достижения (5 человек). Далее идет «духовное удовлетворение» (5 человек). Высокое материальное положение и сохранение собственной индивидуальности стоят на третьем месте (по 4 человека с каждой ценностью). Такие ценности как «развитие себя» и «активные социальные контакты» на последнем месте (по 3 человека).

По итогу исследования выявлена разница между механизмами психологической защиты у исследованных выборок, что свидетельствует о том, что при наличии каких-либо негативных факторов, в данном случае – онкологическое заболевание, происходит смена механизма психологической защиты на эффективный. Проведенное исследование доказывает, что существует взаимосвязь между механизмом психологической защиты и определенным набором ценностей. Последние, в свою очередь, также отличны от ценностей «здоровой выборки».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф. Пособие для психологов и врачей. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.

2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 2014. – 480 с.

3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология . – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 432 с.

4. Попова Т.Н., Глыбочко П.В. Онкология. – М.: Академия, 2013. – 400 с.

5. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – СПб.: Проспект, 2010. – 194 с.

УДК 616.895.2:004.9]-06:616.85

ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ КИБЕРЗАВИСИМОСТЬЮ И СКЛОННОСТЬЮ К НЕВРОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ

Иванова М.М., Зотова О.А., Малых С.А.

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

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

Актуальность.

С каждым днём в мире увеличивается количество пользователей интернета. С одной стороны это повышает уровень развития общества, но одновременно с этим рождается проблема киберзависимости.

Киберзависимость влияет на уровень социальной адаптации и здоровья пользователей, сказывается на их психическом состоянии.[1]

По результатам проводимых ранее исследований, к компьютерной аддикции в большей степени склонны люди, имеющие различные отклонения в эмоциональной сфере личности. У лиц, страдающих компьютерной зависимостью, отмечается изменение психического состояния, снижение настроения, активности, ухудшение самочувствия, дисфория, депрессия. Часто интернет-зависимость диагностируется у депрессивных больных, они испытывают страх отвержения, нуждаются в социальной поддержке и используют интернет для преодоления трудностей межличностного взаимодействия в реальности.[1,2] Данные состояния могут как сочетаться с кибераддикцией, так и становиться факторами её развития, а зачастую и являться её следствием. Интернет-зависимость коррелирует с различной степенью депрессии, что было выявлено в исследованиях Кимберли Янг.[2]

Лица, страдающие интернет-зависимостью различной степенью выраженности нередко отличаются девиантным поведением, обусловленным их личностными особенностями.[3,4]

Феномен киберзависимости имеет прямую взаимосвязь с агрессией, импульсивностью, приводит к проблемам с поведением, психосоциальным проблемам,

таким состояниям, как беспокойство, гнев, учащенное сердцебиение, ухудшение отношений с семьей и друзьями.[5,6]

Проблема компьютерной зависимости изучается в России сравнительно недавно, что также обуславливает её актуальность. Кроме того с развитием интернета феномен киберзависимости видоизменяется с течением времени, что требует его дальнейшего изучения.[1]

Цель исследования.

Целью данного исследования является выявление связи между киберзависимостью и склонностью к невротическим состояниям, таким как тревожность, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения, обсессивно-фобические нарушения, истерические состояния.

Задачи, поставленные для выполнения работы:

1. Изучить склонность испытуемых к киберзависимости и невротическим состояниям
2. Оценить взаимосвязь между наличием киберзависимости и склонностью к невротическим состояниям
3. Оценить степень подверженности определенному виду невротических состояний у киберзависимых лиц.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 65 человек в возрасте 21-27 лет, являющиеся студентами 5 курса лечебного факультета КрасГМУ, из них 29 (44%) мужчин и 36 (56%) женщин. Для выявления уровня интернет-зависимости применялся тест Кимберли Янг. Набранная испытуемыми в ходе выполнения опросника сумма, позволила разделить их на 2 группы. В первую группу, которая составила 10 человек (15%), из них 5 (50%) мужчин и 5 (50%) женщин, вошли лица, предрасположенные к интернет-зависимости. Вторую группу, которая явилась группой контроля, составили лица, не склонные к интернет-зависимости – 55 человек (85%), из них 24 (36%) мужчин и 31 (64%) женщин. Обеим группам испытуемых было предложено пройти тестирование с помощью клинического опросника на выявление и оценку невротических состояний. Результаты опросника интерпретировались по шести шкалам: тревожность, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения, обсессивно-фобические нарушения, истерические состояния. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica – 6.0» StatSoft.

Результаты и их обсуждение.

В ходе исследования нами была выявлена достоверная связь между наличием киберзависимости и склонностью к определенным невротическим нарушениям. Отмечаются

высокие показатели уровня склонности к невротическим нарушениям у киберзависимых лиц, в сравнении с лицами, не имеющих киберзависимости (см. Таблица №1). В частности достоверно выявлена более высокая предрасположенность к тревожным состояниям (-1,8[3,59;4,08]) у киберзависимых лиц в сравнении с группой контроля (0,3[6,11;3,32]), склонность к невротической депрессии (-5,8 [-1,3;4,5]) у группы киберзависимых значительно превышает её уровень у группы контроля (-3,38[4,4;5,01]). Киберзависимые лица достоверно более подвержены астеническим расстройствам (-1,06[-2,9;3,5]), чем группа контроля (4,34 [0,9;7,8]); к истерическим нарушениям (-1,2[-3,7;1,85]) по сравнению с контрольной группой (2,9[-0,48;5,5], отмечается более высокий показатель вегетативных нарушений (-1,7[-3,8;2,46]) в сравнению с группой контроля (2,36 [1,09;3,5]).Уровень склонности к обсессивно-фобическим расстройствам (2,65 [13,35;4,74]) также превышает данный показатель в контрольной группе (8,14 [2,24;11,68])

Таблица 1 – Взаимосвязь между наличием киберзависимости и склонностью к невротическим состояниям.

1. Невротические нарушения	2. Группы		3. Значимость различий
4. Тревожные состояния 5.	6. Наличие киберзависимости 7. п =10	8. Отсутствие киберзависимости (группа контроля) 9. п=55	10. P=0,033
	11. -1,8 12. [3,59;4,08]	13. 0,3 14. [6,11;3,32]	
15. Невротическая депрессия	16. -5,8 17. [-1,3;4,5]	18. -3,38 19. [4,4;5,01]	20. P= 0,008
21. Астенические нарушения	22. -1,06 23. [-2,9;3,5]	24. 4,34 25. [0,9;7,8]	26. P= 0,044
27. Истерические расстройства	28. -1,2 29. [-3,7;1,85]	30. 2,9 31. [-0,48;5,5]	32. P=0,045
33. Вегетативные нарушения	34. -1,7 35. [-3,8;2,46]	36. 2,36 37. [1,09;3,5]	38. P=0,038
39. Обсессивно-фобические расстройства	40. 2,65 41. [13,35;4,74]	42. 8,14 43. [2,24;11,68]	44. P=0,042

Выводы:

В группе киберзависимых выявлены статистически значимые более высокие показатели склонности к невротическим состояниям в сравнении с группой, не имеющей киберзависимости. Таким образом, отмечается прямо пропорциональная зависимость между наличием кибераддикции и склонностью к невротическим нарушениям, таким как тревожность, невротическая депрессия, астения, истерия, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Деревянко, Ю.П. Эмоционально-волевая сфера личности студентов с разным уровнем зависимости от компьютера/Ю.П. Деревянко, С.С. Каторгина// APRIORI. Серия: Гуманитарные науки. - 2013. - №1. - С. 1-4.
2. Спиркина, Т.С. Личностные особенности пользователей сети Интернет, склонных к интернет-зависимости//Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2008. - №60. - С. 473-478.
3. Попова, О.А. Личностные особенности студентов с разным уровнем интернет-зависимости/ О.А. Попова// Международный научно-исследовательский журнал. – 2012. - №5-3(5). – С.89-91.
4. Кожевникова, О.В. Психологические особенности интернет-зависимых пользователей/О.В.Кожевникова, З.Н. Шавалеева// Вестник Удмуртского университета. – 2012. - №3. - С. 99-103.
5. Lim J.A. The association between internet addiction and aggression/impulsiveness in adolescents/J. A. Lim, A. R. Gwak , S. M. Park , D. J. Kim , J. S. Choi// Alcohol and alcoholism. – 2014. -№49. - P. 73.
6. Gür K. Internet addiction and physical and psychosocial behavior problems among rural secondary school students/ K. Gür, S. Yurt, S. Bulduk, S. Atagöz//Nursing and Health Sciences.- 2014. - №16.

УДК 616.24-002-036.88 ”2009/2013”

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КГБУЗ КМК БСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА ЗА 2009-2013 ГОДА

В.О. Иванова, И.А. Толпыга, Д.В. Бочкарев

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

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии
Научные руководители: асс. Е.В. Козлов, к.м.н., доц. Е.В. Деревянных

Внебольничная пневмония в настоящее время представляет большую эпидемиологическую и медицинскую значимость [2]. Это связано с высокой заболеваемостью и смертностью, трудностями диагностики и оценки тяжести заболевания, а также нередкими случаями нерациональной тактики антибактериальной терапии. Общее число больных в России ежегодно превышает 1,5 млн человек в год, из которых 591493 подлежат госпитализации [3].

Целью настоящего исследования является анализ летальных исходов от внебольничной пневмонии (ВП) тяжелого и крайне тяжелого течения в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) им. Н.С.Карповича г. Красноярска с 2009 по 2013гг, с решением следующих задач:

1. Выявить процентный показатель умерших пациентов, поступивших с ВП за 2009 – 2013 гг. в ГКБ №6 им. Н.С.Карповича.
2. Оценить тяжесть состояния больных на момент поступления с ВП по шкале PORT.
3. Оценить социальный статус умерших пациентов от ВП.
4. Выявить ведущие осложнения у умерших больных от ВП.

Материалы для анализа смертности от ВП предоставлены медицинским статистическим информационно-аналитическим отделом КГБУЗ КМК БСМП им. Н.С. Карповича. Исследование проводилось на основе результатов ретроспективного анализа историй болезни пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением ВП, поступивших в период с 2009-2013гг. Распределение больных по степени тяжести и прогнозу заболевания проводилось с использованием прогностической шкалы PORT-Pneumonia Outcomes Research Team (Fine M. et al., 1997). Группу контроля составляли 30 пациентов с тяжелой ВП сопоставимые по возрасту и полу, пролеченные и выписанные с выздоровлением. Все анализируемые случаи летальных исходов от ВП были подвергнуты патологоанатомическому исследованию. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты: по данным статистического информационно-аналитического отдела за период с 2009 по 2013 гг. поступило 4416 человек с ВП, данные представлены в таблице 1. Максимальное количество пациентов с ВП поступило в 2013г., в количестве 1000 человек. Минимальное в 2009г. – 787 человек. Общий процент умерших составил 5,75%, из которых мужчин 63,4% (средний возраст 62,5±8,25); женщин 36,6% (средний возраст 67±5,36). Анализируя истории болезни умерших пациентов с тяжелой ВП, было отмечено, что в

среднем данная категория больных поступала в специализированный стационар на 9,3±1,2день заболевания, по сравнению с группой контроля, которая поступила в стационар в среднем на 5 сутки с момента клинических проявлений. Из доли умерших по направлению от участкового терапевта поступило 12 из 254 чел. (4,7%), в экстренном порядке поступило 241 из 254 чел. (94,9%) и по самообращению 1 из 254 чел. (0,4%). Все умершие больные были разделены на две группы: первая группа составила 124 чел. из 254, относящиеся к IV классу (91-130 баллов) по шкале PORT имеющие риск летальности от 8,5 до 9,3%, вторая группа составила 130 чел. которые были отнесены к V классу (>130 баллов) по бальной шкале PORT имеющие риск летальности от 27 до 31,1%. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. Социальный статус больных был представлен различными категориями: пенсионерами 161 из 254 чел. (63,4%), временно или постоянно не работающими 48 из 254 чел. (18,9%) и работающими людьми 45 из 254 чел. (17,7%). Указывали на наличие курения, со стажем более пяти лет, 71 из 254 человек (28%), на употребление наркотических средств 14 из 254 человек (5,5%), имели синдром зависимости от алкоголя 51 из 254 чел. (20%). У некоторых пациентов данные о вредных привычках выяснить не удалось в связи с тяжестью их состояния. Ведущим в структуре осложнений у больных обеих групп с тяжелой ВП была дыхательная недостаточность II-III степени - 94% пациентов (239 из 254 чел.), не редко развивались: церебральная дисфункция 43,7% (111 из 254 чел.), инфекционно-токсический шок (ИТШ) - 27,6% (70 из 254 чел.), более редкими осложнениями были: экссудативный плеврит - 9,8% (25 из 254 чел.), пневмоторокс 2% (5 из 254 чел.), абсцедирование 8,7% (22 из 254 чел.), кровохарканье 2,8% (7 из 254 чел.).Типичные рентгенологические изменения в виде различного по объему затемнения (инфильтрации) легочной ткани наблюдались у 100% больных ВП. Лабораторные критерии характерные для ВП были классическими, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево был отмечен у большинства больных в 1-й и 2-й группе, так же, как и в группе контроля. Лейкопения наблюдалась только у больных относящихся ко 2-й группе, что соответствовало тяжести заболевания. У 169 из 254 больных по соотношению числа лимфоцитов к абсолютному числу лейкоцитов выявлено иммунодефицитное состояние, с преобладанием такового во второй группе. Резко увеличенная СОЭ достоверно отмечалась у всех пациентов. У больных 1-й и 2-й группы по данным бак. посева мокроты чаще встречалась грамм положительная микрофлора, которая преимущественно была представлена стрептококками, что достоверно совпадало с группой контроля. Несмотря на проводимую АБТ, она оказалась малоэффективной в связи с имеющимися тяжелыми осложнениями, сопутствующими заболеваниями и поздним обращением к врачу. По данным патологоанатомического заключения, расхождение в диагнозах наблюдалась у 19 из 254 чел. (7,5%). У 4-х из 19 чел. (21,1%) при вскрытии была обнаружена тромбоэмболия крупных

ветвей легочной артерии, у 5-ти (26,3%) диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, у одного больного (5,3%) обнаружена острая субэндокардиальная ишемическая дистрофия миокарда в области передней стенки левого желудочка с острой левожелудочковой недостаточностью, у одного больного кандидомикоз легких (5,3%), у 7 из 19 чел.(36,8%) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), у одного облитерирующий тромбоангиит (5,3%).

Таблица 1 - Статистические показатели по больным, умершим от тяжелой ВП

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Число поступивших	787	887	866	876	1000
Средний возраст поступивших	48,4±20,9	45,5±21,6	50,9±20,1	49,7±20,5	50,2±20,8
Число умерших всего, из них: Мужчин, % Женщин, %	56 (7,12%) 53,6 46,4	36 (4,06%) 63,9 36,1	67 (7,09%) 53,7 46,3	45 (5,1%) 60 40	50 (5%) 74 26
Шкала PORT: 4 класс (91-130) 5 класс (>130)	29 (51,8%) 27 (48,2%)	23 (63%) 13 (37%)	22 (32,8%) 45 (67,2%)	29 (63%) 17 (37%)	21 (42,8%) 28 (57,2%)
Больные хроническим алкоголизмом, %	28,6	13,9	20,9	26	4,08
Наркоманы, %	-	8,3	11,9	8,7	-
Безработные, %	19,6	22,2	19,4	30,4	2
БОМЖи, %	1,8	5,6	-	-	-
День обращения за медицинской помощью от начала заболевания					
1-е сутки	5 (8,9%)	-	5 (7,5%)	3 (6,5%)	5 (10,2%)
2-3 суток	15 (26,8%)	6 (16,7%)	16 (23,9%)	9 (19,6%)	12 (24,5%)
4-6 сутки	8 (14,3%)	-	10 (14,9%	9 (19,6%)	9 (18,4%)
7-10 сутки	8 (14,3%)	3 (8,3%)	10 (14,9%)	3 (6,5%)	3 (6,1%)

более 10 суток	12 (21,4%)	9 (25%)	8 (11,9%)	10 (21,7%)	13 (26,5%)
не известно	8 (14,3%)	18 (50%)	18 (26,9%)	8 (17,4%)	7 (14,3%)
Иммунодефицитное состояние, %	36 (64,3%)	21 (58,3%)	46 (68,5%)	28 (62,2%)	38 (63,3%)

Выводы:

1. Среди поступивших больных с ВП в отделение пульмонологии БСМП им Н. С. Карповича процентный показатель умерших составил 5,75%, из которых мужчин 63,4%, женщин 36,6%, в преимущественном возрасте старше 60 лет.

2. При распределении умерших больных от ВП по шкале PORT: IV класс составил 48,8% (124 из 254 чел.), V класс 51,2% (130 из 254 чел.).

3. Социальный статус умерших больных от ВП представлен в основном пенсионерами: 161 из 254 чел. (63,4%), и в меньшей степени не работающими и работающими людьми.

4. Ведущими осложнениями ВП среди умерших больных были синдром дыхательной недостаточности, церебральная дисфункция и инфекционно-токсический шок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайцев, А. А. Диагностические и фармакотерапевтические подходы к ведению пациентов с внебольничной пневмонией в амбулаторной практике / А.А. Зайцев // Медицинский совет в поликлинике. - 2014. - № 11. - С. 8-12.

2. Онищенко, Г.Г. Эпидемиологический надзор за внебольничными пневмониями как одно из направлений обеспечения биологической безопасности / Г.Г. Онищенко, Е.Б. Ежлова, Ю.В. Демина // Проблемы особо опасных инфекций. - 2013. - №4. - С. 24-27.

3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. М., 2014. 82 с.

4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М., 2010. 106 с.

УДК 159.922

АКТИВИЗАЦИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ОСНОВА КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Х.Х. Идиатуллина
КГБПО «Лесосибирский технологический техникум»

Процесс овладения обучающимися историческими знаниями многогранен и сложен. Информационная насыщенность содержания программы не способствует высокому уровню исторических знаний обучающихся. Причиной низкого уровня исторического образования подростки видят прежде всего в себе. В качестве основной причины ими называется отсутствие каких – либо способностей: плохая память, слабое внимание, неумение думать.

Анализ высказываний подростков о причинах своей неуспешности показывает, что такой вывод о себе ребята делают после постоянных упреков взрослых (родителей или преподавателей) относительно их способностей.

Проанализировав этуситуацию, я пришла к необходимости выстроить собственную систему. Для этого я взяла тему «Активизация познавательной деятельности обучающихся через инновационные средства и методы обучения» и рассматриваю ее по следующим направлениям:

1. Творческие задания на уроках истории;
2. Самостоятельная работа обучающихся на уроках и во внеурочное время;
3. Профессиональная направленность уроков истории;
4. Использование игры в обучении.

Перед собой я поставила цели:

1. Создать условия для формирования основ исторического мышления.

2. Повысить качество знаний обучающихся по истории.

3. Преподносить материал так, чтобы вызвать познавательный интерес обучающихся к предмету.

4. Развивать творческие способности и воображение обучающихся.

5. Готовить обучающихся к самостоятельному определению критериев оценки конкретных исторических ситуаций и источников историческойинформации.

6.Способствовать развитию ценностно-ориентированной личности,воспитанию патриотизма, формированию гражданского самосознания обучающихся.

Из этих целей вытекают задачи:

1. Формировать умения понимать смысл происходящих событий и явлений

2. Развивать умения работать с различными историческими источниками (извлечение, систематизация, переработка исторической информации)

3. Развивать у обучающихся способности рассматривать события и явления прошлого с позиций историзма, овладению элементами исторического анализа явлений прошлого (раскрытие принадлежности событий к определенному времени, выявление причинно-следственных связей)

4. Развивать у обучающихся интерес к родной стране, к родному краю.

Задача преподавателя - учитывать природные особенности обучающихся, которые никак не отразятся на его успеваемости, если педагог не будет ставить его в ситуации, создающие определенные трудности. Такие трудности могут возникнуть:

- при решении задач, разнообразных по содержанию и способам решения. Не следует ждать от подростка быстрых и разных вариантов решения, спрашивая его в числе первых. Это же относится и к выполнению заданий на сообразительность.

- при объяснении или опросе в быстром темпе, когда последовательность вопросов неизвестна заранее или неясна.

- при ограничении времени работы и угрозе отрицательной отметки за ее выполнение.

- При частом отвлечении и быстром переключении внимания.

- при оценке результата усвоения нового материала на первых этапах его заучивания.

Необходимое условие для создания у обучающихся интереса к содержанию обучения и к самой учебной деятельности - возможность проявить в учении умственную самостоятельность и инициативность. Чем активнее методы обучения, тем легче заинтересовать ими обучающихся. Основное средство воспитания устойчивого интереса к учению – использование таких вопросов и заданий, решение которых требует от обучающихся активной поисковой деятельности.

В начале учебного года обучающимся предлагаю индивидуальные и групповые задания на темы: «История создания Маклаково», «История создания Лесосибирска», «Известные люди земли Сибирской», «Сибиряки в годы Великой Отечественной войны», «Великие России имена», «Полководцы Великой Отечественной войны», «Символика РФ», «Символика городов Красноярского края» или предлагаю им самим предложить тему для изучения. Для всестороннего раскрытия этих тем, обучающиеся используют богатейший материал музея города, библиотеки. Кроме этого обучающиеся встречаются с известными людьми города, с ветеранами Великой Отечественной войны, записывают их воспоминания, организуют выставки своих работ в группе, защищают свои проекты.

Перекличка разноплановых источников помогает создать у обучающихся конкретные

представления о времени, о людях, их заботах, стойкости духа, желании помочь друг другу выстоять, пережить тяготы войны. Очень многое о восприятии войны человеком на войне обучающиеся узнали на уроке «Сибиряки в годы Великой Отечественной войны», проведенном в музее города. А на уроке «Все для фронта, все для победы», проведенном в библиотеке поселка Новоенисейск, познакомились с документами, материалами о спецпереселенцах, которых отправили к нам в Красноярский край. Большую роль в активизации познавательной деятельности обучающихся играет создание проблемной ситуации, столкновение обучающихся с трудностью, которую они не могут разрешить при помощи имеющихся у них запаса знаний; сталкиваясь с трудностью, они убеждаются в необходимости получения новых знаний или применения старых в новой ситуации. Изучая тему: « Русь между Востоком и Западом» вопрос преподавателя ставит обучающихся в проблемную ситуацию: « Почему монгольские ханы освобождали русские монастыри от уплаты податей?» Часто на своих уроках использую такой вид проблемной ситуации, который побуждает обучающихся к творческой активности. Например, написать челобитную «берестяную грамоту» князю с просьбой принятьбудущего крановщика к себе на работу. Ответы ребят на такие задания отличаются своеобразием, яркостью, высокой эмоциональностью, логической последовательностью, аргументированностью, личной включенностью, творческим характером.

На уроках истории наиболее эффективными являются:

1. Индивидуальнаяформа работы с обучающимися;

2. Групповаяформа работы с обучающимися.

Я считаю, что уроки с использованием творческих заданий пробуждают познавательный интерес учащихся, делают, учебный процесс увлекательным. На этих занятиях складывается атмосфера, где есть элементы творчества и свободного выбора. Развивается у обучающихся умение работать в группе: ее победа зависит от личных усилий каждого. Нередко это требует от обучающегося преодоления собственной застенчивости и нерешительности, неверия в свои силы. Таким образом, реализуется принцип развития, успешности, который выражается не только в развитии интеллекта, но и в обогащении волевых качеств личности. На таких уроках меняется и роль преподавателя. Он выступает, в первую очередь, организатором, создает условия, способствующие развитию диалога, сотрудничества.

В процессе игрового обучения происходит живое отображение черт исторической реальности, по-особому строится взаимодействие участников образовательного процесса. Обучение истории становится для обучающихся эмоционально более привлекательным, обращение к историческому материалу становится не обязанностью, а перерастает в

увлечение. При использовании игры на уроке заметно повышается успеваемость по предмету, ответы обучающихся становятся более глубокими, продуманными, высказывается личная точка зрения. В коллективе обучающихся изменяется микроклимат: появляется взаимопонимание, уважительное отношение к мнению других ребят.

Самостоятельная работа так же активизирует познавательную деятельность обучающихся как своим организационным устройством, так и содержанием знаний

В связи с тем, что учебники истории обогатились материалом по культуре повседневности, я сделала акцент на профессиональную направленность уроков истории, дополнив программный материал так, чтобы каждый обучающийся смог найти в истории истоки своей будущей профессии. Пусть будущему водителю будет интересна история появления первых автомобилей; повару - чем питались на Руси его предки; продавцу - чем торговали в разные эпохи, какая денежная система существовала, что именно служило эквивалентом денег; портным -интересны история происхождения одежды, история развития моды. Обучающиеся пишут рефераты на эти темы и защищают их на уроке .

В группах «Повар-кондитер» при изучении темы «Восточные славяне» обучающиеся рассказывают, что классификация продуктов, их выбор для повседневного и праздничного стола были тесно связаны с земледелием, скотоводством, с природно-климатическими условиями той или иной страны. При изучении эпохи Петра 1 в России обучающиеся касаются «революции на кухне», которую совершил царь (привез в Россию плиту, приучил соотечественников пить кофе, привез картофель, макароны...).

Я добиваюсь, чтобы профессиональная направленность прослеживалась в изучении многих тем истории, а это дает очевидный образовательный и воспитательный результат.

Считаю, что, если удается мне активизировать познавательную деятельность обучающихся через творческие задания, самостоятельную работу, профессиональную направленность уроков истории, игровые ситуации, и если обучающиеся постоянно поднимаются на ступеньку выше в критериях развития (активно участвуют во всех внутриучилищных, краевых мероприятиях, добиваясь успеха), если у них создается ситуация успеха, положительная мотивация в обучении и желание стать гражданином и личностью, то можно сказать, что моя система имеет право на существование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запорожец, И.И.«Технология разноуровневого обучения»
2. Коровкин, Ф.П. «Развитие школьного исторического образования»
3. Кравцова, Е.Е. Педагогика и психология.
4. Круинов, Ю. «Патриотизм - это наша способность восстановить страну»

5. Реана, А.А. Психология подростка.
6. Шамова, Т.И. «Технология разноуровневого обучения»

УДК 612.681

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

В.М. Ильюшенко, Н.Г. Астанина
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы
Научный руководитель: к. м. н., доц. Н.В. Тихонова

Реальность сегодняшнего дня – увеличение доли пожилых людей в демографическом составе как в России, так и в мире. Изменение социального статуса человека в старости, возникновение затруднений в социально-бытовой, психологической адаптации к новым условиям, требует необходимости выработки особых подходов, форм и методов медико-социальной работы с пожилыми людьми.

Пожилой возраст представляет собой период индивидуального развития человека, который характеризуется процессом постепенной инволюции организма человека, снижением его адаптивных возможностей, скорость которых определяет уровень физического здоровья и качества жизни в пожилом и старческом возрасте [8]. В этом аспекте представляет большой интерес изучение общей конституции человека, как интегральной характеристики организма и выявление взаимосвязей частных конституций (соматотип, биоимпедансометрическая, дерматоглифическая и т.д.), ассоциированность которых предопределяет существование того или иного конституционального типа. Соматический статус человека во многом предопределяет его функциональные возможности и наиболее интегрально обобщает разноплановые свойства конституции.

В связи с этим целью данного исследования явилась разработка практических рекомендаций по формированию активного долголетия на основе оценки медико-психологических параметров лиц пожилого возраста.

Для достижения этой цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Провести диагностику качества жизни пожилых людей;

2. Провести диагностику психических состояний пожилых граждан (по методике «Самооценка психических состояний Айзенка»);

3. Оценить общий уровень качества жизни пожилых людей;

4. Оценить анатомо-физиологические параметры и биологический возраст лиц пожилого возраста;

5. Разработать практические рекомендации для специалистов геронтологических центров.

Для исследования были использованы методики:

— Тест «Самооценка психических состояний» Айзенка из 40 вопросов (4 блока по 10 вопросов);
— Методика «Субъективное ощущение одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона (20 утверждений);
— Соматотипирование по индексу W.L. Rees – H. Eysenck [9];
— Коэффициент скорости старенияпо методу Б.Б. Горелкина, А.Г. Пинхасова [1].

База проведения исследования: Краевой геронтологический центр «Уют».

В исследовании приняли участие лица пожилого возраста, получавшие санаторно-курортное лечение в геронтологическом центре «Уют». Всего обследовано 109 человек. Средний возраст обследованных составил 66,7±0,54 (лет). Все они неработающие пенсионеры, дееспособные и не утратившие навыков самообслуживания. Проведено антропометрическое и биоимпедансометрическое обследование. Определены: длина и масса тела, обхватные размеры, дистальные диаметры плеч, таза и грудной клетки, компонентный состав тела и индекс массы тела (ИМТ). По итогам диагностических мероприятий проведена комплексная оценка данных.

Анализ проведённого обследования показал, что лица астенического соматотипа выявлены в большем проценте случаев (58,14%), чем представители нормостенического (39,53%) и пикнического (2,33%) соматотипов. Индекс массы тела пожилых людей астенического соматотипа представлен следующим образом: в 68,00% случаев регистрировался избыточный вес и ожирение, 32,00% пожилых имели нормальную массу тела. Пожилые люди нормостенического соматотипа в 94,12% случаев имели избыточный вес и ожирение, нормальную массу тела – 5,88%. Лица пожилого возраста пикнического соматотипа в 100% случаев имели ожирение III степени. С дефицитом массы тела лиц пожилого возраста в выборке не встречалось.

Определение коэффициента скорости старения (КСС) позволило установить неравномерность распределения показателя у пожилых в зависимости от соматотипа (рис.1). У представителей пикнического соматотипа КСС был самым высоким (1,40±0,06), КСС у

лиц нормостенического типа телосложения был равен 1,01±0,05, у лиц астенического соматотипа скорость старения была самой низкой (0,81±0,03).

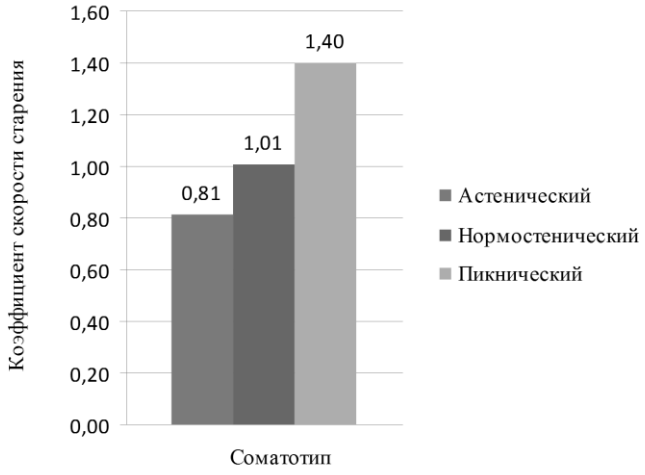


Рис. 1 - Коэффициент скорости старения пожилых в зависимости от соматотипа.

Примечание: ** - $p_{1-2,\ 1-3}<0{,}001$, * - $p_{2-3}<0{,}1$ достоверность различий показателя коэффициента скорости старения

Таблица 1 - Распределение КСС у пожилых с учётом типа рисунка пальцевых дерматоглифов (%)

КСС	Тип узора, %		
	A	L	Ws
замедленный	75,00	59,52	57,58
норма	16,67	16,67	18,18
ускоренный	8,33	23,81	24,24

По результатам исследования было выявлено, что большинство обследуемых лиц пожилого возраста относились к представителям астенического типа телосложения (58,14%), пожилые люди пикнического типа телосложения встречались всего в 2,33% случаев. У всех обследованных лиц различных соматотипов при оценке ИМТ более чем в половине случаев регистрировался избыточный вес и ожирение. При оценке дерматоглифических признаков пальцев кистей рук в группах обследованных пожилых людей выявлено наличие всех основных узорных типов с преобладанием петлевых узоров. Представители пожилого возраста астенического соматотипа имели наименьший коэффициент скорости старения, достоверно отражающий замедленный темп старения. Низкие показатели КСС имели

пожилые люди, у которых по результатам дерматоглифического обследования регистрировались дуговые узоры.

Таблица 2 - Распределение среднегрупповых оценок Качества Жизни по сферам

Сферы и ВОЗ КЖ-100	Средние групповые оценки	Оценка по шкале
Физическая сфера	8,1	плохо
Психологическая сфера	13,7	средне
Уровень независимости	14,2	хорошо
Социальные отношения	13,3	средне
Окружающая среда	14,6	хорошо
Духовная сфера	14,1	хорошо

Все участники опроса обозначили довольно высокую важность качества жизни и здоровья.

Таблица 3 - «Самооценка психических состояний», методика Айзенка

	Среднегрупповая оценка	Уровень
Тревожность	9,28	средний
Фрустрированность	8,72	средний
Агрессивность	7,14	низкий
Ригидность	9,28	средний

Из представленной таблицы 3 видно, что большинство респондентов имеют низкий уровень агрессивности и фрустрированности.

Кроме того, выявлено, что наиболее выраженная прямая связь выявлена между качеством жизни и показателем духовной сферы (личные верования и убеждения, которые придают его существованию смысл, ценность и перспективу).

Если сравнить полученные по методике данные с критерием анкеты «ВОЗ КЖ-100», то мы заметим, что они совпадают. Т.е., средний уровень психологической составляющей Качества жизни логически подтверждён довольно низкими показателями фрустрированности и агрессивности.

Ригидность и тревожность пожилых людей напрямую связаны с переживанием субъективного ощущения одиночества, агрессивность же наоборот, не имеет связи с этим ощущением. Кроме того у пожилых, проживающих с кем-либо из близких, существует прямая зависимость фрустрации с ощущением одиночества.

Результаты данного исследования легли в основу разработки индивидуальной программы медико-социальной психологической реабилитации пожилых пациентов геронтологического центра, что позволит повысить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий с пожилыми пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горелкин А.Г., Пинхасов Б.Б. Способ определения биологического возраста человека и скорости старения. Патент РФ на изобретение №2387374. Бюлл. №12 от 27.04.2010.
2. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старости: Учеб. пособие. - М.: Академия, 2008. - 288 с.
3. Максимова С.Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии. - Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2006. - 223 с.
4. Николаев, В.Г. Состав тела человека: история изучения и новые технологии определения / В.Г. Николаев, Л.В. Синдеева, Т.И. Нехаева Т.И. и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - № 4 (70). - С. 3-7.
5. Олейник, Е.А. Соматический статус и дерматоглифическая конституция у спортсменок, занимающихся аэробикой / Е.А. Олейник // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2013. - № 4 (98) – С. 109-113.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие» / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Изд-во «Бахрах-М», 2001.- с.141
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрак – М», 2005. - 672 с.
8. 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 - 13с.
9. Rees, W. L. A factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution / W. L. Rees, H. Eysenck // J. Mental Sci. – 1945. – V. 91, № 386. – P. 8–21.

УДК 616.8-009.18-08:613.71

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ РАВНОВЕСИЯ И ХОДЬБЫ, ОСНОВАННОЙ НА СМЕЩЕНИИ ЦЕНТРА ТЯЖЕСТИ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

С.Б. Исмаилова, А.А. Валеева, Э.Д. Гасымлы
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

В Красноярском крае заболеваемость инсультом на 2009 г. составляет 3,6 на 1000 населения, что превышает средние показатели по России [2]. После инсульта риск падений увеличивается вследствие развития парезов, нарушений равновесия, нарушений зрения, нарушений когнитивной деятельности и потери чувствительности [5]. Атактические нарушения при инсульте развиваются в 38-46% случаев [6]. Во время реабилитации в стационаре сообщаемая в отчетах частота падений варьируется от 25% до 39%. После возвращения в общество риск еще более повышается [7]. Таким образом, обучение контролю над равновесием является одной из основных целей в реабилитации после инсульта.

К традиционным методам коррекции баланса относятся упражнения лечебной физкультуры со зрительной, соматосенсорной и вестибулярной депривацией, высокотехнологичные аппаратные тренинги, основанные на принципе биологической обратной связи (БОС), тренировки в костюмах проприокоррекции. Во время занятий по вышеописанным методикам происходит преимущественное смещение центра (ЦТ) тяжести во фронтальной плоскости [1, 3, 4]. Была высказана гипотеза, что тренировка, основанная на смещении ЦТ в вертикальной плоскости будет эффективна в коррекции нарушений равновесия и ходьбы у больных с мозжечковой атаксией.

Цель исследования - оценить эффективность и влияние на функции ходьбы и равновесия оригинальной методики, основанной на дозированном смещении центра тяжести пациента в вертикальной плоскости, у больных с мозжечковой атаксией в восстановительном периоде инсульта.

Материалы и методы. В исследование были включены 16 пациентов с легкой или умеренной мозжечковой атаксией в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Возраст больных составил от 23 до 73 лет. Комплексное восстановительное лечение пациентов включало: стандартную медикаментозную терапию, физиолечение, массаж, занятия в группе общей ЛФК и предлагаемый нами метод коррекции равновесия и

ходьбы. Задачей тренировок предлагаемым методом было создание режима дозированного напряжения в постуральной системе в процессе стояния и ходьбы на спортивных батутах. Этот режим создавался посредством сохранения равновесия больным при выполнении простых статолокомоторных упражнений в положениях стоя на спортивном батуте диаметром 1,2 м, и при ходьбе на спортивном батуте площадью 18 м^2 (Hasttings Square 6ft x 9ft). Упражнения выполняли в позициях стоя на упругом полотне батута, с открытыми глазами, стопы на ширине и/или шире плеч. Одновременно выполняли ряд упражнений: вытягивание рук вперед и вбок, «перекат» с пяток на носки; перенос веса тела с левой ноги на правую; сопротивление давлению инструктора и др. Также, занятия включали ходьбу по поверхности батута, с открытыми глазами, стопы на ширине и/или шире плеч, и/или сведены вместе, и/или в тандемном расположении, с последующей ходьбой по прямой, по заданной траектории. При этом пациенту необходимо было удерживать себя в состоянии равновесия на поверхности батута. Одновременно при выполнении упражнений за счет упругости батута производились «пружинящие» колебания вверх-вниз, посредством чего достигалось смещение ЦТ в вертикальной плоскости. Длительность одного упражнения составляла от 30 до 60 сек, продолжительность занятия от10 до 30 мин., 2 раза в день в течение 10-12 дней.

До и после курса занятий всем пациентам проводились: физикальное обследование, оценка неврологического статуса, объективная оценка состояния равновесия методом компьютерной стабилометрии (КС), объективная оценка параметров ходьбы с использованием авторского метода «Лазерного анализатора кинематических параметров ходьбы» (ЛА-1). Клинически функция равновесия оценивалась по BergBalanceScale, ICARS, функция ходьбы с использованием DynamicGaitIndex. Описание полученных результатов производили с помощью подсчета медианы и интерквативного размаха в виде 25 и 75 процентилей. Вид распределения в выборке оценивали с применением критерия Шапиро-Уилкса. Статистическую значимость различий между выборками оценивали по непараметрическим критериям Вилкоксона и Манна-Уитни. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoftInc., 2003).

Результаты. В результате занятий с применением авторской методики, по данным КС отмечалось статистически значимое уменьшение средней площади стабилограммы (S), общей длины стабилограммы (L), средней скорости смещения общего центра масс обследуемого, по сравнению с данными, полученными до курса тренировок, изменение показателя положения ЦТ относительно оси X (Таблица 1).

Таблица 1 – Результаты КС в основной подгруппе до и после лечения

Показатели КС	До лечения, n=16	После лечения, n=16	p*

	(Me [P_{25}; P_{75}])	(Me [P_{25}; P_{75}])	
Среднее положение ОЦМ во фронтальной плоскости (мм)	4,87 [–13,05; 10,23]	–6,22[–13,23; 5,61]	**=0,03**
Среднее положение ОЦМ в сагиттальной плоскости (мм)	5,06 [–4,65; 18,45]	2,29 [–0,05; 14,48]	=0,77
Длина пути ОЦМ (мм)	790,0 [584,43; 1170,56]	677,45 [501,06; 1094,06]	**<0,001**
Площадь статокинезиограммы ($мм^2$)	674,85 [409,42; 1240,46]	421,77 [255,82; 635,49]	**<0,001**
Скорость смещения ОЦМ (мм/с)	15,49 [11,46; 22,63]	13,29 [9,83; 21,46]	**=0,002**

Примечание ***** – критерий статистической значимости различий между подгруппами до и после лечения по критерию Вилкоксона

По данным объективной оценки параметров ходьбы с использованием лазерного дальномера отмечалось статистически значимое уменьшение коэффициента вариабельности шага по длине и времени, а также уменьшение стандартного отклонения длины и длительности шага (Таблица 2).

Таблица 2 – Показатели функции ходьбы в основной группе больных до и после курса занятий, (n=16)

Показатели ЛА–1	До курса лечения (Me [P_{25}; P_{75}])	После курса лечения (Me [P_{25}; P_{75}])	p*
Средняя длина шага (м)	0,45 [0,35; 0,53]	0,48 [0,40; 0,55]	=0,14
Средняя длительность шага (с)	0,70 [0,67; 0,72]	0,66 [0,63; 0,69]	=0,17
Стандартное отклонение длины шага	0,09 [0,05; 0,12]	0,05 [0,04; 0,07]	**=0,02**
Стандартное отклонение длительности шага	0,16 [0,09; 0,18]	0,06 [0,05; 0,08]	**=0,003**
Коэффициент вариабельности шага по длине	0,73 [0,59; 1,17]	0,40 [0,26; 0,48]	**=0,003**
Коэффициент вариабельности шага по	0,72 [0,51; 1,02]	0,33 [0,29; 0,45]	**=0,007**

времени			
Показатель асимметрии шага по времени			=0,86
Показатель асимметрии шага по длине			=0,97
Средняя скорость ходьбы м/с	0,59 [0,48; 0,77]	0,66 [0,56; 0,82]	=0,13

Примечание ***** – критерий статистической значимости различий между подгруппами до и после лечения по критерию Вилкоксона

После курса тренировок по данным функциональных шкал также отмечалась положительная динамика:

1. По данным Dynamic GaitIndex 13 из 16 (81,3 %) больных имели высокий риск падения до начала занятий, доля больных с низким риском падения составляла 18,7 %, после курса занятий в группе исследования доля пациентов с низким рисом падения возросла и составила 68,75 % (у 11 из 16);
2. по данным BergBalanceScale из 16 пациентов 8 (50 %) до начала занятий входили в группу «ходьба с поддержкой», к концу занятий доля больных нуждающихся в поддержке снизилась на 37,5 %, 2 пациента перешло из группы «передвижение в инвалидном кресле» в группу «ходьба с поддержкой», что составляет 12,5 %;
3. по результатам ICARS 6 больных (37,5%) имели умеренную степень атактических нарушений, а остальные 10 (62,5%) - выраженную степень. У всех больных отмечалась снижение выраженности атактических расстройств после курса занятий.

Полученные данные указывают на увеличение устойчивости пациента, снижение риска падений, изменение стереотипа с уменьшением вариабельности параметров ходьбы после проведения курса лечения с применением предлагаемой методики.

Выводы. Оригинальная методика, основанная на дозированном смещении центра тяжести пациента в вертикальной плоскости, позволяет эффективно улучшить устойчивость при стоянии и во время ходьбы, уменьшить риск падений при ходьбе у больных с мозжечковой атаксией в восстановительном периоде инсульта. Данная методика может быть использована в комплексном восстановительном лечении больных с атактическими нарушениями в восстановительном периоде инсульта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние различных методик коррекции равновесия у больных с постинсультными атактическими синдромами на состояние постуральной устойчивости и

когнитивных функций / М. В. Аброськина, С. В. Прокопенко, В. С. Ондар [и др.] // Неврологический вестн. им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 30–34.

2. Гусев, Е. И. Проблема инсульта Российской Федерации: время активных совместных действий / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – №8. – С. 4–10.

3. Ондар, В. С. Применение метода биологической обратной связи у больных с синдромом центрального гемипареза постинсультного происхождения с целью восстановления функции равновесия и ходьбы / В. С. Ондар, В. В. Народова, А. В. Ляпин // Вестн. новых мед. технологий. – 2011. – №3. – С. 260–264.

4. Прокопенко, С. В. Синдром центрального гемипареза и нарушение равновесия / С. В. Прокопенко, В. С. Ондар, М. В. Аброськина // Вестн. восстановительной медицины. – 2012. – № 5. – С. 23-27.

5. Roos, M. A. The structure of walking activity in people after stroke com-pared 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.

6. Warlow, C. P. Stroke: a practical guide to management / C. P. Warlow. – Oxford : Wiley-Blackwell, 2001. – 804 p.

7. Thurman, D J. Practice parameter: assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review) / D. J. Thurman, J. A. Stevens, J. K. Rao // Neurology. – 2008. – V. 70. – P. 473–479.

УДК 612:159.942:611.813

ФИЗИОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОАНАТОМИИ

А. Д. Казанцев, Э. П. Фадеева

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

Кафедра социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: д.б.н., проф. Л. А. Михайлова

“Главный источник для деятельности коры идет из подкорки. Если исключить эти эмоции, то кора лишается главного источника силы”

Иван Петрович Павлов

Каждый день нас окружают сотни людей, и у каждого из них, включая нас, непрерывно возникают мысли, идеи, решения проблем, а с ними рождаются и чувства! Игра разума не дает нам покоя, мы мыслим, а вместе с тем и чувствуем. Мы их видим на лицах людей. Они позволяют нам поддерживать эффективное общение и управлять своим поведением. Мы испытываем их с самого раннего детства. Это наши эмоции - явные, скрытые, контролируемые. Эмоции, как до, так и после смерти, принадлежат нашей сущности и только ей. Физическое тело – только фундамент и носитель для сущности.

Несомненно эмоции регулируются нервной системой нашего организма. Нарушение физиологических процессов приводят к расстройствам эмоциональных состояний и свойств, следствием чего является нарушение выраженности (силы) эмоций, расстройства настроения, нарушения устойчивости эмоций, нарушение адекватности эмоций.

Открыть для себя мир эмоций, значит понимать себя и просчитывать других, быть успешным и не ошибаться, побеждать и быть в курсе событий!

Цель исследования: изучить общие механизмы возникновения эмоций у людей и их физиологическое выражение.

Задачи исследования: 1) Дать определение понятию, описать классификацию эмоций; 2)Проанализировать развитие эмоций; 3) Обосновать механизмы возникновения эмоций с точки зрения нейроанатомии лимбической системы и ствола мозга.

Методы исследования: Невключенное стандартизированное психологическое наблюдение за группой людей в условиях определенного эксперимента (целенаправленное и организованное восприятие различных сторон ее психологии в процессе совместной деятельности и взаимодействия людей). Эксперименты были воссозданы в соответствии с определенной эмоцией. Нестандартизированный опрос различных социальных групп людей, включая студентов, детей и различных рабочих. Определение проблем и оценка собранных фактов с помощью теоретического анализа различной научной и психологической литературы. Анализ причиннно-следственных связей между явлениями.

Полученные результаты, их обсуждение и выводы.

1. Общая характеристика. Особенность эмоций состоит в том, что они отражают значимость объектов и ситуаций, действующих на субъект, обусловленную отношением их объективных свойств к потребностям субъекта. Эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями.

Человек не только переживает эмоции, но и выражает внешне в виде телесных проявлений (вегетативные функции, тон голоса мимика и т. д.).

Наблюдение за этими телесными проявлениями эмоций помогает их изучению, хотя и не всегда может вскрыть содержание переживаемого чувства.

В научной лаборатории нами был проведен эксперимент, в ходе которого испытуемым выдавались карточками с лицами различных групп и национальностей людей, у которых присутствовали разные эмоции. После анализа испытуемым какой-либо из четырех эмоций (гнев, радость, отвращение, горе - рис.1), им предлагались другие карточки с текстовыми вариантами ответа (эмоция и ее описание). Более 95% участников эксперимента определило эмоции верно, 3% - дали другой вариант ответа и оставшиеся 2% - не дали ответа. Данный эксперимент подтверждает теорию универсальности эмоций - независимо от национальности, пола, возраста и социальной группы людей, все эмоции являются универсальными. Такое предположение выдвинул Пол Экман, который в последующем доказал сущность данной гипотезы.

1.1. Классиикация эмоций. С точки зрения физиологии эмоции можно разделить на *отрицательные*, которые возникают при появлении потребности, и *положительные*, соответственно возникающие при её удовлетворении. Важно понимать, что положительная эмоция не всегда будет соответствовать позитивной для организма значимости стимула (к примеру, при употреблении наркотика или табачного изделия), а отрицательная - его негативной значимости (например, страх перед определенными ситуациями или объектами окружающей среды).

К отрицательным эмоциям относят *гнев, ярость, страх, неудовольствие, ужас, тоску, горе, отвращение, грусть,* к положительным - *радость, наслаждение, удовольствие.* Также учитывая характер поведения организма при эмоциональных состояниях, их можно подразделить на стенические, вызывающие активную деятельность, и астенические - угнетающие активные формы поведения.

При раздражения мозга электрическим током сначала у животных, а затем у человека были обнаружены системы мозговых структур, ответственных за реализацию отрицательных и положительных эмоций. Эти системы имеют свои представительства в головном мозге, находящиеся главным образом в передних отделах новой коры, в лимбической системе, в гипоталамусе. Эмоциям принадлежит важнейшая роль в процессе обучения, в подкреплении вновь формирующихся условных рефлексов. Они активируют память, изменяют пороги восприятия, служат дополнительным средством коммуникации (мимика, интонация голоса и т.п.).

Стремление к повторному переживанию положительных эмоций побуждает живые существа активно искать неудовлетворенные потребности и новые способы их удовлетворения.

2. Развитие эмоций. У низших позвоночных наибольшего развития достигает только ствол головного мозга. Лимбическая система будет развиваться в дальнейшем у более продвинутых эволюционных форм. Исследуя филогенетический ряд, можно заметить, что относительная величина коры больших полушарий значительно возрастает, что свидетельствует о взаимосвязи коры и ходом развития различных эмоций. Это подтверждено путем раздражения мозга электрическим током в лаборатории физиологии.

Ствол и другие структуры заднего мозга являются источником жестко запрограммированного поведения, необходимого для выживания (например, улыбка при приветствии).

О том, что эмоции наследственно закреплены в организации лимбической системы может подтвердить наш эксперимент с карточками - ведь, независимо от пола, национальности, возраста, большинство распознавало основные эмоции: гнев, отвращение, радость, горе.

Рассматривая онтогенез эмоций, можно привести такой пример - что уже у новорожденного бывает выражение, похожее на улыбку. Это, скорее всего, чисто рефлекторное явление, *не связанное с событиями* окружающего мира. А учитывая следующий факт, что развитие эмоций у всех грудных детей проходит одни и те же фазы, можно сделать вывод, что их поведение скорее детерминировано *биологически*, чем психологически.

3. Механизмы возникновения эмоций с точки зрения нейроанатомии

Были изучены следующие структуры головного мозга: лимбическая система, ствол мозга, кора больших полушарий.

3.1. Лимбическая система. Лимбическая система состоит из нескольких связанных друг с другом образований. К ней относятся ядра передней доли таламуса и нейроны в определенных областях гипоталамуса, которые специфически влияют на вегетативную нервную систему.

В боковой части больших полушарий головного мозга имеется миндалевидное ядро. В ходе экспериментов на животных было выявлено, что миндалина ответственна за агрессивное поведение и реакцию страха. Рядом находится гиппокамп. Его роль в создании эмоций еще не ясна, но тесная связь с миндалиной позволяет предположить, что гиппокамп тоже участвует в этом процессе. Есть предположения о том, что он играет определенную роль в интеграции различных форм сенсорной информации.

Гиппокамп и другие структуры лимбической системы окружает поясная извилина, которая является субстратом осознанных эмоциональных переживаний и имеет специальные входы для эмоциональных сигналов. Около нее расположен свод – система волокон, идущих в обоих направлениях. А также еще одна структура – перегородка – получает входные сигналы через свод от гиппокампа и посылает выходные сигналы в гипоталамус.

Если проследить ход нервных путей мозга, можно увидеть, что все взаимодействия с окружающей средой имеют ту или иную эмоциональную окраску. Нервные сигналы, поступающие от всех сенсорных систем, направляются по нервным путям ствола мозга в кору, а далее проходят через одну или несколько лимбических структур – миндалину, гиппокамп, частично через гипоталамус. Сигналы, исходящие от коры, тоже проходят через эти структуры.

Электрическая стимуляция миндалевидного тела у пациентов, по данным В.М. Смирнова, вызывает эмоции гнева, страха, ярости и редко удовольствия. Страх и ярость вызываются раздражением различных отделов миндалины. Опыты с двусторонним удалением миндалины в основном свидетельствуют о снижении агрессивного поведения животного. Отношение миндалины к агрессивному поведению убедительно продемонстрированы К. Прибрамом в опытах на обезьянах в колонии макак-резусов.

3.2. Ствол мозга. Большую роль в эмоциях играет *ретикулярная формация* – структура, которая находится внутри моста и ствола головного мозга. Она, получая определенные сенсорные сигналы по различным путям, действует как фильтр, который пропускает только ту информацию, которая является новой или необычной. Волокна от нейронов ретикулярной системы идут в различные области коры больших полушарий, некоторые - через таламус.

Существуют определенные участки ретикулярной формации обладают более специфическим функциями. К ним относятся голубое пятно и черная субстанция.

Голубое пятно – плотное скопление тел нейронов, отростки которых образуют дивергентные сети с одним входом, использующие в качестве медиатора норадреналин. Существует предположение, что избыток норадреналина в мозге приводит к тяжелым стрессовым состояниям, а при недостаточном воздействии норадреналина возникают депрессии. Возможно, норадреналин играет также роль в возникновении реакций, субъективно воспринимаемых как удовольствие.

Последнее образование участвует в образовании медиатора дофамина, который способствует возникновению приятных ощущений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батуев А.С. Высшая нервная деятельность. – М.: Высшая школа, 1991. – 256 с.

2. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. – Л.: Медицина, 1974. – 245 с.

3. Вальдман А.В. Экспериментальная нейрофизиология эмоций. – Л.: Наука, 1972. – 272 с.

4. Волынкина Г.Ю., Суворов Н.Ф. Нейрофизиологическая структура эмоциональных состояний человека. – Л.: Наука, 1981. – 160 с.

5. Герштейн Л.М., Худоерков Р.М., Боголепов Н.Н. Содержание белков в нейронах мозга крыс, предрасположенных и устойчивых к эмоциональному стрессу // Бюлл. экспериментальной биологии и медицины. – 1998. – Т. 124, № 10. – С. 477-479.
6. Levi I. Phichosociai stimuli, psycjphysiological reactions and disease. – Dalas: Atemed scand, 1972. – 528 p.
7. Maclean P.D. The brain´s generanion gap: some human implication // J. Religion. Sci. – 1999. – V. 4. – P. 113-127.

УДК 378.172+378.178:330.59

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

А. Д. Казанцев, Э. П. Фадеева, К. Т. Кислов
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.
Кафедра физиологии, кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии с курсом ПО
Научный руководитель: д.б.н., проф. Л. А. Михайлова

В связи с развитием человеческого капитала необходим высокий уровень качества здоровья, а также требуется сохранение и увеличение резервных возможностей основных систем организма человека. Это становится возможным при внедрении системы мер по улучшению и укреплению здоровья в практическую деятельность и использовании медикоорганизационных и научно обоснованных социально-гигиенических подходов оценки здоровья, качества жизни.

В последнее десятилетие, согласно данным разных авторов, наблюдается снижение показателей здоровья студентов [1, 2, 4, 5]. Это диктует необходимость проведения исследований, целью которых является разработка подходов, направленных на оценку и сохранение уровня здоровья этого контингента населения как трудового потенциала страны.

Цель исследования: дать оценку качеству жизни лиц юношеского возраста и выявить факторы, оказывающие воздействие составляющие шкалы.

Объект и методики исследования. Проведено обследование 170 студентов II, III и V курсов КрасГМУ в возрасте от 18 до 21 года, из них 69 (42,1%) юношей и 95 (57,9%) девушек. Из всех обследованных 18% лиц были отнесены к I группе здоровья, 53% ко П группе, 29% к III группе здоровья.

Для оценки качества жизни, была использована методика анкетирования и анализ данных по шкалам международного опросника SF-36 [3]. Исследования проведены с соблюдением этических норм. Проверка распределения результатов исследования по критерию Фишера-Колмогорова показала их соответствие нормальному, что послужило основанием использования критерия Стьюдента, а в случае отклонения от такового-критерий Манна-Уитни для сравнения различий между группами.

Результаты исследований

Профиль КЖ и группа здоровья. Результаты исследования самооценки качества жизни студентов по шкале SF-36 представлены на рис. 1.

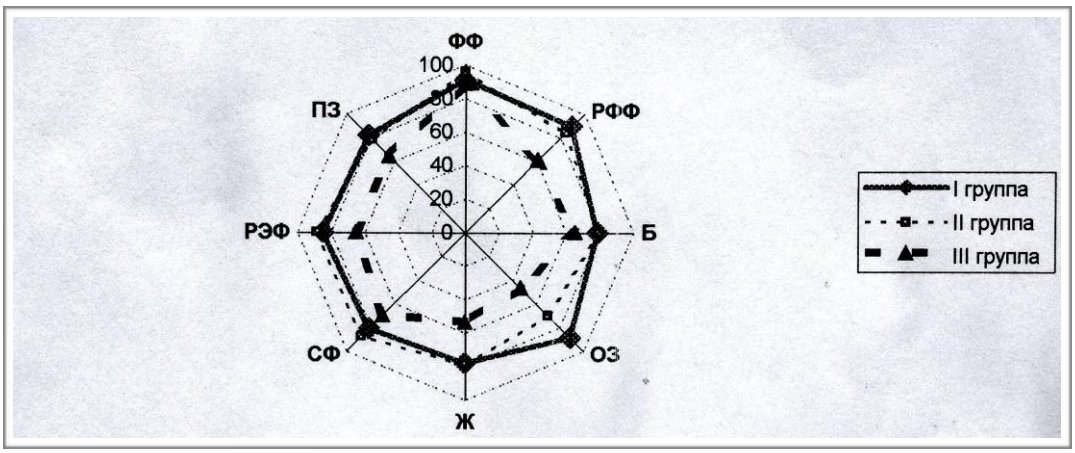


Рисунок 1 - Профиль шкал КЖ у лиц юношеского возраста с различными группами здоровья.

Для и оценки и предоставления результатов исследования качества жизни в соответствии с различными группами здоровья исследуемых используются следующие показатели: показатель физического функционирования (ФФ); показатель оценки респондентом своих жизненных сил (Ж); показатель активности и восприятия своего здоровья (ОЗ); показатель роли эмоциональных реакций в ограничении жизнедеятельности (РЭФ); показатель субъективного ощущения боли (Б) и показатель влияния физических трудностей в ограничении повседневной жизнедеятельности (РФФ).

Показатель физического функционирования (ФФ) отражает то, как респондент оценивает объем ежедневной своей физической нагрузки. Данный показатель находится на достаточно высоком уровне и не имеет значимых различий; при этом наблюдается увеличение значений от 3 группы здоровья к 1 (3 группа – 89 усл.ед., 2 группа – 91 усл.ед., 1 группа – 95,7 усл.ед.)

Показатель РФФ, который отражает влияние физических проблем в ограничении повседневной жизнедеятельности, имеет большую разницу значений, при этом значения для 1 и 2 групп здоровья почти не различаются (86,3 и 89,5 усл.ед. соответственно), в то время как значения того же показателя для 3 группы здоровья – намного ниже (61 усл.ед.).

Результаты, полученные при оценке показателя РФФ, подтверждены анализом показателя Ж, отражающего оценку респондентом своих жизненных сил. Данный показатель незначительно изменяется у респондентов 1 и 2 групп здоровья (78 и 79,2 усл.ед. соответственно), но имеет намного более низкие значения у лиц, относящихся к 3 группе здоровья (53,6 усл.ед.).

Характер полученных результатов подтверждается также при анализе показателя Б, отражающего ощущение респондентом боли как ограничителя здоровья и жизнедеятельности. Величины данного показателя для 1, 2, 3 групп здоровья составляют соответственно: 78,99 усл.ед., 80,14 усл.ед. и 65,5 усл.ед.

Показатель ОЗ, отражающий активность и восприятие респондентом своего здоровья оказался несколько ниже для лиц 3 группы здоровья, но не имеет достоверных отличий для 1 и 2 групп здоровья. При этом показатель ОЗ соответствует значениям в пределах от 47 до 88,6 усл.ед., что позволяет судить об оценке респондентами своего физического здоровья как достаточно высокого.

Показатель РЭФ, отражающий эмоциональные реакции респондента, является в исследовании наиболее чувствительным, и, как следствие, только этот показатель имеет значимые отличия между респондентами.

В среднем, все показатели, учитываемые в исследовании, принимают более высокие значения у респондентов 1 и 2 групп здоровья по сравнению с лицами, относящимися к 3 группе здоровья; при этом значимые отличия наблюдаются лишь при оценке влияния эмоциональной сферы жизни на жизнедеятельность опрашиваемых (показатель РЭФ).

Профиль КЖ и физическая активность. Исходя из распределения студентов по уровню двигательной активности можно сделать вывод, что среди лиц, находящихся на обычном двигательном режиме, преобладают представители III группы здоровья (30%) и II группы здоровья (60%), и лишь каждый десятый, условно считающий себя здоровым.

Студенты занимаются спортом интенсивно и посещают спортивные секции, если уровень физического здоровья позволяет давать физические нагрузки. Так, среди лиц, регулярно посещающих спортивные секции, на долю условно здоровых лиц приходится 23%, и 54% имеют хронические заболевания, обострения которых возникают один и менее одного раза в год и 23% лиц, относящихся к III группе здоровья. В то время как среди спортсменов-разрядников каждый третий (33%) относится к II группе здоровья, а все остальные (67%)

являются условно здоровыми.

Анализ влияния двигательного режима на показатели самооценки КЖ студентов показал следующее (рис.2).

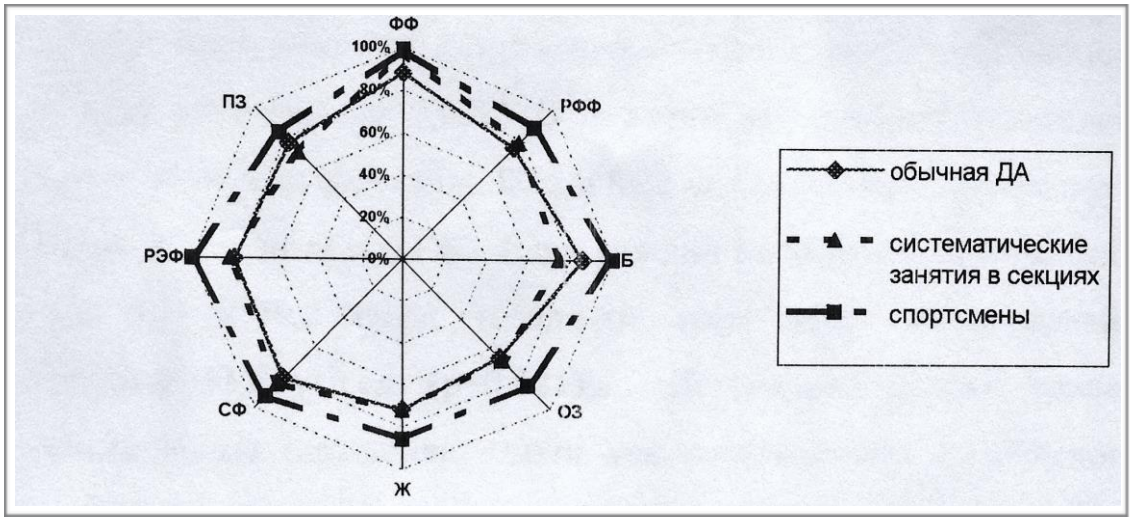


Рисунок 2 – Профиль шкал КЖ у лиц юношеского возраста, находящихся на различном двигательном режиме.

Высоким запасом физических сил (шкала ФФ) обладают студенты, регулярно занимающиеся в спортивных секциях (98,0 усл.ед.) и имеющие спортивные разряды (99,0 усл.ед.) по сравнению с теми, кто находится на обычном двигательном режиме (88,0 усл.ед.) соответственно p=0,034 и p=0,045.

У лиц, находящихся на обычном двигательном режиме и занимающихся в спортивных секциях медиана составила 74,9 и 78,0 соответственно, по сравнению со спортсменами-разрядниками-медиана 88,0 усл.ед что отражает наиболее низкий уровень показателя шкалы РФФ. Относительно комфортно воспринимают состояние своего здоровья студенты с повышенной и обычной двигательной активностью, в то время спортсмены имеют более высокий показатель и ощущают себя практически здоровыми (исходя из шкалы ОЗ). Этой же динамике соответствует показатель шкал Ж и ПЗ: более энергичны в повседневной жизни спортсмены-разрядники.

Значения шкал СФ и РЭФ имеют максимальные значения у спортсменов-разрядников, свидетельствуя о том, что эти лица испытывают меньше проблем, связанных с эмоциональным проявлением в социальной сфере и ограничением жизнедеятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новиков А.А., Ионова Т.Н.. Гандек Б. и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // Проблема стандартизации здравоохранения - 2001. №4. - С. 22-31

2. Особенности адаптации системы внешнего дыхания, кровообращения, морфофункциональных показателей и уровня здоровья студентов / С.А. Кабанов, Т.В. Потапова, А.П. Исаев и др. //Теория и практика физ. культуры - 2005. - №8. -с.45-48.
3. Проскурякова Л.А. Гигиеническая оценка питания и здоровья студентов// Гигиена и санитария. - 2008.-№3.-С.49-52.
4. Кузнецова Л. М., Кузнецов В. Д., Тимошенко К Т. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза//Гигиена и санитария.-2008.-№3.- С. 59-63.

УДК 612.821

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОХИМИИ

А.Д. Казанцев, Э.П. Фадеева
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии
Научные руководители: к.б.н., доц. Г.Е. Герцог, д.м.н., доц., Н.А. Малиновская

“…по мимике легче заметить обман, чем по словам.
Лицо непосредственно связано с областями мозга,
отвечающими за эмоции, а слова – нет.”
Пол Экман

Каждый день нас окружают сотни людей, и у каждого из них, включая нас, непрерывно возникают мысли, идеи, решения проблем, а с ними рождаются и чувства! «Игра разума» не дает нам покоя – мы мыслим, а вместе с тем и чувствуем.

Мы их видим на лицах людей. Они позволяют нам поддерживать эффективное общение и управлять своим поведением. Мы испытываем их с самого раннего детства. Это наши эмоции - явные, скрытые, контролируемые.

Несомненно, эмоции регулируются нервной системой нашего организма. Нарушение физиологических процессов приводят к расстройствам эмоциональных состояний и свойств, следствием чего является нарушение выраженности (силы) эмоций, расстройства настроения, нарушения устойчивости эмоций, нарушение адекватности эмоций. Открыть для себя мир

эмоций – понимать себя и других, быть успешным и не ошибаться, побеждать и быть в курсе событий!

Цель исследования – изучить общие механизмы возникновения эмоций у людей и их физиологическое выражение с позиций нейрохимии.

Задачи исследования:

1. Дать определение понятию, описать классификацию эмоций;
2. Обосновать механизмы возникновения эмоций с точки зрения нейрохимии, а именно, изучить действие гормонов и нейротрансмиттеров.Особенность эмоций состоит в том, что они отражают значимость объектов и ситуаций, действующих на субъект, обусловленную отношением их объективных свойств к потребностям субъекта. Эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями.Человек не только переживает эмоции, но и выражает их внешне в виде телесных проявлений (вегетативные функции, тон голоса мимика и т. д.).

Наблюдение за этими телесными проявлениями эмоций помогает их изучению, хотя и не всегда может вскрыть содержание переживаемого чувства. Независимо от национальности, пола, возраста и социальной группы людей, все эмоции являются универсальными. Такое предположение выдвинул Пол Экман, который в последующем доказал сущность данной гипотезы.

С точки зрения физиологии эмоции можно разделить на отрицательные, которые возникают при появлении потребности, и положительные, соответственно возникающие при её удовлетворении. Важно понимать, что положительная эмоция не всегда будет соответствовать позитивной для организма значимости стимула (к примеру, при употреблении наркотика или табачного изделия), а отрицательная - его негативной значимости (например, страх перед определенными ситуациями или объектами окружающей среды).К отрицательным эмоциям относят гнев, ярость, страх, неудовольствие, ужас, тоску, горе, отвращение, грусть, к положительным - радость, наслаждение, удовольствие. Также учитывая характер поведения организма при эмоциональных состояниях, их можно подразделить на стенические, вызывающие активную деятельность, и астенические - угнетающие активные формы поведения. Стремление к повторному переживанию положительных эмоций побуждает живые существа активно искать неудовлетворенные потребности и новые способы их удовлетворения.

При раздражении мозга электрическим током сначала у животных, а затем у человека были обнаружены системы мозговых структур, ответственных за реализацию отрицательных и положительных эмоций. Эти системы имеют свои представительства в головном мозге,

находящиеся главным образом в передних отделах новой коры, в лимбической системе, в гипоталамусе. Эмоциям принадлежит важнейшая роль в процессе обучения, в подкреплении вновь формирующихся условных рефлексов. Они активируют память, изменяют пороги восприятия, служат дополнительным средством коммуникации (мимика, интонация голоса и т.п.).

Механизмы возникновения эмоций с точки зрения нейрохимии включают воздействие молекул-пострединков – гормонов и нейротрансмиттеров.

Гормоны – химические посредники, регулирующие работу организма. Они выделяются железами внутренней секреции и перемещаются по кровотоку, воздействуя на определенные виды клеток. Различают несколько групп гормонов и нейротранисмиттеров. Рассмотрены наиболее интересные из них по биологическому действию на психоэмоциональное состояние человека.

Интересны эффекты катехоламинов: после введения адреналина просходит резкое увеличение поглощения сахара мозговой тканью. Также усиливается выброс норадреналина, при этом наблюдается значительное увеличение отдачи АКТГ [4]. Это объясняется тем, что адреналин усиливает отдачу тиреотропного гормона [1].

Прямое действие трийодтиронина и тироксина снижает секрецию окситоцина и вазопрессина клетками ядер. Invitro тиреоидные гормоны могут регулировать экспрессию гена, кодирующего окситоцин [2]. Потеря нейросекрета задней долей гипофиза происходит при гипертиреоидизации, вследствие уменьшения количества гранул в супраоптическом ядре [3].Избыток гормонов этой группы приводит к уменьшению уровня норадреналина в головном мозге, а недостаток - к увеличению [4].

Было установлено, что эстрогенынакапливаются избирательно в преоптической области и в перегородке. На возбудимость латерального гипоталамуса и преоптической зоны имеют влияние прогестероны, имеющие отношение к гонадотропной функции (Комисаренко, 1968). Существуют сведения о способности катехолэстрогенов увеличивать концентрацию катехоламинов в мозге в результате конкуренции за активные участки фермента катаболизма катехоламинов - катехол-о-метилтрансферазы (КОМТ) (эксперимент проведен на мозге молодых крыс). Происходит дефеминизирующее влияние за счетувеличения количества рецепторов к эстрогенам в головном мозге. Катехолэстрогены ингибируют КОМТ, в результате чего возникает связь между стероидами и серотонином.Эстрадиол изменяет чувствительность нейронов к норадреналину, благодаря чему нечувствительные нейроны реагируют на введение норадреналина. В результате данного воздействия тормозные нейроны действуют как возбуждающие.

Нейротрансмиттеры (НТ) - химические передатчики сигналов между нейронами и от нейронов на эффекторные (исполнительные) клетки. Именно НТ создают возможность объединения отдельных нейронов в целостный головной мозг и позволяют ему успешно выполнять все его многообразные и жизненно необходимые функции.

Глутамат обеспечивает высвобождение окситоцина и вазопрессина в паравентрикулярном и супраоптическом ядрах. При стимуляции вентромедиального гипоталамуса, введение глутамата ослабляет состояние тревоги. От него также зависит активность нейронов передней доли гипоталамуса [6].

Ацетилхолин тормозит пентозомонофосфатный путь, фосфорилазную активность (образование цАМФ). В аксонах и перикарионах нонапептидергических нейросекреторных клеток присутствует фермент холинэстераза. Ее блокирование вызывает уменьшение синтеза вазопрессина [1]. В преоптической области имеются холинореактивные структуры, возбуждение которых ведет к торможению активности системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники».

Дофамин оказывает ряд метаболических эффектов. В головном мозге одним из важнейших дофаминергических центров является аркуатное (дугообразное) ядро гипоталамуса. Нейроны аркуатного ядра выделяют дофамин в систему гипофизарной портальной циркуляцию. Он достигает аденогипофиза и ингибирует секрецию пролактина. Дофамин принимает участие в эмоциональных реакциях. Его введение усиливает состояние тревоги при стимуляции вентромедиального гипоталамуса. С повышением содержания дофамина в гипоталамусе связана и устойчивость к эмоциональному стрессу. Блокада дофаминергических нейронов изменяет метаболизм серотонина, не влияя на его синтез [5].

Серотонин активирует окислительные процессы в нейронах, а в глии - гликолитические. Уменьшение его концентрации действует успокаивающе на ЦНС, а повышение – возбуждающе. Введение серотонина ослабляет состояние тревоги при стимуляции вентромедиального ядра гипоталамуса. У пациентов с депрессивно-истерическим и тревожно-депрессивным синдромом уровень серотонина выше, чем у пациентов без психопатических депрессий.

Таким образом, по литературным данным были изучены общие механизмы возникновения эмоций у людей и их физиологическое выражение с позиций нейрохимии. Важную роль в формировании эмоций играют эффекты гормонов и нейротрансмиттеров на нервные клетки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алешин, Б.В. Гистофизиология гипоталамо-гипофизарной системы. – М.: Медицина, 1971. – 440 с.

2. Влияние тиреоидных гормонов на нейросекреторные клетки супраоптического и паравентрикулярного ядер гипоталамуса крыс в условиях invitro / М.В. Глазова, И.А. Красновская, Е.В. Черниговская, А.Л. Поленов // Бюлл. экспериментальной биологии и медицины. – 1997. – Т. 123, № 5. – С. 528-530.

3. Жукова С.В. Влияние гипертиреодизации на состояние гипоталамической нейросекреции // Гормоны и головной мозг. – Киев, 1968. – С. 216.

4. Комисаренко В.П. Гормоны и головной мозг. – Киев, 1968. – С. 5.

5. Селективные анализаторы Д2-дофаминовых рецепторов модулируют метаболизм серотонина в стриатуме и прилежащих ядрах мозга крыс при блокаде дофаминергической импульсации / Р.Р. Гайнетдинов, М.Б. Богданов, В.С. Кудрин, К.С. Раевский // Бюлл. экспериментальной биологии и медицины. – 1992. – Т. 113, № 6. – С. 614-616.

6. Hagiwara Yu., Kubo T. Tonic angiotensinergic inputs to neurons in the anterior hypothalamic area of rats // Brain. Research. – 2004. – V. 1006, Is. 2. – P. 207-214.

УДК616.155.348:628.9.031:616.381-002.3

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ И ЭНЗИМАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.В. Кайрыш, И.В. Языков

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Кафедра физиологии им. проф. А.Т. Пшоника

Научные руководители: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий, д.м.н., проф. А.А. Савченко

Несмотря на достижения в медицине, летальность при распространённом гнойном перитоните (РГП) удерживается на уровне 20-30 %, достигая наиболее высоких цифр (50 % и более) при третичном перитоните и перитоните, сопровождающемся развитием полиорганной недостаточности (ПОН) и септического шока [4,10]. В связи с этим,

появляется необходимость подробного исследования молекулярно-клеточных механизмов воспалительной реакции при перитоните. У больных РГП развивается мощная воспалительная реакция, эффективность которой во многом определяет тяжесть течения и исход заболевания[2,7]. Изучение метаболических механизмов функционирования нейтрофильных гранулоцитов позволит получить те внутриклеточные мишени, при воздействии на которые можно модулировать уровень реактивности клеток[3,4,6].

Цель исследования - изучение хемилюминесцентной активности и активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ нейтрофильных гранулоцитов в зависимости от исхода РГП.

Под нашим наблюдением находились 50 больных с РГП (22 мужчин и 28 женщин), проходивших лечение в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича» г. Красноярска. Средний возраст больных – 54,2±19,2 года. Исходную степень тяжести больных определяли по шкале SAPS-II. Тяжесть РГП исходно определяли по Мангеймскому индексу перитонита (МИП) и индексу брюшной полости (ИБП). ПОН оценивали по шкале SOFA. При оценке тяжести синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) мы придерживались критериев ACCP/SCCM. В качестве контроля обследовано 75 здоровых людей такого же возраста.

Объектом исследования служили нейтрофильные гранулоциты периферической крови. Клетки выделяли из цельной гепаринизированной крови центрифугированием в двойном градиенте плотности фиколл-урографина: ρ=1,077 г/см^3 – для отделения лимфоцитов; ρ=1,119 г/см^3 – для выделения нейтрофилов. Реакционная смесь для хемилюминесцентной реакции состояла из 20 мкл донорской сыворотки AB(IV)Rh(-), 50 мкллюминола или люцигенина («Sigma», США) в концентрации 10^{-5} М, 40 мкл опсонизированного зимозана (в случае определения индуцированной хемилюминесценции), 200 мкл взвеси нейтрофилов (2 млн/мл) и 240 мкл раствора Хэнкса («ПанЭко», Россия) для определения спонтанной хемилюминесценции или 200мкл раствора Хенкса– для индуцированной [3].Оценку спонтанной и зимозан-индуцированной хемилюминесценции осуществляли в течение 90 минут на 36-канальном хемилюминесцентном анализаторе «CL3606» (Россия). Определяли следующие характеристики: время выхода на максимум (Tmax), максимальное значение интенсивности (Imax), а также площадь под кривой (S) хемилюминесценции. Усиление хемилюминесценции, индуцированной зимозаном, оценивали отношением площади индуцированной хемилюминесценции к площади спонтанной (Sинд./ Sспонт.) и определяли как индекс активации.

Для проведения биолюминесцентного анализа уровней активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), малик-фермента (НАДФМДГ), НАД- и НАДН-зависимой реакции лактатдегидрогеназы (ЛДГ и НАДН-ЛДГ), НАД- и НАДН-зависимой реакции малатдегидрогеназы (МДГ и НАДН-МДГ), НАДФ- и

НАДФН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДФГДГ и НАДФН-ГДГ), НАД- и НАДН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДГДГ и НАДН-ГДГ), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ, соответственно) и глутатионредуктазы (ГР) нейтрофильные гранулоциты разрушали путем осмотического лизиса с добавлением 2 мМдитиотреитола[5]. Активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ выражали в ферментативных единицах на 10^4 клеток, где 1 Е=1 мкмоль/мин [1]. Для исследования использовался ферментативный препарат NAD(P):FMNоксидоредуктаза-люцифераза из *Photobacteriumleiognathi* (получен в Институте биофизики СО РАН, Красноярск).

Статистический анализ осуществляли в программе «Statistica 8.0» (StatSoftInc., 2007). Описание выборки производили с помощью подсчёта медианы (Me) и интерквартального размаха (LQ; UQ). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Были получены следующие результаты: клинические проявления ССВР перед первичной операцией по поводу РГП отмечались у 47 (94,0±3,4%) больных. Преобладали пациенты с тяжёлым сепсисом и септическим шоком – 34 (68,0±6,6%). Тяжесть по шкале SAPS-II составила 29 (20; 37) баллов. Выраженность ПОН по шкале SOFA составила 2 (1; 4) балла. Оценка тяжести РГП дала следующие результаты: МИП в среднем составил 28 (23; 33), ИБП – 14 (13; 14) баллов.

При исследовании активности люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов обнаружено, что только у больных с благоприятным исходом РГПповышается максимальная интенсивность спонтанной хемилюминесценции. Независимо от исхода заболевания при перитоните, снижено время выхода на максимум спонтанной хемилюминесценции и повышен максимум интенсивности зимозан-индуцированной хемилюминесценции. При благоприятном исходе заболевания снижена величина индекса активации по люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов.

Исследование уровней активности НАД- и НАДН-зависимых дегидрогеназ нейтрофильных гранулоцитов позволило установить, что только при неблагоприятном исходе заболевания в клетках повышена активность НАДИЦДГ и НАДН-ЛДГ. Независимо от исхода РГП, в нейтрофильных гранулоцитах пациентов снижена активность ЛДГ и повышены уровни активности НАДН-МДГ и НАДН-ГДГ. При исследовании уровней активности НАДФ-зависимых дегидрогеназ обнаружено, что, независимо от исхода РГП, в нейтрофильных гранулоцитах крови снижена активность Г6ФДГ и НАДФГДГ, но повышена активность НАДФИЦДГ.

В целом, метаболизм нейтрофильных гранулоцитов у больных РГП характеризуется низкой активностью Г6ФДГ – ключевого и инициализирующего фермента

пентозофосфатного цикла, от уровня которого зависит реализация ряда пластических процессов, а также стимуляция активности НАДФН-оксидазы. Низкая активность НАДФИЦДГ и высокая активность НАДН-ГДГ в нейтрофилах больных РГП определяет дисбаланс в реакциях обмена азота. При этом недостаточность реакций по восстановлению $НАДФ^+$ частично может компенсироваться высоким уровнем активности НАДФИЦДГ. Необходимо отметить, что данный фермент определяется как вспомогательный в цикле трикарбоновых кислот. И, хотя нейтрофильные гранулоциты являются преимущественно анаэробными клетками, обменные процессы митохондриального компартмента значимо влияют на метаболизм клеток. Кроме того, повышение активности НАДН-зависимой реакции МДГ, являющейся ключевой в системе малат-аспартатного шунта митохондрий [1], что также отражает изменения интенсивности реакций, связанных с аэробными энергетическими процессами. Активация обменных процессов в митохондриальномкомпартментенейтрофильных гранулоцитов при РГП также определяется высокой активностью НАДН-ГДГ. Однако, при интенсификации ряда реакций в митохондриях, у пациентов наблюдается снижение аэробной реакции ЛДГ.

Особенностью метаболизма нейтрофильных гранулоцитов у больных с неблагоприятным исходом РГП является повышение активности анаэробной реакции ЛДГ, характеризующей интенсивность терминальных реакций анаэробного гликолиза, и НАДИЦДГ – фермента, в значительной степени определяющего интенсивность субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот [1]. Следовательно, повышена интенсивность анаэробных и аэробных процессов в нейтрофильных гранулоцитах при неблагоприятном исходе РГП.

Таким образом, установлены особенности хемилюминесцентной и энзиматической активности нейтрофильных гранулоцитов у больных РГП в зависимости от исхода заболевания. На фоне снижения интенсивности пластических процессов и дисбаланса ферментативной активности в азотистом обмене у больных РГП при неблагоприятном исходе заболевания повышается активность ферментов, характеризующих уровень анаэробного и аэробного дыхания (активация анаэробной реакции ЛДГ и НАДИЦДГ). В то же время, при отсутствии выраженных изменений активности ферментов, характеризующих уровень энергетических процессов в клетках у больных РГП при благоприятном исходе заболевания,повышается интенсивность спонтанной люцигенин-зависимой хемилюминесценции и снижается индекс активации нейтрофилов.Люминол-зависимая хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов у больных РГП не зависит от исхода заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березов, Т.Т. Биологическая химия / Т.Т. Березов, Б.Ф. Коровкин. - М. : Медицина, 1998. - 704 с.
2. Владимиров, Ю.А. Свободные радикалы и клеточная хемилюминесценция / Ю.А. Владимиров, Е.В. Проскурина // Успехи биологической химии. - 2009. - №49. С. 341-388.
3. Куртасова, Л.М. Клинические аспекты функциональных нарушений нейтрофильных гранулоцитов при онкопатологии / Л.М. Куртасова, А.А. Савченко, Е.А. Шкапова. - Новосибирск: Наука, 2009. - 184 с.
4. Применение иммобилизованных форм гипохлорита натрия в комплексном лечении распространённого гнойного перитонита / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, А.Е. Букреева и др. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №6. - С. 32-36.
5. Савченко, А.А. Высокочувствительное определение активности дегидрогеназ в лимфоцитах периферической крови биолюминесцентным методом / А.А. Савченко, Л.Н. Сунцова // Лаб. дело. - 1989. - №11. - С. 23-25.
6. Ярилин, А.А. Иммунология: Учебник / А.А. Ярилин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 752 с.
7. Benbarek, H. Modulatory effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs on the luminol and lucigenin amplified chemiluminescence of equine neutrophils / H. Benbarek, A. Ayad, G. Deby-Dupont et al. // Vet. Res. Commun. - 2012. - Vol. 36, № 1. - P. 29-33.
8. Kasama, T. Neutrophil-derived cytokines: potential therapeutic targets in inflammation / T. Kasama, Y. Miwa, T. Isozaki et al. //. Curr. Drug Targets Inflamm. Allergy. - 2005. - Vol. 4, № 3. P. 273-279.
9. Neutrophil function in inflammation and inflammatory diseases / H.L. Wright, R.J. Moots, R.C. Bucknall, S.W. Edwards // Rheumatology (Oxford). - 2010. - Vol. 49, № 9. P. 1618-1631.
10. Wiest, R. Spontaneous bacterial peritonitis: recent guidelines and beyond / R. Wiest, A. Krag, A. Gerbes // Gut. - 2012. - Vol. 61, № 2. - P. 297-310.

УДК 159.953:37.025.5

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ У УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

А.В. Карапетян

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Средняя школа №97» г.Красноярска

Научный руководитель: уч. биологии Г.В. Килина

Память является основой психической жизни личности. Без сохранения следов воздействовавших раздражителей каждое ощущение и восприятие переживалось бы как впервые возникшее. Человек с хорошим развитием памяти легко запоминает слова, идеи, логические конструкции. Память - сложный психический процесс, состоящий из нескольких частных процессов, связанных друг с другом. В зависимости от преобладающего в процессе функционирования памяти анализатора выделяют двигательную, зрительную, слуховую, осязательную, обонятельную, вкусовую, эмоциональную и другие типы памяти.У человека преобладающим является зрительное восприятие. Так, например, мы часто знаем человека в лицо, хотя не можем вспомнить, как его зовут. За сохранение и воспроизведение зрительных образов отвечает зрительная память. Она напрямую связана с развитым воображением: то, что человек зрительно может себе представить, он, как правило, легче запоминает и воспроизводит.

Развитие памяти является одной из наиболее важных проблем в теории воспитания и обучения. Развитие зрительной памяти заключается в качественных изменениях процессов памяти и трансформации содержания фиксируемого наглядного материала. Это очень важно для детей как в повседневной жизни, так и при обучении. Постоянное выделение изучаемых объектов, их наглядность позволяет быстрее сформировать зрительную память, тем самым улучшить качество обучения.

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы явилось изучение развития и формирования зрительной памяти у младших школьников.

Для достижения указанной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать теоретические источники по изучаемой теме.

2. Подобрать диагностический инструментарий и провести экспериментальное исследование.

3. Обработать полученные результаты и сформулировать выводы.

4. Составить методические рекомендации с подбором дидактических игр и упражнений по развитию и коррекции зрительной памяти детей младшего школьного возраста.

В ходе констатирующего эксперимента, в котором принимали участие 18 обучающихся 2 класса МБОУ «Средняя школа №97» г.Красноярска, мы использовали методику опосредствованного запоминания А. Н. Леонтьева.

Перед детьми раскладывались рядами карточки в любом порядке. Им предлагалось запомнить изображения по порядку и затем записать их последовательность.

В течение первых пяти дней перед детьми раскладывалиь пять карточек. С данной работой справилось из 18 только 14 человек. Далее мы усложнили задание. Количество карточек было увеличено до 8. В последующую неделю с выполнением задания справились только 4 человека, они запомнили не только все восемь карточек, но и их последовательность. При дальнейшей работе мы стали менять последовательность изображенных предметов и просили ребят запомнить изменившуюся последовательность. С данным заданием без всяких ошибок справилось 9 обучающихся, остальные запомнили все картинки, но с последовательностью их расположения путались. Этот факт позволяет говорить нам о том, что постепенно происходит формирование зрительных образов, что в дальнейшем может способствовать улучшению развития памяти. В целом, при последовательном проведении эксперимента выявлено, что у большинства исследуемыхзрительная память формируется стабильно по завершению первой части эксперимента у 14обучающихся, что составляет78% опрошенных, отмечается высокий уровень ее развития.

После второй части эксперимента при увеличении числа объектов и последовательном представлении запомнившегося, число детей с высоким уровнем зрительной памяти уменьшается до 4 человек. Однако выявлены дети с уровнем зрительной памяти выше среднего в количестве 11 человек, также 3 исследуемых показывали средний уровень развития зрительной памяти.При изменении последовательности рисунков у детей постепенно увеличивается способность запоминать новый набор, и к концу эксперимента мы наблюдали, что 50 % обучающихся обладают высоким уровнем зрительной памяти, что дает им возможность хорошо усваивать школьный материал. У половины детей выявлен средний уровень развития зрительной памяти, что дает им возможность в дальнейшем развивать зрительную память.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило увидеть учителю начальных классов, на каком уровне в данный момент находится сформированность зрительной памяти у обучающихся, и каковы перспективы ее улучшения. Исходя из полученных данных, нами были разработаны методические рекомендации, которые представляют собой систему упражнений и игр, направленных на развитие зрительной памяти у обучающихся младшего школьного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белопольская, Н.Л. Детская патопсихология: хрестоматия/Н.Л.Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000.

2. Волков, Б.С. Методология и методы психологического исследования / Б.С. Волков, Н. В. Волкова, А. В. Губанов. – М.: Мир Академ. Проект, 2005.

3. Ульенкова, М.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / М.И. Ульенкова. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000.

УДК 612.57:616-018-005.1

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ НА СОХРАНЕНИЕ МОРФОЛОГИИ ПРИЖИЗНЕННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МЯГКИЕ ТКАНИ

Н.А. Карачаева, А.С. Сиркина, А.В. Солоха

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. С.Л. Парилов

Выявление прижизненных повреждений играет важную роль при проведении судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомических вскрытий [2, 3, 5, 7, 9]. Достаточно часто исследуют трупы после пожаров [3, 6, 7, 10]. На практике приходится сталкиваться как с наличием повреждений, так и с их отсутствием [7]. Существует достаточно много работ о прижизненности повреждений мягких тканей, о возникновении повреждений от воздействия пламени на мягкие ткани [3, 5, 6, 7], но нет данных о влиянии гипертермии на сохранность кровоизлияний.

Цель данной работы – определить возможное сохранение характеристик прижизненных кровоизлияний в мягкие ткани после воздействия высоких температур.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Экспериментально проверить, сохранилась ли морфология кровоизлияний после воздействия высоких температур в виде открытого пламени;

2. Выявить на основе экспериментальных данных, сохранилась ли морфология кровоизлияний после воздействия высоких температур в виде кипящей воды.

Для выполнения поставленных задач были взяты 5 случаев смерти с наличием в мягких тканях посттравматических кровоизлияний (в частности, кожа с ее придатками). Для проведения эксперимента были вырезаны фрагменты материала размером 0,5х1,0х0,5 см. Материал был подвергнут воздействию открытого пламени в течение 1-ой, 3-х и 5-ти минут и воздействию кипящей воды в течение 2-х минут. Гистологическое исследование подкожно-

жировой клетчатки и мышц проводилось во всех случаях без исключения. Для этого производились серийные срезы фрагментов ткани и окрашивались гематоксилином-эозином.

В ходе эксперимента выявлено, что во всех взятых фрагментах кожи с придатками, воздействие пламени на которые ограничивалось 1 минутой, макроскопически отмечалось незначительное обугливание ткани, и очаг кровоизлияния визуализировался. Микроскопически наблюдалось кровоизлияние в виде частично лизированных эритроцитарных масс. Сохранялся отек ткани, полнокровие [1,8].

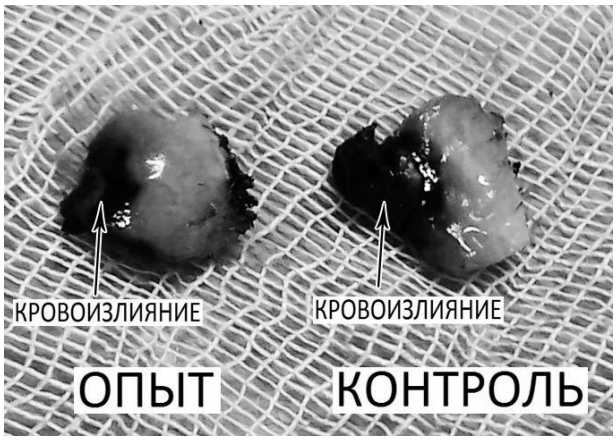


Рисунок 1 - Контрольный образец и фрагмент, подвергшийся воздействию открытого пламени в течение 1-ой минуты.

После воздействия пламени на фрагменты кожи с придатками в течение 3-х минут, макроскопически ткань выглядела значительно обуглившейся по периферии, кровоизлияние практически не визуализировалось на обугленном фоне. Микроскопически наблюдалось кровоизлияние в виде лизированных эритроцитарных масс. Определялось выраженное сохранение отека и расслоение ткани, ее обугливание по периферии [1,8].

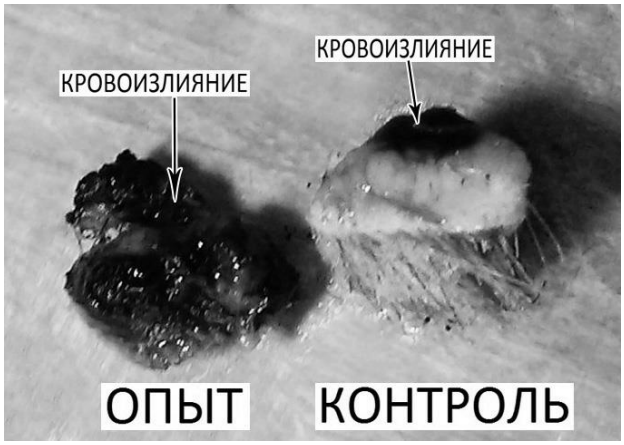


Рисунок 2 - Контрольный образец и фрагмент, подвергшийся воздействию открытого пламени в течение 3-х минут.

В эксперименте, где воздействие открытого пламени происходило в течение 5-ти минут, фрагмент ткани (размеры которой указаны выше), обугливался и разрушался полностью (до состояния пепла), так что однозначно высказаться о сохранении прижизненных кровоизлияний макро- и микроскопически не представляется возможным [1,8].

При погружении фрагментов кожи с придатками в кипящую воду на 2 минуты, макроскопически отмечалась коагуляция ткани, а микроскопически наблюдалось кровоизлияние в виде лизированных эритроцитарных масс. Определялось выраженное разволокнение ткани за счет отека. Многослойный плоский ороговевающий эпителий был отечен, местами десквамирован, в состоянии баллонной дистрофии [1,8].

Рисунок 3 - Контрольный образец и фрагмент, подвергшийся воздействию кипящей воды в течение 2-х минут.

Результаты эксперимента позволяют сделать вывод, что кровоизлияния в мягкие ткани визуализируются невооруженным глазом и определяются при рутинных гистологических окрасках после воздействия высоких температур в виде открытого пламени в течение 1-ой минуты и при кипячении в воде в течение 2-х минут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крюков, В.Н. Механизмы и морфология повреждений мягких тканей. – Новосибирск: Наука. – 2001.

2. Морфологическое обоснование особенностей течения ожогового шока. / Ю.И. Пиголкин, В.П. Туманов, Т.К. Осипенкова-Вичтомова, Д.В. Богомолов // В кн.: Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины. М.–1998. –С. 101-103.

3. Науменко, В. Г. Материалы по изучению прижизненных и посмертных термических ожогов. / В.Г. Науменко // Канд. дисс. М., — 1955.

4. Сатылов, С.С. Циркулярные ожоги при самосожжениях. / С.С. Сатылов // Актуальные вопросы судебной медицины и патологической анатомии. Таллинн – 1975. – С.136—138.

5. Сиряцкий, А.А. Биофизические свойства мягких тканей при прижизненной и посмертной ожоговой травме / А.А. Сиряцкий // Матер. II-гоВсеросс. съезда судебных медиков: тезисы докладов. – Иркутск-М. –1987. – С. 133-135.

6. Файн, М.А. Материалы к судебно-медицинскому исследованию трупов, извлеченных из пламени // Вопросы судебной медицины и криминалистики. – Сб. ст. Петрозаводск, 1976. – С. 14-40.

7. Файн, М.А. Диагностика прижизненности воздействия пламени при судебно-медицинском исследовании трупа / М.А. Файн // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л —1968.

8. Фролова, И.А. Определение давности повреждения мягких тканей при механической травме по морфологическим критериям : Информационное письмо / И.А. Фролова и [др.] — Москва — 2007.

9. Хмельницкий, О.К. О патологоанатомических изменениях, наблюдаемых при обширных термических ожогах / О.К. Хмельницкий // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л. — 1951.

10. Хушкадамов, З.К. Судебно-медицинская характеристика термической травмы, возникшей от воспламенения горючих жидкостей / З.К. Хушкадамов,Л.Н. Исхизова, Д.В. Горностаев // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012.– №1. – С. 62-64.

УДК 159.923-053.6

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СПЕЦИФИКИ ФОРМИРОВАНИЯ САМООЦЕНКИ В МЛАДШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Д.В. Кембель

Лицей №11, 11 «А» класс, г.Красноярск

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

Подростковый возраст - остро протекающий переход от детства к взрослости, в котором переплетаются противоречивые тенденции. Для этого сложного этапа показательны как позитивные (рост самостоятельности, повышение содержательности отношений с людьми, расширение сферы деятельности), так и негативные (дисгармоничность в строении личности, свертывание прежде установившейся системы интересов, протестующий характер поведения) проявления. В это время завершается оформление той схемы поведения, которая будет влиять на физическое и психическое здоровье, на всю дальнейшую общественную и личную жизнь [5].

Одной из главных особенностей является то, что в подростковый период происходит выход человека на качественно новую социальную позицию, в которой формируется и активно развивается самосознание личности. Постепенно происходит отход от прямого копирования оценок взрослых, возрастает опора на внутренние критерии. Поведение подростка начинает все больше регулироваться его самооценкой, под которой понимается конструктивный элемент самосознания, показатель уровня развития личности, являющийся одной из существенных ее характеристик и выполняющий функцию внутреннего регулятора поведения[1].

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 самоутверждения. В этом возрасте человек характеризуется беспечностью, неопытностью, своеволием, желанием экспериментировать, жить жизнью взрослых. Подростки становятся менее устойчивыми к разного рода нежелательным соблазнам и легко могут оказаться втянутыми в опасные для их физического и психического здоровья действия [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 «выравнивания». 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].

И.С.Кон так описывал развитие самосознания и образа «Я»: «Ребёнок рос, менялся, набирал силу и до переходного возраста, и тем не менее, это не вызывало у него тяги к интроспекции. Если это происходит теперь, то, прежде всего потому, что физическое созревание является одновременно социальным симптомом, знаком повзросления, возмужания, на которое обращают внимание и за которым пристально следят другие, взрослые и сверстники. Противоречивость положения подростка, изменение его социальных ролей и уровня притязаний - вот что в первую очередь актуализирует вопрос: «Кто Я?» [4].

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 подросткого 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 [3].

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) дегармонизации 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, некритичности. 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 [7].

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонов, А. Ю. Исследование Я-концепции учащихся подросткового возраста как средства качественной оценки образовательных с систем //Автореф. дис. канд. психологич. наук. Казань - 2000.- 24с.

2. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности.- М.: Просвещение.-2005.- 234 с.

3. Захарова, А.В. Психология формирования самооценки. – М.: Просвещение. - 2013.- 245 с.

4. Кон, И.С. Психология юношеского возраста. - М.: Просвещение.-2009.-322 с.

5. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия, медицина.- М.: «Генезис». - 2005.-234 с.

6. Мудрик, А.В. Роль социального окружения в формировании личности подростка. - М.: Знание. -2009.-344 с.

7. Эльконин, Д.Б. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков. - М.: Просвещение.-2007.-334 с.

УДК 616.718.42-001.5

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРИЧИН ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

А.С. Кенц, В.С. Мордовский

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

Кафедра внутренних болезней №1

Научные руководители к.м.н., асс. Капустина Е.В, д.м.н., доц. Чернова А.А., к.м.н., доц. Большакова Т.Ю.

Перелом проксимального отдела бедра– довольнораспространенный вид травмы, составляющий 10,4-18% общего количества переломов костей. Примерно 1,6 млн. переломов бедра происходят по всему миру каждый год, к 2050 году это количество может составить от 4,5 млн. до 6,3 млн. человек

Данный вид переломов имеет важное медико-социальное значение, так как занимает 1-е место по числу инвалидности среди травм. Наиболее часто этот вид перелома наблюдается у людей старше 60 лет, на их долю приходится 69,1% от всех переломов в этом возрасте. Смертность больных старше 60 лет при данном виде перелома варьирует от 6,8% — 11,3%.

Стоимость операции эндопротезирования тазобедренного сустава (без протеза) от 70000 рублей, стоимость протеза от 90000 рублей.

Цель исследования - провестианализ распространенности и причин переломов проксимального отдела бедра за 3 года (период с 2012-2014 г.г.) в Октябрьском районе города Красноярска.

Задачи: 1. Провести анализ историй болезни больных, живущих в Октябрьском районе города Красноярска, перенесших перелом проксимального отдела бедра в период с 2012-2014 г.г.

2. Провести дифференцировку больных в зависимости от пола и возраста.

3.Провести анализ причин переломов проксимального отдела бедра

Проведен анализ 303 историй болезни пациентов с переломами проксимального отдела бедра, обратившихся в ГБУЗ ГКБ №6 им И.С. Карповича в период с 2012-2014гг. Мужчины составили 35%, женщины 65%. Из рисунка 1 следует, что в течение 3-х лет на стационарное лечение ежегодно поступало примерно одинаковое количество мужчин и женщин, причем пациентов старше 55 лет.

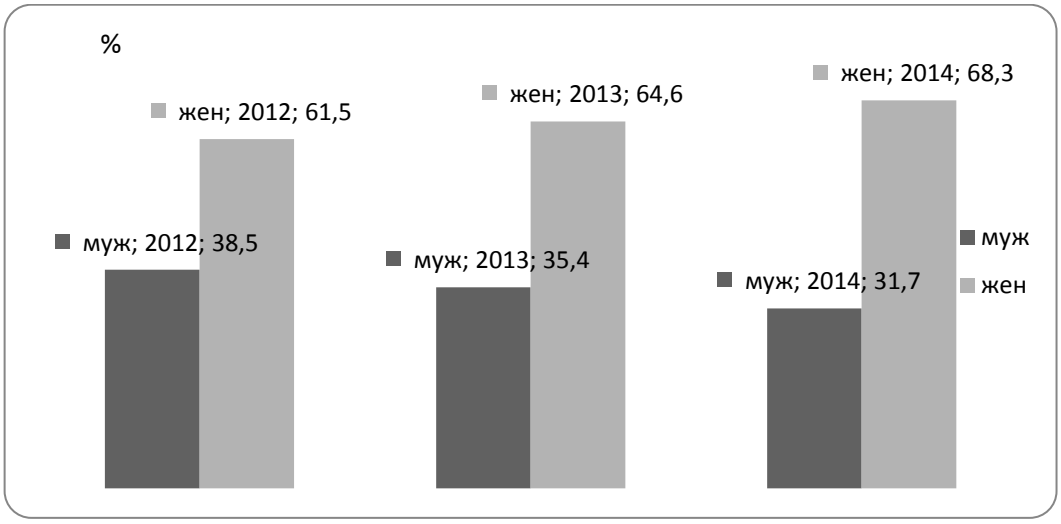


Рисунок 1 – Гендерные особенности больных с переломом проксимального отдела бедра.

В каждом году данные варьируют. В 2012 годы общее количество пациентов составляло 104 человека, из них 40 человек мужчины, из которых только пятеро родились после 1960 года, младше 55 лет. Количество женщин составляет 64 пациент, из них лишь одна женщина родилась после 1960 года, ее возраст 53 года. В 2013 году количество пациентов составила 79 человек, из них 28 мужчин и 51 женщина. Из 28 мужчин, лишь

четыре человек младше 55 лет (дата рождения после 1960г.), а из 51 женщины только одна младше 55лет.

Самое большое количество пациентов приходится на 2014 год. Общее количество составляет 120 человек. Количество мужчин составляет 38 пациентов, шесть из них родились после 1960 года. Количество женщин составляет 82 пациента, из них четверо родились после 1960 года.

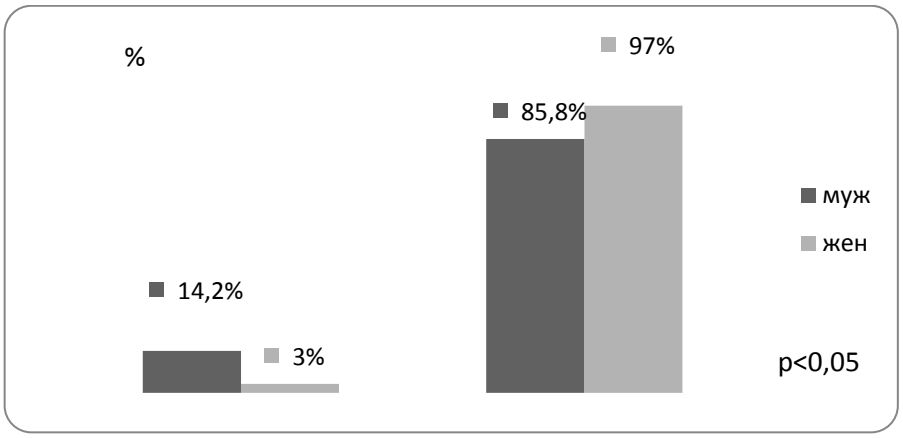


Рисунок 2 – Возрастно-половой состав больных.

По этим данным можно выстроить ряд закономерностей. Во-первых, больший процент пациентов с перелом шейки бедра приходиться на женщин. Во-вторых, возраст пациентов в среднем старше 55 лет. Процентное соотношение представлено на рисунке №2.

Причины данной патологии в большинстве случаев является остеопороз, на втором месте причиной данного перелома являются травмы с большой кинетической энергией(ДТП, падение с высоты). Количественное соотношение представлено на рисунке 3.

Рисунок 3 – Причины перелома бедра.

По данным ВОЗ, в 90% случаев у пациентов пожилого возраста переломы шейки бедренной кости происходят на фоне остеопороза. Согласно мировой статистике каждая третья женщина и каждый восьмой мужчина в мире страдают остеопорозом. По данным отечественных авторов, в России количество переломов шейки бедренной кости составляет 61 случай на 100 тыс. человек, с возрастом количество переломов увеличивается и достигает максимума среди пациентов старше 75 лет — 230 на 100 тыс. человек. По другим данным, переломы проксимального отдела бедренной кости наблюдаются ежегодно в 100,9 случаев на 100 тыс. человек, с возрастом риск получить перелом увеличивается: в 50 лет он составляет 1,8%, в 60 лет — 4%, в 70 лет — 18%, в 90 лет — 24%.

В результате проведенной работе были выявлены основные причины перелома шейки бедра в октябрьском районе города Красноярска и определены факторы риска, такие как принадлежность к женскому полу и возрастной критерий.Выявленные закономерности соответствуют эпидемиологической картине других регионов РФ. Для профилактики данного состояния требуется проведение формирование групп риска по перелому по следующим критериям: женский пол, возраст старше 65 лет. Пациенты группы риска должны ежегодно проводить профилактическую рентгеновскую десентометрию для своевременной диагностики и проведение профилактических мер дальнейшего развития системного заболевания остеопороз. Данные меры будут способствовать снижению количества переломов тем самым снижая затраты на лечение и реабилитацию данных пациентов и уровень инвалидизации среди них.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белинов, Н.В. Эволюция оперативных методов лечения переломов шейки бедренной кости //Сибирский медицинский журнал. - 2013. - № 5. - С.22.
2. Болезни суставов : рук. для врачей / под ред. В.И. Мазурова. – СПб. : СпецЛит, 2008. - С. 421-437.
3. Г. П. Котельников, С. П. Миронов, В. Ф. Мирошниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С.380.
4. Facts and osteoporosis for osteoporosis **[**electronic resource]**//** International osteoporosis foundation. –URL**:**http://www.iofbonehealth.org/facts-statistics#category-16
5. Гладкова Е.Н., Ходырев В.Н., Лесняк О.М.Эпидемиологическое исследование остеопоротических переломов у жителей Среднего Урала старших возрастных групп.//Научно-практическая ревматология.- 2014. - №6(52). - С.643-649.

УДК 616.13-004.6:[371.321:615.014]

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

К.А. Кидыба, В.К. Шаферова, Д.И. Петрова
Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж
Научный руководитель: преп. Г.В. Перфильева

Основной причиной смертности населения Красноярского края, как и в России, были и остаются болезни системы кровообращения,и сейчас на долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится более 55% смертей[3].

Поражение сердечно-сосудистой системы стало нередким уже у молодых людей и женщин. Сердечно-сосудистые заболевания, более чем 2/3 которых составляют ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт и болезни периферических артерий, прежде всего связаны с атеросклерозом [4].

Атеросклероз — это хроническое заболевание артерий эластического и мышечно-эластического типа, обусловленное нарушениями липидобелкового обмена и характеризующееся очаговыми отложениями в интиме сосудов белков и липидов с последующим разрастанием вокруг них соединительной ткани[1].

Патогенез атеросклероза чрезвычайно сложен и многие его звенья до сих пор остаются малоизученными или имеют различную интерпретацию.

По современным представлениям, в основе развития атеросклероза лежит последовательное взаимодействие многих патогенетических факторов, ведущее, в конечном счете, к образованию фиброзной бляшки. В настоящее время известно более 30 таких факторов. Все факторы риска подразделяются на немодифицируемые (возраст старше 50-60 лет; мужской пол, отягощённая наследственность) - и модифицируемые (дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, ожирение, гипергликемия, сахарный диабет, гиподинамия, нерациональное питание) [1].

Важную роль в предотвращении развития сердечно-сосудистых заболеваний играет профилактика атеросклероза и своевременная лабораторная диагностика, а именно исследование липидного профиля, которое помогает выявить заболевание на ранней стадии.

Цель нашего исследования явилась оценкариска развития атеросклероза у преподавателей фармацевтического колледжа.

Для реализации цели исследования определены следующие задачи:

1. Провести анкетирование преподавателей, с целью выявления основных факторов риска развития атеросклероза

2. Выявить группу риска в развитии атеросклероза;

3. Провести исследование липидного профиля в группе риска;

4. Дать рекомендации по дальнейшему обследованию и профилактики атеросклероза.

Критериями включения в исследование были: согласие на обследование. Критериями исключения являлся отказ от обследования.Объект исследования: преподаватели фармацевтического колледжа.Предмет исследования: анкеты, периферическая кровь обследуемых.Для выявления факторов риска проводился анкетный скрининг преподавателей Фармацевтического колледжа. Анкетирование было проведено среди преподавателей в возрастной группе от 25 до 70 лет. Разработанная анкета включала основные вопросы о присутствии в жизни респондентов факторов риска развития атеросклероза: возраст, гипертензия, курение, физические нагрузки, стрессы, наследственность и питание. Всего было проанкетировано 40преподавателей, все респонденты женского пола.

Забор материала для исследования и анализ крови проводился в учебной лаборатории колледжа (в кабинете биохимии). Исследовалась периферическая кровь. Обследование проводилось среди преподавателей, выделенных в группу риска. Всего было обследовано 12 человек.

Исследования показателей липидного профиля проводили на приборе ElementMulti – профессиональном портативном экспресс-анализаторе. Биохимический анализатор ElementMulti позволяет измерять все составляющие липидного профиля: общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). При этом общий холестерин, триглицериды и холестерин ЛПВП определяются прямым измерением, холестерин ЛПНП - расчитывается по формуле Friedewald на основании результатов прямого измерения. Погрешность измерения общего холестерина и тригрицеридов не превышает 5%, а холестерина ЛПВП - 7%, что соответствует предельно допустимому коэффициентуаналитической вариации.

Для оценки липидного обмена использовались следующие биохимические показатели:

ОХС – общий холестерин,ТГ – триглицериды,ХС ЛПВП – холестерин, входящий в липопротеиды высокой плотности, - который определи ферментативным колориметрическим методом;

ХС ЛПНП - холестерин, входящий в липопротеиды низкой плотностикоторый рассчитывается по формуле Фривальда;

Характерными изменениями при атеросклерозе являются увеличение количества общего холестерина сыворотки крови, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой, коэффициента атерогенности и снижение холестерина липопротеидов высокой плотности.

Риск развития атеросклероза подтверждался расчетом индекса атерогенности, который отражает соотношение атерогенных и антиатерогенных липопротеидов и является чувствительным показателем наличия и прогрессирования атеросклероза.

При проведении исследования получены следующие результаты:

1. Наличие стресса в своей жизни отмечают 37 респондентов (93%).

2. Недостаточную физическую активность отмечают 16 опрошенных преподавателей (40%). У лиц с низкой физической активностью наблюдаются неадекватные реакции сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и других систем на любые внешние воздействия, в том числе психоэмоциональный стресс.

3. Избыточный вес, отмечен у 23 респондентов(58%).Как известно**, о**жирение является независимым факторам риска болезней сердечно-сосудистой системы, и пусковым механизмом других факторов риска атеросклероза (артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета 2 типа).

4. Наследственную предрасположенность отмечают 19 опрошенных преподавателей (48%). Риск развития атеросклероза существенно повышается у лиц, близкие родственники которых страдали ИБС, церебральным и периферическим атеросклерозом.

5. Артериальную гипертонию отмечают 10 человек (25%), известно, что она является независимы**м** фактором риска. На фоне гипертонии повышается пропитывание стенок артерий жирами, что относится к начальным этапам развития атеросклеротической бляшки.

6. Выкуривание от 1 до 10 сигарет в день отмечают 4 респондента (10%). Вероятность развития сердечнососудистых заболеваний у курящих примерно в 2-3 раза выше, чем у некурящих. Курение ассоциируется с дисфункцией эндотелия, являющейся пусковым фактором атеросклероза.

Таблица1 –Распределение факторов риска развития атеросклероза в группе респондентов.

Факторы риска	**До 30 лет**		**31-40 лет**		**41-50 лет**		**51-60 лет**		**Старше 60 лет**		**Всего**		
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**	**N**	n	**%**
Возраст	3	8	11	30	9	23	13	33	4	11	**40**	**40**	**10**

													0
Наследственность	0	0	7	64	4	44	6	54	2	50	**40**	**19**	**48**
Курение	0	0	1	9	0	0	3	31	0	0	**40**	**4**	**10**
Стресс	2	67	9	82	9	100	13	100	4	100	**40**	**37**	**93**
Избыточный вес	2	67	1	9	3	33	13	100	4	100	**40**	**23**	**58**
Гипертензия	0	0	1	9	2	22	5	45	2	50	**40**	**10**	**25**
Гиподинамия	0	0	0	0	2	22	10	77	4	100	**40**	**16**	**40**

Таким образом, 95% опрошенных преподавателей имеют хотя бы по одному фактору риска развития атеросклероза. В группу риска наиболее подверженных развитию атеросклероза были включены 11 человек, имеющие более двух факторов риска, старше 50 лет,так как в менопаузе защитное действие эстрогенов уменьшается и риск возникновения осложнений атеросклероза увеличивается; и один человек до 50 лет, имеющий наиболее значимые факторы риска (наличие ИБС у 3 кровных родственников, гипертензия, избыточный вес, стресс). Таким образом, в группу риска был определено 12 человек, что составило 30% от опрошенных преподавателей.

Анализ анкет показал, самыми распространёнными факторами риска развития атеросклероза,среди опрошенных являются: стресс (95%), избыточный вес (58%), наследственность (48%).

Исследования показателей липидного профиля проводилось у 12 преподавателей. При исследовании биохимических показателей выявлены отклонения в анализах 10 человек, что составило 83% от всех обследованных, вошедших в группу риска. Было выявлено: гиперхолестеринемия у 42%, гипертриглицеридемия у 33%, повышение ХС ЛПНП у 42%, снижение ХС ЛПВП у 17%.

Таблица 2 – Удельный вес изменений липидного профиля в анализах периферической крови.

признаки	n	выявлено	%
гиперхолестеринемия	12	5	42
Гипертриглицеридемия	12	4	33
Повышение ХС ЛПНП	12	5	42

Понижение ХС ЛПВП	12	2	17
ИА > 3	12	10	83

Повышенный риска развития атеросклероза подтверждался расчетом коэффициента атерогенности, который отражает соотношение атерогенных и антиатерогенных липопротеидов и является чувствительным показателем наличия и прогрессирования атеросклероза.

Биохимические исследования показали, что у 83% обследованных преподавателей,вошедших в группу риска отмечается наличие развития атеросклероза, и,следовательно повышенный риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Основными факторами риска развития атеросклероза, среди опрошенных являются: стресс (95%), избыточный вес (58%), наследственность (48%).
2. Группа риска по развитию атеросклероза составила 30% от опрошенных преподавателей.
3. Наличие развития атеросклероза и повышенный риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системыотмечен у 83% обследованных,вошедших в группу риска

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кухарчук, В.В. Атеросклероз. Актуальные вопросы профилактики и терапии. / В.В. Кухарчук // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2003.-№6. – С. 36-44.
2. Национальные Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (II пересмотр). – Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, Всероссийского научного общества по сердечно-сосудистой недостаточности. – 2007. – http://www.cardiosite.ru/medical/rec_s.asp
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае в 2013 году: Государственный доклад. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, 2014. – С.73-81.
4. Перова, Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом /Н.В.Перова// Кардиология. – 2004. - №1-С.76-82.

УДК: 617.741-004.1-073.584-089

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ С УЧЕТОМ СПЕКТРОФЛУОРИМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХРУСТАЛИКА

Е.А. Киреева, П.В. Лаврентьев
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра офтальмологии с курсом ПО
Научные руководители: д.ф-м.н., доц. В.В. Салмин, к.м.н. В.В. Гарькавенко

Современная хирургия катаракты базируется на преимущественномиспользовании малотравматичных технологий малых разрезов, однако в ряде случаев они не применимы, например, при «бурой» катаракте [1,3]. Разрушение ядра хрусталика при «бурых» катарактах может сопровождаться излишней хирургической травмой из-за длительности манипуляций и большой суммарной энергией ультразвука, в результате чего вероятен риск буллезной кератопатии, и, как следствие, возникает необходимость направлять пациентов в федеральные центры для сквозной кератопластики [2]. В нашей стране в связи с социально-экономическими причинами пациенты довольно поздно обращаются за помощью, когда уже формируется «бурая» катаракты. Кроме того, вследствие развития стационар-замещающих технологий, у пациентов растут требования к хирургии катаракты. Во всех этих случаях у офтальмохирурга возникает дилемма: прибегнуть к хирургии больших разрезов или методике факоэмульсификации.

К известным методам определения состояния хрусталика относят ультразвуковые методы определения плотности хрусталика. Однако, они обладают рядом недостатков: сложны в реализации (контактны- требует анестезии и асептики); дают среднее значение коэффициента корреляции акустической плотности хрусталикаи кумулятивной энергии ультразвука (0,42-0,52).

Другой класс методов основан на точномфотометрированнии хрусталика (ретроиллюминационное фотографирование, биомикротиндалеметрия, микроденситометрия). Однако, анализ мутных объектов сложной формы – труднаяи неоднозначная задача. Точность измерений при плотных катаральных ядрах снижается из-за реабсорбции и рассеяния зондирующего излучения.

Флуоресцентная спектроскопия мутных сред свободна от указанных недостатков. В процессе биохимических реакция в ткани меняется относительное содержание основных

флуорофоров. Флуоресцентная диагностика основана на регистрации флуоресценции эндо- и экзогенных флуорофоров.

Исследование аутофлуоресценции хрусталика осуществлялось путем возбуждения ее излучением длинной волны 337 нм. Это обоснованно тем, что основные флуорофлоры НАДН и НАД(Ф)Н имеют пик поглощения на длине волны 340 нм, и участвуют во всех окислительно-востановительных процессах и реакциях восстоновительного биосинтеза.

Цель исследования- определение корреляции между значениями индекса плотности хрусталика при возрастной катаракте, полученными методом УФ-индуцированной спектрфлуориметрии, и дозы ультразвукового воздействия.

В группу исследования входили 60 пациентов с диагнозом незрелая и зрелая возрастная катаракта с остротой зрения от 0,05 до правильной светопроекции, средний возраст пациентов 76,4 лет. За день до операции проводилось спектрофлуориметрическое исследование хрусталика. После чего всем пациентам выполнялось с апреля по декабрь 2013 года одним хирургом. Факуэмульсификация выполнялась с применением микрохирургической офтальмологической системы Stellaris компании Bausch&Lomb.

Была применена стандартная техника факоэмульсификации «Разделяй и властвуй» (Divideandconquer). Для факоэмульсификации была применена ультразвуковая насадка с иглой DP 8730S. Факоэмульсификация выполнялась в двойном линейном режиме с максимальной силой ультразвука да 60% и частотой импульса 50, вакуум да 800 мм рт. Ст., высоте бутыли BSS 80см. после чего регистрировался показатель суммарного количества ультразвука, примененного к данному хрусталику.

Полученные данные спектрофлуориметрического исследования хрусталика пациентов были соотнесены с показателем суммарного количества ультразвука, примененного к данному хрусталику, соответственно (рисунок1).

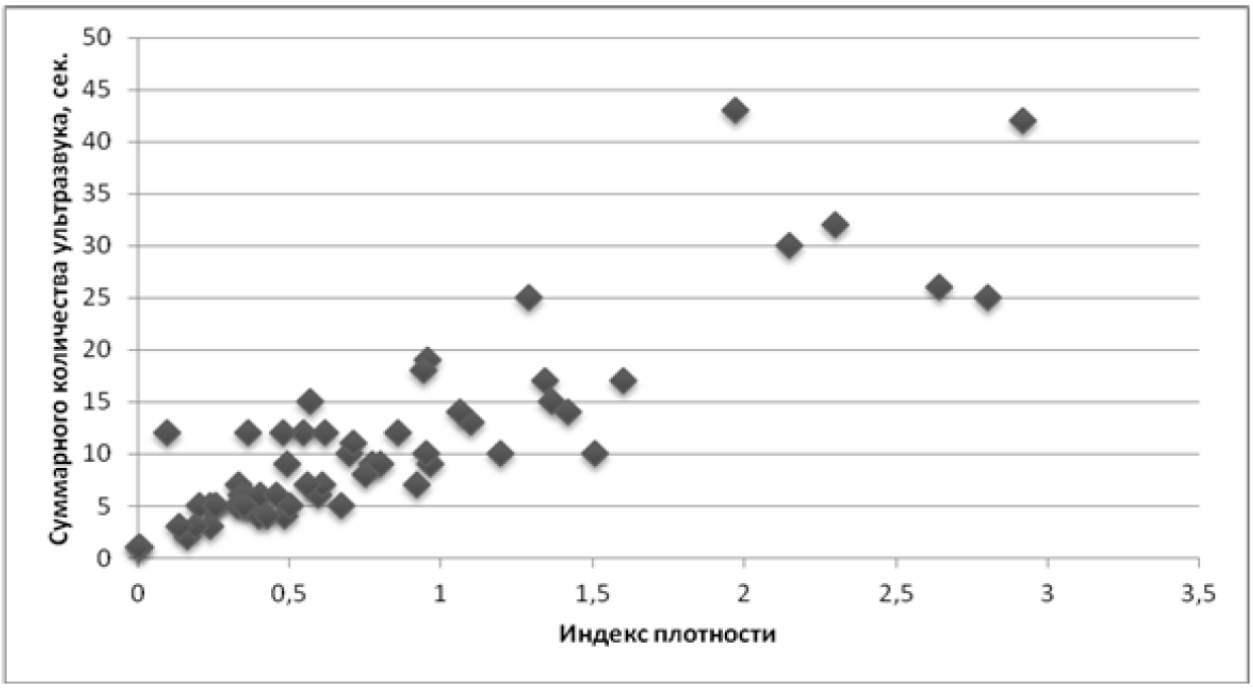


Рисунок 1 – Зависимость суммарного количества ультразвука в зависимости от индекса плотности хрусталика.

Проведя анализ полученных результатов в программе для статистической обработки StatPlus® Profesional 3.9.0, выявилась корреляция между плотностью хрусталика и суммарной дозой ультразвука (коэффициент корреляции Пирсона= 0,8691). На основании расчетного коэффициента можно сделать заключение, что между исследуемыми признаками существует сильная положительная связь.

Таким образом, методика УФ-индуцированной спектрофлуориметрии хрусталика может применяться для прогнозирования послеоперационных осложнений при проведении ультразвуковой факоэмульсификации катаракты, а также является методикой для определения выбора способа хирургии катаракты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азнабаев, Б.М. Ультразвукова хирургия катаракты-факоэмульсификация. М.: Август Борг, 2005. 136с.

2. Буратто, Л. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - FabianoEditore, 1999. – 474с.

3. Фечин, О. Б. Технология механической факофрагментации в хирургии катаракты: автореф.дис…канд.мед.наук. / О.Б. Фечин - М., 2003. – 27с.

УДК 616.61-002.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕТОДОМ ГИРУДОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.С. Климкин

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», ФГБОУ ВПО «Юго-Западный государственный университет»

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра биомедицинской инженерии

Научные руководители: д.м.н., доц. А.В. Хардиков, к.м.н., докторант С.В. Петров

Хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей выявляются у 12 – 15% женщин репродуктивного возраста [2,9]. Особенно актуально это в современном акушерстве и перинатологии, так как частота манифестации пиелонефрита при беременности достигает 33,8% и имеет тенденцию к росту (Сафронова Л.А., 2000 г., Серов В.Н. и соавт., 2008.). Наличие очага хронического инфекционного процесса в организме негативно отражается на репродуктивной функции данных пациенток: увеличивается частота осложнений беременности и родов. На фоне хронической воспалительной патологии почек во время беременности формируются выраженные изменения всех систем гомеостаза [2,3,4,8]. Работами Хардикова А.В. и Газазян М.Г. доказана необходимость прегравидарной подготовки пациенток с очагами хронической инфекции и эффективность медицинской пиявки при реабилитации пациенток с хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями репродуктивной системы [6,7]. Поэтому разработка эффективных методов прегравидарной подготовки пациенток с хроническим пиелонефритом (ХП) продолжает быть актуальной [1,5].

Цель исследования – улучшениеперинатальных исходов и снижение частоты осложнений беременности путем прегравидарной подготовки методом гирудотерапии пациенток с ХП.

Задачи исследования:

1) провести прегравидную подготовку методом гирудотерапии.

2) сравнить эффективность разработанного метода и стандартного курса.

Проведен анализ течения беременности и родов у 65 пациенток с неосложненным хроническим пиелонефритом с длительностью заболевания 8 - 14 лет и у 30 соматически здоровых женщин (контрольная группа). 38 пациенткам с ХП (1 группа) проводилась стандартная реабилитация антиоксидантами, витаминами, фитопрепаратами. 27 пациенткам (2 группа) реабилитация включала курс гирудотерапии, фитопрепараты. Группы сравнимы

по возрасту, соматическому статусу, тяжести ХП. Обследование включало: клинико-анамнестические характеристики, исследование системных показателей гемостаза в объеме гемостазиограммы, лабораторное исследование мочи (общий анализ, исследование мочи по Нечипоренко) Выраженность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА), ацетилгидроперекисей (АГП), активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови. Исследование системы иммунитета включало определение фенотипического состава лимфоцитов в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с помощью моноклональных антител (производство ТОО «Сорбент» (г. Москва) к мембранным кластерам дифференцировки CD4+, CD8+, CD16+, CD95. Концентрацию ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6 и ИЛ-8 определяли в сыворотке крови с помощью реактивов Procon (ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Исследование системы гемостаза, показателей ПОЛ и системы иммунитета проводили во время ремиссии ХП до и после курса реабилитации (за 1-6 месяцев до наступления запланированной беременности) и на 26 – 28 неделях беременности. Гистоморфологический метод использован для изучения характера и степени выраженности морфологических изменений в плаценте и пуповине. Материал получали после родов. Гистологическое исследование проводили под световым микроскопом при увеличении х40 – х90. Данные гистоморфологического исследования плацент интерпретировались согласно классификации Цинзерлинга В.А. и Мельникова В.Ф. (2010): зрелая плацента, компенсаторно-приспособительные изменения, инволютивно-дистрофические изменения, воспалительные изменения. УЗИ почек, плода, плаценты и допплерметрическое исследование кровотока в сосудах пуповины плода выполнялось на ультразвуковом аппарате «Aloka–3500» (Япония) по общепринятым методикам с использованием вагинальных и трансабдоминальных конвексных датчиков с частотой 2,5–6,0 МГц. Статистическая обработка проводилась с использованием программ «Statistica 6.0», критерия Стъюдента. Достоверными принимались различия при $p<0,05$.

Прегравидную подготовку методом гирудотерапии проводили по разработанной методике, используя на процедуру 4-6 пиявок. Количество процедур 7-10 с интервалом 3-6 суток. Области воздействия: поясничная область, проекция щитовидной железы, область печени, пояснично-крестцовой отделы позвоночника, копчик, нижние отделы живота. Курс лечения подбирался индивидуально (точки, количество пиявок на процедуру, интервал между процедурами, их количество). Курс гирудотерапии продолжался 1,0 -1,5 месяца.

Обнаружено, что до проведения курса реабилитации у 55,2% пациенток с ХП 1 группы и у 51,9% пациенток 2 группы при исследовании системы гемостаза выявлялись интегральные признаки гиперкоагуляции в виде снижения количества тромбоцитов,

укорочения активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), толерантности плазмы к гепарину (ТПГ), тромбинового времени (ТВ), снижения спонтанного фибринолиза (СФ), увеличения протромбинового индекса (ПТИ), концентрации фибриногена. У 3,0% пациенток с ХП обнаруживался фибриноген В, продукты деградации фибриногена. В контрольной группе признаки гиперкоагуляции диагностированы только у 13,3 % пациенток. У пациенток 1 группы после курса гирудотерапии отмечено статистически значимое увеличение АПТВ, ТВ, ТПГ, активация СФ и снижение концентрации фибриногена, признаки гиперкоагуляции сохранялись только у 10,5% пациенток. Проведение стандартного курса реабилитации (2 группа) не оказывало статистически значимого влияния на улучшение показателей системы гемостаза. При обследовании пациенток 1 и 2 групп до курса реабилитации концентрация ФНО-α, ИЛ 1β, ИЛ-6 и ИЛ-4 существенно не различались, составив соответственно 198,1±17,7 пкг/мл; 138,8±15,9 пкг/мл; 97,3±11,4 пкг/мл и 95,1±15,2 пкг/мл. В контрольной группе концентрация ФНО-α, составила 122,0±11,2 пкг/мл; ИЛ-1β - 97,4±9,6 пкг/мл; ИЛ-6 - 62,3±9,3 пкг/мл и ИЛ-4 - 124,8±11,6 пкг/мл. До реабилитации концентрация МДА в 1 и 2 группах составила 2,58±0,09 мкмоль/л и 2,54±0,08 мкмоль/л соответственно и была выше, чем в контрольной (2,34 ±0,08) ($p \leq 0,05$). Концентрация АГП составила 0,20±0,02 у.е. в обеих группах (в контрольной группе – 0,12±0,04) ($p \leq 0,05$). Активность каталазы составила 8,6±0.31 кат/л в 1 группе, 8,4±0,34 кат/л во 2 группе (в контрольной группе 9,5±1,01 кат/л) ($p \leq 0,05$), СОД в 1 и 2 группах составила 0,24±0,05 уе/мл и 0,26±0,03 уе/мл соответственно, что было ниже, чем в контрольной группе: 31,3±1,21 уе/мл ($p \leq 0,05$). После курса реабилитации у пациенток 1 группы сохранялась гиперпродукция ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 ($p \leq 0,05$), отмечено несущественное увеличение продукции ИЛ-4 ($p \geq 0,5$).Применение медицинской пиявки у пациенток 2 группы привело к достоверному увеличению выработки ИЛ-4 ($p \leq 0,05$) и снижению продукции провоспалительных цитокинов и ФНО-α, концентрации которых несущественно превышали аналогичные показатели в контрольной группе ($p \geq 0,5$). После курса реабилитации у пациенток 1 группы концентрация МДА и АГП незначительно снизилась, а активность каталазы и СОД также несущественно выросла ($p \geq 0,5$). После курса гирудотерапии (2 группа) концентрация МДА и АГП достоверно снизилась, а активность каталазы и СОД выросла ($p \leq 0,05$). После реабилитации и до наступления беременности в обеих группах отсутствовали обострения процесса. Во время беременности частота обострений ХП составила 31,5% в 1 группе, во 2 группе – 18,5%. При исследовании мочи лейкоцитурия выявлялась у 71,1% пациенток 1 и у 37,0% пациенток 2 группы. Бессимптомная бактериурия в количестве $10^2 - 10^4$ КОЕ/мл встречалась у 42,1% пациенток 1 группы и у 22,2% пациенток 2 группы. Течение беременности осложнилось угрозой

прерывания у 21,1% пациенток 1 группы и у 14,8% пациенток 2 группы. Преэклампсия легкой степени наблюдалась у 18,4% беременных 1 группы и у 11,1% - во 2 группе. Признаки внутриутробного инфицирования - у 28,9% беременных 1 группы и у 18,5% пациенток 2 группы. Перинатальных потерь в группах не было. Показатели системы гемостаза достоверно различались в сравниваемых группах. Интегральные признаки гиперкоагуляции выявлены у 26,3% пациенток 1 группы и у 40,7 % пациенток 2 группы. У беременных контрольной группы гиперкоагуляция выявлялась только в 16,7 % случаев. При исследовании иммунной и антиоксидантной систем при беременности установлено: концентрация ФНО-α, ИЛ-1β и ИЛ-6 в 1 группе была существенно выше ($p \leq 0,05$), а содержание регуляторного ИЛ-4 – ниже ($p \leq 0,05$), чем во 2 группе. Концентрация МДА и АГП в 1 группе была выше, а активность каталазы и СОД ниже, чем у беременных 2 группы, ($p \leq 0,05$).

У 63,3% пациенток контрольной группы была нормальная гистологическая структура плаценты; в 1 группе – в 52,7%, во 2 – в 37,1% случаев. Компенсаторно-приспособительные изменения в виде нарушения созревания ворсин, выраженной васкуляризации и увеличения числа терминальных ворсин, истончения синцитиотрофобласта, образования синцитиальных почек, синцитиокапиллярных мембран при нормальном просвете сосудов выявлены у пациенток, получивших курс гирудотерапии – в 21,0%, в группе пациенток со стандартной реабилитацией – в 22,2%, в контрольной группе - 16,7% случаев. Инволютивно-дистрофические изменения в плаценте: уменьшение межворсинчатых пространств, наличие афункциональных зон, гиалиноз, склероз и кальциноз стромы терминальных ворсин с утолщением стенок и уменьшением просвета артерий, очаги фибриноидного некроза, инфаркты, ишемии, кисты выявлены в исследуемых группах в 15,8% и 25,9% случаев соответственно; в контрольной группе – в 13,3% случаев. Воспалительные изменения в плаценте выявлены в 1 группе - в 10,5%, во 2 – в 14,8% случаев и только у 6,7% пациенток контрольной группы.

Полученные результаты свидетельствуют, что проведение реабилитации с использованием гирудотерапии способствует более выраженной и стойкой коррекции показателей гемостаза, антиоксидантной и иммунной систем, снижению частоты обострений пиелонефрита, осложнений беременности и улучшению перинатальных исходов в большей степени, чем стандартный курс.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Григорян В.А. и др. Применение растительного препарата Канефрона Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью. // Урология. – 2005. – №4. – С. 29-33.

2. Орджоникидзе Н.В. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов / под ред. Акад. РАМН Г.Т. Сухих. – М., 2009. –432 с.

3. Петров С.В., Газазян М.Г., Серегин С.П., Климкин А.С. Взаимосвязь между различными формами неосложненного пиелонефрита и особенностями интерлейкинового статуса во время беременности // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 61. – № 6. – С. 28-32.

4. Синякова, Л.А. Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению / Л.А. Синякова, И.В. Косова // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2008. –№ 1. – С. 11–13.

5. Хардиков, А.В. Газазян М.Г. Влияние иммунокорригирующей прегравидарной подготовки на течение и исходы беременности у больных с хроническими сальпингоофоритами / А.В. Хардиков, М.Г. Газазян // Проблемы репродукции. – 2010. – Т.16. – №2. – С. 92-96.

6. Хардиков, А.В.Гирудотерапия в лечении хронических сальпингоофоритов. / А.В. Хардиков, М.Г. Газазян. Курск, 2008. – 116 с.

7. Яковлев С.В., Деревянко И.И. Какие антибиотики действительно нужны для лечения урогенитальных инфекций? // Consilium medicum.– 2004– №6. – С. 40-45.

8. Greer, L.G. Ampicillin resistance and outcome differences in acute antepartum pyelonephritis / L. G. Greer et al. // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 89, N 14. – P. 26.

9. Nickel, J.K. Management of urinary tract infections: historical perspective and current strategies: part 2 – modern management. // J Urol. – 2005– Vol. 173. – C. 27-32.

УДК 617.7-001.26

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ГРУППАМ В РЕГИОНАХ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ ГЕОМАГНИТНОГО ПОЛЯ

А.С. Климкин

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. М.В. Медведева

В защите глаза от внешних повреждающих воздействий участвует большое количество гуморальных и клеточных компонентов, механизм сложного взаимодействия которых детерминирован генетически и совершенствовался природой в течение многих миллионов лет [1,2]. Именно поэтому, несмотря на усилия многих коллективов ученых, он до конца еще не познан. В патогенезе целого ряда глазных болезней аллергический или аутоиммунный компонент играют весьма значимую роль, а участие защитных факторов трудно переоценить [3]. Поэтому при анализе патогенеза и выработке тактики общего и местного лечения целесообразно оценивать степень участия защитных факторов, тип иммунологической реакции и стадию процесса [4]. Исследования последних лет в области фундаментальной, прикладной и молекулярной иммунологии, генетики, вероятно, позволят еще глубже изучить закономерности и особенности патогенеза ряда тяжелых болезней органа зрения и глазных проявлений системных заболеваний и выработать новые, более эффективные способы их лечения [5].

Офтальмопатология, в частности, воспалительные заболевания глаз, остаются серьезной социальной проблемой практической офтальмологии как причина временной нетрудоспособности (80%) и как причина слепоты (10-20%). По следующим данным можно судить о тяжелых исходах гнойной язвы роговицы: анатомическая гибель глаза - в 8%, энуклеация в связи с безуспешностью лечения - в 17% [6]. Ежегодно в мире 1,5-2 млн. человек получают монокулярную слепоту в связи с язвой и травмой роговицы. Больные с воспалительными заболеваниями занимают первое место в числе обращающихся на амбулаторный прием [7]. Среди воспалительных заболеваний глаз наибольшую группу составляют конъюнктивиты - 66,7%. Кератиты, на долю которых приходится не более 5% заболеваний глаз, наиболее опасны понижением зрения и слепотой. По данным литературы [8,9], бактериальная язва роговицы составляет 27,6% как первичная и 30,2% как вторичная инфекция роговицы.

Устойчивость основных структур глаза по отношению к травмам и возбудителям инфекционных заболеваний, а также последующая реакция поврежденных тканей во многом определяется функциональным состоянием анатомических структур, выполняющих защитную роль. В число последних входят конъюнктива и тенонова капсула, покрывающие передние отделы склеры, продуцируемая клетками конъюнктивы слизь, слезная жидкость, а также нормальная микрофлора конъюнктивальной полости [10].

В настоящее время наблюдается неуклонный рост числа онкологических, сердечно-сосудистых, респираторных, эндокринных заболеваний и, в том числе, офтальмольмопатологии. Одной из причин такого положения является снижение

коллективной резистентности населения планеты в результате глобального неблагоприятного воздействия на организм человека социальных (недостаточное и неполноценное питание), экологических (загрязнение атмосферы и окружающей среды техногенными факторами), медицинских (неоправданное применение некоторых лекарственных средств, наркотиков, алкоголя, стресс и др.) факторов. Все эти причины отрицательно влияют на иммунную систему, приводя к развитию иммунодефицитов. В патогенезе офтальмологических заболеваний одной из ключевых причин является экологический фактор в сочетании с физическими факторами окружающей среды [11]. В частности, магнитные поля аномальных характеристик значительно изменяют характер и силу ответной реакции защитных механизмов слизистой и придаточного аппарата глаза, а также организма в целом, что обосновано в целом ряде работ [12,13].

Цель исследования – анализраспределения основных нозологических форм офтальмопатологии за 2004 – 2014 годы в регионах Курской области с различным уровнем напряженности геомагнитного поля.

Задачи исследования:

1) установить в каком регионе Курской области офтальмопатологии встречаются чаще.

2) выявить количественное влияние геомагнитного поля.

Проведен ретроспективный анализ статистических талонов амбулаторных карт, с распределением основных нозологических форм офтальмопатологии за 2004 – 2014 годы в регионах Курской области с различным уровнем напряженности геомагнитного поля (жителей г. Курска – региона с фоновым уровнем напряженности геомагнитного поля (0,45 эрстед) и жителей г. Железногорска – региона Курской магнитной аномалии с повышенным уровнем напряженности геомагнитного поля (2-3 эрстеда).Статистическая обработка материала проводилась методом определения разницы двух наблюдаемых частот с вероятностью 95% [14].

Анализируя частоту встречаемости заболеваний век, необходимо отметить, что в г. Железногорске пик заболеваемости данной формой патологии наблюдался в 2005 году с последующим минимумом в 2006 году и следовавшем за этим ее увеличением. В г. Курске частота встречаемости этого заболевания постепенно снижалась от 2004 к 2012 году, при этом ее значения были достоверно ниже показателей сравниваемого региона на протяжении всего анализируемого периода. Однако наибольшая разница – превышение в 2 и более раз значений, определенных в г. Курске, отмечалась в 2005 и в 2008-2011 годах.

Максимальная частота заболеваний слизистой оболочки глаза у жителей региона Курской магнитной аномалии также регистрировалась в 2005 году. Сопоставление с

данными по г. Курску позволило установить, что в 2004, 2005, 2007 и 2009 годах показатели, определенные у жителей г. Железногорска, в 2 и более раза превысили данные г. Курска.

При сопоставлении данных заболеваемости слезных путей выявлено, что за период с 2004 по 2010 год существенной динамики изменения исследуемого показателя как в г. Железногорске, так и в г. Курске не отмечалось и превышение в г. Железногорске показателей г. Курска было незначительное, хотя разница и была достоверной. В то же время в 2008 году разница в показателях составила 2,3 раза, что обусловлено резким скачком заболеваемости в г. Железногорске.

Сравнение данных патологии сосудистого тракта в обоих городах также выявило преобладание заболеваемости в г. Железногорске с максимумом различий в 2005, 2007 и 2009 годах. И лишь в 2006 году наблюдалось более частая встречаемость болезней сосудистой оболочки в г. Курске.

Встречаемость патологии роговицы на протяжении всего анализируемого периода была выше в г. Железногорске, причем в 2004 году разница составила 2 раза, после чего отмечалось незначительное уменьшение различия показателей с 2005 по 2007 год. С 2007 года отмечался ее постепенное нарастание с превышением показателей, определенных в г. Курске, к 2009 году в 1,8 раза.

Что касается заболеваний хрусталика, то в 2004, 2005 и 2007 годах у жителей г. Железногорска зарегистрирована более высокая частота ее встречаемости, тогда как в 2006, 2008 и 2009 годах большая частота данной патологии наблюдалась в г. Курске.

Заболевания сетчатки наиболее часто встречались в г. Железногорске в 2010 и 2014 годах, а в 2005 и 2008 годах разница с г. Курском была менее выраженной. Обратное же соотношение по показателям заболеваемости зарегистрировано в 2004 и 2011 году.

Необходимо отметить, на основе выше изложенных фактов сопоставления, формы различной офтальмопатологии более часто встречались у жителей региона Курской магнитной аномалии. Наибольшая разница патологии век – превышение в 2 и более раз значений, определенных в г. Курске, отмечалась в 2005 и в 2008-2009 годах. Сопоставление с данными по г. Курску заболевания слизистой глаза позволило установить, что в 2004, 2005, 2007 и 2009 годах показатели, определенные у железногорских жителей, в 2 и более раза превысили данные г. Курска. В 2008 году разница в показателях патологии слёзных органов составила 2,3 раза, что обусловлено резким скачком заболеваемости в г. Железногорске. Преобладание заболеваний сосудистой оболочки г. Железногорске, достигли максимального различия в 2005, 2007 и 2009 годах. В 2004 разница преобладания патологии роговицы в г. Железногорске составила 2 раза, после чего отмечалось незначительное уменьшение

различия показателей патология в 2004, 2005 и 2007 годах. Пик заболеваний сетчатки, в сравнении с курскими жителями, наблюдался в г. Железногорске в 2007 и 2009 годах.

Полученные данные позволяют прийти к заключению, что исследованные формы офтальмопатологии более часто встречались у жителей региона Курской магнитной аномалии. Сопоставление условий среды обитания жителей г. Курска и г. Железногорска свидетельствует о том, что основным критерием, различающим данные регионы, является напряженность геомагнитного поля. Как установлено в работах Н.А. Агаджаняна и соавт. (1992, 2001), В.В. Бельского и соавт. (1997, 2003, 2007), А.В. Беседина, П.В. Калуцкого (2006, 2007), О.Х. Валлизер (2002), Л.Ю. Зайцевой, П.В. Калуцкого (2006) и других исследователей, магнитные поля аномальных характеристик значительно изменяют характер и силу ответной реакции организма на другие воздействия, обладают биотропным эффектом, влияя как на здоровый организм, так и на патологически измененный. Поэтому, установленные различия могут быть обусловлены воздействием аномального геомагнитного поля, превышающего фоновые значения в 4-5 раз. В связи с этим представляет как научный, так и практический интерес изучение особенностей механизмов развития различных форм офтальмопатологии в этих условиях, а также разработка методов их коррекции, позволяющих скомпенсировать влияние данного гелиогеофизического фактора среды обитания на организм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян, Н.А. Среда обитания и реактивность организма / Н.А. Агаджанян, И.И. Макарова. – Тверь, 2001. – 176 с.
2. Бельский, В.В. Особенности экологической обстановки региона Курской магнитной аномалии и их связь с повышенной заболеваемостью населения: актовая речь на заседании Ученого совета Курского гос. мед. ун-та 9 февраля 2007 г. / В.В. Бельский. – Курск: Изд-во КГМУ, 2007. – 22 с.
3. Бельский, В.В. Особенности экологической обстановки в регионе Курской магнитной аномалии. / В.В. Бельский, П.В. Калуцкий, В.В. Киселева // Сб. материалов III Междунар. науч.конф. «Экология и безопасность жизнедеятельности». - Пенза, 2003. – С. 19-21.
4. Биофизические и медико-биологические аспекты магнитобиологии / В.В. Бельский, М.П. Попов, П.В. Калуцкий, В.В. Киселева. – Курск, 1997. – 146 с.
5. Беседин, А.В. Лабораторные показатели врождённого иммунитета крыс, как маркеры воздействия электромагнитного поля и геомагнитного поля аномальных значений./ А.В. Беседин, П.В. Калуцкий // Материалы 2 Всерос. науч.-практ. конф. молодых ученых и специалистов «Окружающая среда и здоровье». – Рязань, 2007. – С.9-11.

6. Валлизер, О.Х. Антропогенные катастрофы: неизбежные следствия эволюции и культурного развития человечества? / О.Х. Валлизер // Вестн. РАН. – 2002. – Т.72 , №10. – С. 919-921.

7. Бельский В.В., Попов М.П., Калуцкий П.В., Киселева В.В. Биофизические и медико-биологические аспекты магнитобиологии. Курск; 1997 - 147 с.

8. Калуцкий, П.В. Влияние естественного магнитного и слабого электромагнитного полей на биологические свойства шигелл и сальмонелл: автореф. дис… д-ра мед. наук. / П.В. Калуцкий – Курск, 1997. - 245 с.

9. Бобраков, С.Н. Электромагнитная составляющая современной урбанизированной среды / С.Н. Бобраков, А.Г.Карташев// Радиац. биология и радиоэкология. - 2001. – Т. 41, №6. - С. 706-711.

10. Влияние электромагнитных полей естественного и антропогенного происхождения на частоту появления различныхпатологийв Санкт-Петербурге / М.И.Тясто, Н.Г. Птицына, Ю.А. Копытенко и др. // Биофизика. – 1995. Т.40, вып.4. – С.839-847.

11. Зубкова, С.М. Адаптивные изменения в организме при действии электромагнитных излучений / С.М. Зубкова // Биофизика. – 1996. - Т.41, Вып.4. – С.906-912.

12. Павлюченко, К. П. Биологические особенности и заболевания хрусталика/ К. П. Павлюченко // Офтальмол. журн. – 2003. - № 3. - С. 162.

13. Прессман, А.С. Электромагнитные поля и живая природа / А.С. Прессман. – М.: Наука, 1968. - 288с.

14. Венчиков, А.И. Основные приёмы статистической обработки результатов наблюдений в области физиологии/ А.И. Венчиков, В.А. Венчиков. – М.:Медицина, 1974.- 152 с.

УДК 616.361-089.819:616.36-008.5

ПЕРКУТАННЫЕ РЕНТГЕНОКОНТРОЛИРУЕМЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

О.В. Коваленко, Р.И. Сеидова

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. М.Ю. Лубенского

Научные руководители: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий, асп. А.В. Ковалёв

Патология гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённая механической желтухой, среди всех хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте уступает лишь острому аппендициту и в последние годы не имеет тенденции к снижению [1, 3]. Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны встречаются с частотой 9-10 на 100000 населения, составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта. В 75-95% случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи [2]. Явными ограничивающими факторами ургентного оперативного лечения механической желтухи является также тяжесть общего состояния пациентов, выраженность степени печёночной недостаточности, сопутствующие терапевтические заболевания, наличие и выраженность спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных хирургических операций [4, 5]. В подобных ситуациях на первый план лечебных мероприятий выходят паллиативные вмешательства, направленные на декомпрессию желчного дерева и ликвидацию симптомов механической желтухи, что делает особенно актуальным вопрос о выборе наиболее эффективного и обоснованного метода дренирования желчных протоков [6].

Цель исследования - усовершенствование тактико-технических аспектов применения чрескожных чреспечёночных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой в условиях оказания неотложной помощи.

Задачи исследования: 1) Разработать дренаж для перкутанного эндобилиарного дренирования желчевыводящих путей. 2) Изучить эффективность лечения больных с механической желтухой при сочетанном использовании чрескожно-чреспечёночного дренирования и оригинального билиарного дренажа. 3) Изучить непосредственные и отдалённые результаты, качество жизни после хирургического лечения больных с механической желтухой.

Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 187 больных с патологией гепато-панкреато-дуоденальной зоны, осложнённой механической желтухой, за период 2008-2014 гг. Исследование проведено в хирургическом отделении №1 Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича.

Для реализации целей исследования 95 больных с дистальным блоком общего желчного протока были разделены на три исследуемые группы (ИГ):

ИГ-1: 31 больной, которым были выполнены билиодигестивные анастомозы (БДА).

ИГ-2: 32 больных, которым выполнено чрескожно-чреспечёночное дренирование стандартным дренажом.

ИГ-3: 32 больных, которым выполнено чрескожно-чреспечёночное дренирование модифицированным дренажом.

92 больных с проксимальным блоком общего желчного протока также были разделены на три группы:

ИГ-4: 32 больных, которым было выполнено транспечёночное дренирование.

ИГ-5: 30 больных, которым выполнено билатеральное чрескожно-чреспечёночное дренирование.

ИГ-6: 30 больных, которым выполнено чрескожно-чреспечёночное дренирование модифицированным доступом.

Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, степени выраженности желтухи, функциональному состоянию печени и характеру сопутствующей патологии.

Билиодигестивный анастомоз по Зассе-Краковскому, дренирование по Байли-Смирнову и чрескожно-чреспечёночное дренирование проводили по стандартным методикам при дистальных блоках общего печёночного протока.

Чрескожно-чреспечёночное дренирование модифицированным дренажём (патент РФ на полезную модель № 132331) проводили по следующей методике: для выполнения чреспечёночных эндобилиарных вмешательств использовали правосторонний латеральный или эпигастральный доступы в зависимости от необходимости декомпрессии желчных протоков правой или левой долей печени.

На рисунке 1 изображено предложенное устройство для чрескожного чреспечёночного дренирования желчевыводящих путей, где: 1 – двухпросветный рентгеноконтрастный резиновый дренаж, 2 – отверстия для отведения желчи, 3 – фиксатор-баллон, 4 – порт для отведения желчи, 5 – порт для раздувания баллона-фиксатора.

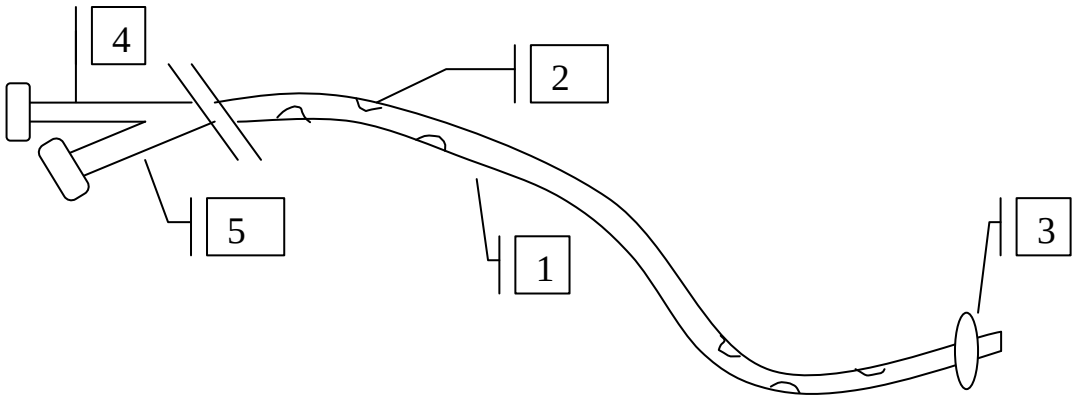


Рисунок 1 – Модифицированный дренаж.

Транспечёночное и билатеральное дренирование проводили по стандартной методике при проксимальных блоках общего печёночного протока. Модифицированный метод одним дренажём проводили по следующей методике: для выполнения чреспечёночных эндобилиарных вмешательств, при поражении ворот печени, использовали правосторонний

латеральный доступ. Начинали доступ с пункции печени из точки, располагающейся по правой передней или средней подмышечной линии в VIII или IX межреберье.

Для оценки качества жизни использовался опросник MOS SF-36 – универсальный стандартизированный опросник, применяемый в популяционных и специальных исследованиях. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому качеству жизни. Больные заполняли анкеты до и после операции.

Полученные результаты на пациентах с дистальным блоком общего желчного протока: изначальные средние значения показателей общего билирубина, АлАТ, АсАТ, ЩФ, γГТ в сыворотке крови были однотипными у больных всех сравниваемых групп. На 7 сутки после хирургического лечения у всех больных уровень билирубина продолжал снижаться, однако средние значения уровня общего билирубина у больных ИГ-3 (45,5 мкмоль/л) был значимо ниже, чем у больных ИГ-1 (57,4 мкмоль/л) и ИГ-2 (76,3 мкмоль/л). После декомпрессии желчных путей у больных, прооперированных по авторской методике (ИГ-3) активность трансаминаз значительно снизилась и показатели АлАТ и АсАТ практически не отличались от средне-физиологической нормы, в то время как у больных ИГ-1 и ИГ-2 на фоне снижения активности трансаминаз их нормализации не произошло. Активность ЩФ продолжала снижаться во всех группах, при этом, у больных ИГ-3 на 7 сутки после хирургического лечения среднее значение ЩФ было ниже, чем у больных ИГ-2, но не имело значимых отличий от больных, которым выполняли билиодигестивные анастомозы (ИГ-1). Средние значения уровня γГТ на 7 сутки после хирургического лечения у больных ИГ-1 и ИГ-3 снизились одинаково. Однако у больных ИГ-3 среднее значение данного показателя стало ниже, чем у больных из ИГ-2. У больных ИГ-3 средняя продолжительность госпитального периода составила 10,8±0,6 койко-дней и была значимо меньше, чем у больных ИГ-1 (25,6±1,6 койко-дней) и ИГ-2 (19±1,1 койко-дней). Эффективность лечения подтверждают непосредственные и отдалённые результаты в группах сравнения. В ИГ-3 после хирургического лечения осложнения возникли в наименьшем количестве (2), по сравнению с ИГ-2 (17) и ИГ-1 (11). Летальный исход после хирургической коррекции, на фоне прогрессирования основного заболевания, наступил у 1 больного из ИГ-1 (3,2%) и 3 больных из ИГ-2 (9,4%). В ИГ-3 летальных исходов не было.

Пациенты с проксимальным блоком общего желчного протока: исходные средние показатели общего билирубина были сопоставимы у больных из всех групп. Во всех группах на 7 сутки после хирургического лечения установлено значимое, относительно исходных данных, снижение уровня общего билирубина: до 96,8 мкмоль/л в ИГ-4, 121,2 мкмоль/л в ИГ-5 и 57,6 мкмоль/л в ИГ-6. При этом значения данного показателя в ИГ-4 и ИГ-5 не имели

значимых отличий, а в ИГ-6 выявлено значимое уменьшение желтухи по сравнению с данными в ИГ-5. У больных ИГ-4 и ИГ-5 средние значения уровней АлАТ не отличались. Но у больных ИГ-6 на 7 сутки после хирургического лечения среднее значение анализируемого показателя было значимо ниже, чем у больных ИГ-4 и ИГ-5. В ИГ-4 и ИГ-5 средние показатели АсАТ, ЩФ и γГТ снизились в равной степени, а у больных ИГ-6 на 7 сутки после хирургического лечения среднее значение анализируемых показателей стало ниже, чем у больных ИГ-4 и ИГ-5. При сравнительном анализе продолжительности госпитального периода количество койко-дней было значимо меньше у больных ИГ-6 (12,3 ±0,4) по сравнению с больными из ИГ-4 (30,0±2,2) и ИГ-5 (27,1±1,8). В ИГ-6 осложнения возникали значимо реже (2), по сравнению с ИГ-4 (26) и ИГ-5 (22). Летальность составила в ИГ-4 – 28,1% (9/32), в ИГ-5 – 6,7% (2/30), в ИГ-6 – 0.

По результатам анкетирования с использованием опросника MOS SF-36 установлено, что параметры качества жизни больных до хирургического лечения значительно ниже, чем после операции. При этом в ИГ-3 и ИГ-6 отмечено значимо большее (относительно ИГ-1, ИГ-2 и ИГ-4, ИГ-5, соответственно), повышение параметров качества жизни практически по всем шкалам, что свидетельствует о субъективно положительной оценке больными динамики своего самочувствия. Таким образом, предложенные усовершенствования улучшают качество жизни и могут применяться для ликвидации механической желтухи.

Выводы:

1. Использование разработанного дренажа для перкутанного эндобилиарного дренирования желчевыводящих путей при дистальном блоке холедоха способствует более раннему купированию желтухи и показателей, отражающих цитолиз печёночной клетки, уменьшению количества осложнений, уменьшению продолжительности госпитального периода и летальности.

2. Применение модифицированного доступа при чрескожно-чреспечёночном дренировании желчевыводящих путей при проксимальном блоке холедоха позволяет значимо улучшить результаты и уменьшить стоимость лечения.

3. Усовершенствование тактико-технических аспектов применения чрескожных чреспечёночных эндобилиарных вмешательств улучшает непосредственные и отдалённые результаты и качество жизни после хирургического лечения больных механической желтухой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахтин, В.А. Хирургическая тактика лечения больных со злокачественными опухолями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой / В.А.

Бахтин, В.А. Янченко, С.М. Аракелян // Вестн. Ивановской мед. акад. – 2007. – Т. 12, № 3–4. – С. 77–78.

2. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2010 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2012. – Т. 1. – С. 13.

3. Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны / Б.И. Долгушин, В.Ю. Косырев, Г.Т. Синюкова и др. // Практ. онкология. – 2004. – Т. 5, № 2 (18). – С. 77–84.

4. Патютко, Ю.И. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны : рук. для врачей / Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников. – М.: Медицина, 2007. – 446 с.

5. Cholangiocarcinoma / S.A. Khan, H.C. Thomas, B.R. Davidson et al. // Lancet. – 2005. – Vol. 366, № 9493. – P. 1303–1314.

6. Results of surgical treatment in ampullary and pancreatic carcinoma and its prognostic parameters after R0-resection/ K. Ridwelski, F. Meyer, U. Schmidt et al. // Zentralbl. Chir. – 2005. – Vol. 130, № 4. – P. 353–361.

УДК 616.61-002.2-06:616.12-008.331

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

М.В. Козачук

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Б. Осетрова

Концепция хронической болезни почек (ХБП) была сформулирована экспертами Национального почечного фонда США в 2002 г. и к настоящему времени получила признание мирового медицинского сообщества. В 2007 г. ХБП была введена в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, а термин «хроническая почечная недостаточность» был из нее изъят как устаревший [1, 8].

В многочисленных крупномасштабных международных исследованиях была подтверждена высокая распространенность ХБП, сопоставимая с распространенностью ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД). Результаты изучения прогноза ХБП (ChronicKidneyDiseasePrognosisConsortium) продемонстрировали достоверную и

самостоятельную связь расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) и альбуминурии с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек (ОПП) [2, 3, 6]. Распространенность ХБП продолжает увеличиваться во всем мире. Основными, но не единственными причинами ХБП является артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД)[5,7]..

Цель исследования - оценить частоту и структуру хронической болезни почек (ХБП) у лиц с артериальной гипертонией в возрасте 50 лет и старше.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность ХБП у пациентов 50 лет и старше в зависимости от наличия СД, ГБ и при отсутствии данной патологии;
2. Определить структуру (стадии ХБП) в зависимости от уровня СКФ и признаков повреждения почки у пациентов выделенных групп.
3. Оценить распространенность и структуру ХБП у больных с ГБ, с ГБ и СД в зависимости от возраста пациентов (до 65 и старше 65 лет).

Проведено обследование 239 пациентов в возрасте 50 лет и старше, (186 женщина и 53 мужчин, средний возраст - 63,8±9,8 лет). Всем обследуемым проводилось анкетирование с целью выявления факторов риска, наличия сахарного диабета (СД), гипертонической болезни (ГБ), неблагоприятного сердечно-сосудистого анамнеза (ИБС, наследственность), проводилось Эхо-КГ, осмотр глазного дна. ХБП диагностировали при наличии повреждения почек, определенного как структурные или функциональные нарушения (по данным лабораторно-инструментальных методов исследования) с наличием или без снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) или снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м^2 в течение 3 месяцев и (K/DOQI, 2002) с разделением третьей стадии на 3а и 3б (K/DOQI, 2012; таблицы 1, 2).

Таблица 1 - Диагностические критерии ХБП* [4,5].

Маркеры почечного повреждения (один или больше)	Альбуминурия [скорость экскреции альбумина с мочой ≥30 мг/24 час, отношение Ал/Кр мочи ≥30мг/г (≥3 мг/ммоль)] Изменения мочевого осадка Канальцевая дисфункция Гистологические изменения Структурные изменения при визуализирующих методах исследования Трансплантация почки в анамнезе
Снижение СКФ	СКФ <60 мл/мин/1,73 м^2 (категории СКФ 3а-5)

Примечание: *если они сохраняются более 3 месяцев; СКФ – скорость клубочковой фильтрации, Ал/Кр – отношение альбумин/креатинин

Таблица 2 - Классификация ХБП по уровню СКФ [4,5].

Стадия	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 $м^2$)	Описание
С1	>90	Высокая или оптимальная*
С2	60-89	Незначительно сниженная*
С3а	45-59	Умеренно сниженная
С3б	30-44	Существенно сниженная
С4	15-29	Резко сниженная
С5	<15	Терминальная почечная недостаточность (Д/Т)**

Примечание: * - в отсутствии признаков повреждения почек категории СКФ С1 или С2 не удовлетворяют критериям ХБП; ** - если пациент получает заместительную почечную терапию следует указывать ее вид – диализ (Д) и трансплантация (Т).

В качестве маркеров почечного повреждения использовались лабораторные результаты (альбуминурия [скорость экскреции альбумина с мочой ≥30 мг/24 час, отношение Ал/Кр мочи ≥30мг/г (≥3 мг/ммоль)], изменения мочевого осадка) и данные визуализирующих методов обследования (УЗИ брюшной полости и почек на аппарате Logiq400MD) с оценкой размеров, контуров, формы, структуры почек и мочевыводящих путей.

Всем проводилось исследование уровня глюкозы крови натощак, HbA1C, сывороточного креатинина, цистатина С, С-реактивного белка (СРБ), в моче молекулы почечного повреждения КИМ-1 (у 120 человек). С помощью формулы CKD-EPI рассчитывали СКФ и определяли стадию ХБП (таблица 3).

Таблица 3 - Формула CKD-EPI, 2009 г, модификация 2011 г.

Раса	Пол	Креатинин сыворотки, мг/100 мл	Формула
Белые и остальные	Женский	≤0,7	$144*(0,993)^{Возраст}*Кр/0,7)^{-0,328}$
Белые и остальные	Женский	>0,7	$144*(0,993)^{Возраст}*Кр/0,7)^{-1,21}$

Белые и остальные	Мужской	≤0,9	$141*(0,993)^{Возраст}*Кр/0,9)^{-0,412}$
Белые и остальные	Мужской	>0,9	$141*(0,993)^{Возраст}*Кр/0,9)^{-1,21}$

Примечание: не приведены формулы для азиатской, негроидной расы, испаноамериканцев и индейцев.

На этапе анкетирования 97 больных имели диагноз СД 2 типа, 75 - гипертоническую болезнь. У пациентов без диагноза СД использовали опросник FINDRISC.

В результате проведенного обследования дополнительно у 35 человек с АГ выявлен СД 2 типа, что позволило окончательно выделить 3 группы. 1-я группа 132 больных с СД и ГБ (104 женщины и 28 мужчин, средний возраст 62[58;68,5] год, средний уровень HbA1c – 7,2[6,4; 8,9]%, глюкоза крови натощак 7,9[6,5; 10,5] ммоль/л), 2-я группа –75 больных с ГБ, преимущественно 2-й стадии (66 женщин и 9 мужчин, средний возраст 62 [58;68] лет) и контрольная группа из лиц старше 50 лет без ГБ и СД – 26 человек (12 женщин и 14мужчин, средний возраст 58[51;70]лет).

Статистический анализ проведен с помощью программы IBMSPSSStatistics 22. Данные приведены в виде M ± m, где M - среднее значение, m - стандартная ошибка среднего значения. Оценка достоверности различий между группами проведена с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, различия в одной группе в разных точках - по критерию Вилкоксона. Частоту встречаемости признака оценивали по методу χ^2 . При $p < 0,05$ различия считали статистически достоверными.

Были получены следующие результаты: медиана цистатина С в 1-ой группе с СД и АГ 0,85 [0.70;1,05] мг/л, креатинина крови 81 [73;91] мкмоль/л, соотношение альбумин/креатининав моче 1,52 [0,53; 4,96] мг/моль, КИМ-1 2,05 [0,66; 3,47] нг/мл; СКФ по формуле CKD-EPI 72,0[61,5; 81,5] мл/минуту, соответственно в данной группе все 100 % пациентов имели ХБП, преимущественно 2 стадии (20,5% – 1 стадии, 58,3%-2 стадии, 4,5% - 3а стадии, 1,5% - 3Б стадии, 1.5 %- 4 стадии). Медиана во 2-ой группе пациентов с ГБ без СД: цистатин С 0,98 [0.86; 1,1] мг/л, креатинина крови 87 [75;97] мкмоль/л, альбумин/креатинина 1,21[0,57; 4,5] мг/моль, КИМ-1 1,37 [0,19; 2,38] нг/мл; СКФ по формуле CKD-EPI 62,5 [55; 75]мл/минуту, соответственно, в данной группе также все 100 % пациентов имели ХБП, преимущественно 2 стадии (24,0% – 1 стадии, 38,7%-2 стадии, 25,3% - 3а стадии, 10,7% - 3б стадии, 1.3 %- 4 стадии). У пациентов контрольной группы, без ГБ и СД медиана цистатина С 0,79 [0.68; 0,82] мг/л, креатинина крови 86 [77;87] мкмоль/л, альбумин/креатинина0,36 [0,32; 0,48] мг/моль, КИМ-1 1,58 [1,03; 3,7] нг/мл; СКФ по формуле CKD-EPI 97,3 [93,66; 105,7]

мл/минуту. В данной группе 55 % пациентов имели ХБП, преимущественно 1 стадии, у 10 пациентов установлена 2 стадия, у 6-ти – 3а стадия ХБП. При сравнении данных показателей статистически значимые различия выявлены только между контрольной и основными 1-ой и 2-ой группами по уровню СКФ, стадиям ХБП (p=0,043). При сравнении пациентов основных групп в зависимости от возраста (до 65 и старше 65 лет)выявлены достоверные различия показателей СКФ, стадии ХБП, которые коррелировали с возрастом пациентов. Как в 1-ой так и во 2-ой группах у пациентов старше 65 лет отмечалось увеличение числа больных с ХБП, снижение СКФ. Так у больных 1-ой группы с СД и АГ старше 65 лет возросло количество пациентов со 2 стадией ХБП (с 51% у больных младше 65 лет до 62,7%), СКФ достоверно снизилась соответственно 75 до 64 мл/мин. В 2-ой группе больных с ГБ где независимо от возраста определялось большое количество пациентов с 3а и 3б стадиями ХБП, после 65 лет возросло число пациентов с 3а стадией ХБП (с 13.3 до 43,3%)$p<0,005$. СКФ у пациентов с ГБ старше 65 лет снизилась с 71 до 55 мл/мин $p<0,01$.

Таким образом, данное исследование больных в возрасте 50 лет и старше, позволяет судить о достаточно высокой распространенности ХБП у пациентов данной возрастной категории, которая достигает 100% при наличии у них таких заболеваний, как СД и ГБ. Причем количество больных с ХБП возрастает после 65 лет преимущественно за счет пациентов со 2 и 3а стадиями, особенно при наличии ГБ. Даже при отсутствии СД и ГБ, у 55% людей в этом возрасте выявляется ХБП, причем у 20% - 3а стадии, когда СКФ снижается ниже 60 мл/минуту, что не только свидетельствует о склерозировании 50% клубочков, но и определяет развитие высокого кардиоваскулярного риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. / А.В. Смирнов, Е.М. Шилов, В.А. Добронравов и др. //Нефрология. - 2012. - Т.16, №1. - С.89-115.
2. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. Рекомендации ВНОК и НОНР. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2008. – Т. 7(6), Приложение 3.
3. Bart B.A., Goldsmith S.R., Lee K.L. et al. Ultrafiltration in decompensated heart failure with cardiorenal syndrome. // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 367(24). – P. 296-2304.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. // KidneyInt (Suppl.) – 2013. – Vol. 3. – P. 1-150.

5. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 update. // Am. J. KidneyDis.– 2012. – Vol. 60(5) . – P. 850-886.

6. Matsushita K., van der Velde M., Astor B.C. et al. Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. // Lancet. – 2010. – Vol. 75(9731). – P. 2073-2081.

7. Parving H.H., Brenner B.M., McMurray J.J.V. et al. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 367. – P. 2204-2213.

8. WHO-FIC Network at the annual meeting in Trieste, October 2007. http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10%20Updates%202007.pdf

УДК: 159.97:379.82Б

ВЫЯВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ТВОРЧЕСКИМИ СПОСОБНОСТЯМИ И ПСИХОПАТОЛОГИЕЙ

П.С. Козловский

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

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

В современном обществе стала популярна мысль о том, что человеческий гений и безумие это сродные и практически неделимые явления. «Гениальность идет под руку с езумием» -распространённый афоризм, который считается правилом. Представляя великого ученого, в большинстве своем перед нами появляется образ эдакого «безумного ученого» - чрезвычайноталантливого, но в то же время своеобразного. И силами медиа-средств информации и культуры этот образ укореняется. Харизматичныйэксцентричный персонаж выглядит интереснее, чем ученый, усердно работающий за бумагами. В результате происходит подмена понятий таланта и патологии, безумия и гения.

Считая психопатию неотъемлемой частью таланта, люди культивируют её вместо того, чтобы с ней бороться. А психиатрические клиники становятся “конвейером уравнивания”, механизмом, который не лечит, а «отбирает» индивидуальность. Таким образом, творческие, или как их называют, «личности с тонкой душевной организацией», не обращаются за адекватной помощью, остаются один на один со своей болезнью, которую считают даром.

Важно объяснить и отметить то, что талант не исчезнет вместе с заболеванием, хоть и кажется, что они идут «рука в руку».

Целью данного исследования является анализ поведенческих особенностей творческих, выдающихся, изобретательных личностей, для выявления психопатологических явлений, оценка сходства и различий творческих процессов с приступами изменения сознания, на основе литературных данны (исторических фактов и статистических исследований).

Первый существенный труд на эту тему был написан ЧезареЛомброзо в 1882г. В своей книге “Гениальность и помешательство” он анализирует приступы вдохновения творческих людей, их состояние, как физиологическое, так и ментальное. Конечно, прошло более ста лет с выхода книги и некоторые медицинские факты, приведённые в ней, современной медициной не принимаются. Однако, основные общие черты были описаны довольно точно.

Сравнив время появления значимых открытий или великих произведений с периодами обострения душевнобольных, Чезаре обнаружил, что они возникают в одни и те же временные промежутки. Так, например, на зимнее время приходится минимум достижений. Автор приводит цитаты творцов, в которых они утверждают, что зима для них – время застоя. Тогда как осенью и весной, в моменты обострения психических заболеваний, приходится пик творческой активности.

Ломброзо описал и приступы вдохновения – моменты, в которые гений творит, даже не отвлекаясь на еду, несколько дней подряд. Многие даже не помнят всего того, что они делали в эти вспышки творческой активности. После такого труда приходит время застоя и полного физического и психического изнеможения, что сравнимо с маниакальными приступами у психически больных людей.

Эта тема популярна среди исследователей по сей день. Ряд ученых провели статистические исследования, в ходе которых выяснилось, что процент людей страдающих ментальными заболеваниями, среди творческих личностей намного выше, чем в общей популяции (рисунок 1).

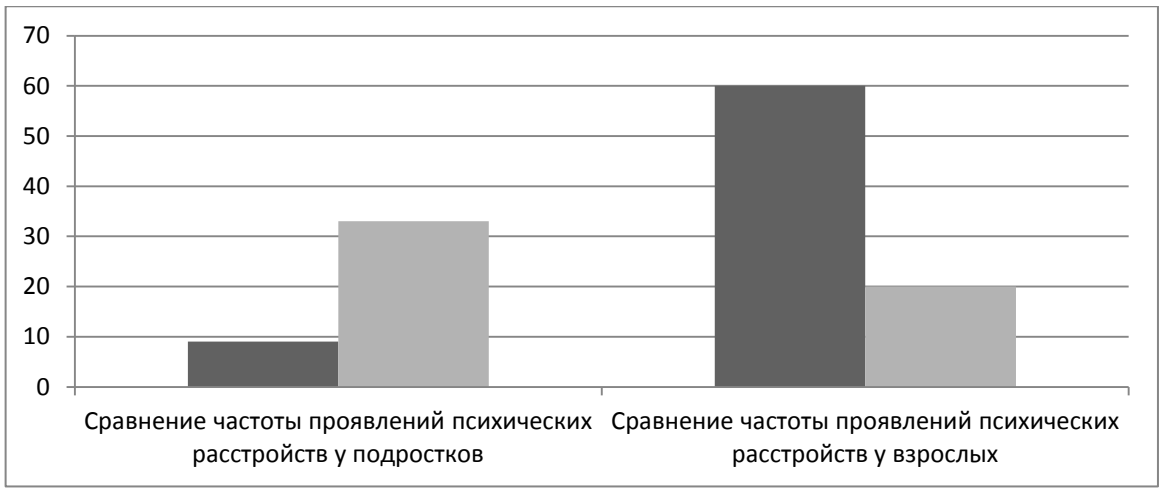


Рисунок 1- Сравнение частоты проявления психических недугов среди популяции и творческих профессий (ThePriceofGreatness.ArnoldM. Ludwig.TheGuilfordPress, 1995).

Среди наиболее распространённых расстройств отмечаются депрессия, алкоголизм, суицидальное поведение.Кроме того, было выявлено, что именно художественно одаренные люди больше подвержены психопатии, чем ученые (рисунок 2).

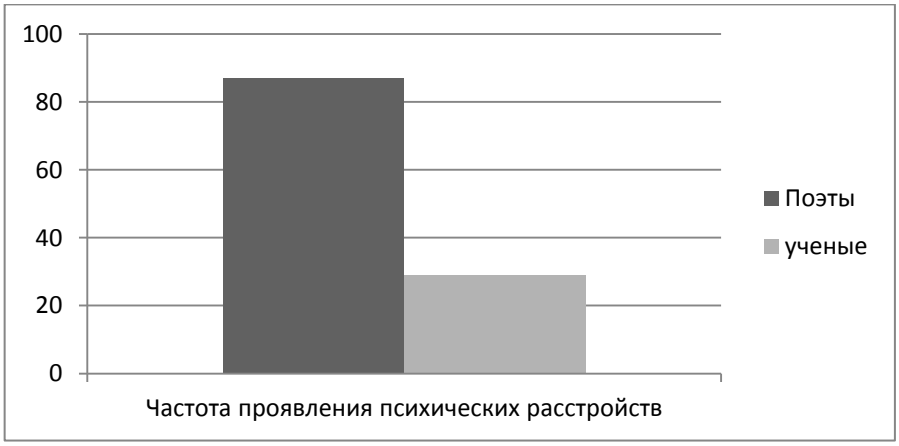


Рисунок 2 - Сравнение частоты проявления психических недугов среди научных и творческих профессий.

Исследователи использовали опросники MinnesotaMultiphasicPersonalityInventory (MMPI) и EysenckPersonalityQuestionnaire (EPQ) для оценки выраженности патологии. Выявили, что чем более продуктивная творческая личность, тем сильнее у нее проявление психопатологии. Означают ли эти результаты, что творчество и психопатология связаны? Что гений и безумие – этоодно и то же? Ответ на первый вопрос положительный. Но следует учесть, что речь идет не о серьезных психических заболеваниях, а лишь об умеренных проявлениях пограничных состояний – «тревожных звоночков». Это приводит к ответу на

второй вопрос –«нет». Серьезная патология встречается не так часто, даже среди признанных гениев.

После проведения терапии и устранения психопатических проявлений уровень творческой активности не падает, даже наоборот – адекватноелечение выводит из депрессивной фазы. Психиатрическая помощь здесь выступает именно в качестве помощи, а не средства исправления инакомыслящих, что приводит к улучшению их уровня жизни. И, если это очевидно для нас, то до творческих людей эти сведения нужно правильно «донести».Не стоит списывать странности поведения на творческий склад мышления. Более того, к таким людям стоит относиться с еще большей настороженностью, не упуская начальные этапы развития заболевания.

Творческих людей можно выделить как группу риска, их личностные особенности предрасполагают к развитию патологии. Их стиль жизни, который включает острую живую реакцию на критику, высокие требования к себе, сама среда общения, располагающая к употреблению алкоголя и психоактивных веществ, только усугубляет ситуацию. История предоставляет массу примеров, когда одаренные неординарные личности слишком рано уходили из жизни из-за проблем с наркотиками или по собственной воле. При оказании соответствующей помощи этим людям, мы могли бы увидеть множество гениальных произведений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ЧезареЛомброзо. Гениальность и Помешательство.

2. Eysenck, H.J. Creativity and personality: Word association, origence, and Psychoticism. / H.J. Eysenck //Creativity Research Journal – 1994. – Vol. 7. – P. 209-216.

3. Eysenck, H.J. Genius: The natural history of creativity. /H. J. Eysenck //Cambridge, England: Cambridge University Press. - 1995.

4. Ludwig, A.M. Creative achievement and psychopathology: Comparison among professions. / A.M.Ludwig//American Journal of Psychotherapy. - 1992. – Vol. 46. – P. 330-356.

5. Ludwig, A.M. The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy. / Ludwig, A. M. //New York, NY: Guilford Press. 1995.

6. Ludwig, A.M. Method and madness in the arts and sciences. / Ludwig, A.M. //Creativity Research Journal. – 1998. - Vol. 11. - P. 93-101.

7. Peterson, J.B. Latent inhibition and openness to experience in a high-achieving student population./ J.B. Peterson, S. Carson //Personality and Individual Differences. – 2000. – Vol. 28. – P. 323-332.

8. Simonton, D.K. Creativity in science: Chance, logic, genius, and zeitgeist. / D.K. Simonton // Cambridge, England: Cambridge University Press, 2004.

УДК 159.9.07

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

М.С.Кокоурова, С.М. Колкова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к.псх.н., доц. каф. клинической психологии и психотерапии с курсом ПО С.М.Колкова

Профессиональная деятельность медицинских работников всегда связана с постоянным общением с людьми, имеет высокий уровень сложности и высокую степень ответственности. Медицинский работник в день сталкивается с множеством проблемных ситуаций, большинство из которых так или иначе связаны с другими людьми и требуют быстрого решения. Известно, что нагрузка на медицинский персонал в учреждениях здравоохранений в России очень велика, и зачастую врачи работают в очень напряженном графике, не позволяющем найти время для полноценного отдыха и восстановления после рабочих стрессов. Все эти факторы приводят к возникновению синдрома эмоционального выгорания, описанного Е.Г. Таткиной. Она определяет синдром эмоционального выгорания следующим образом: «синдром выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Он рассматривается как результат неудачно разрешенного стресса на рабочем месте» [5].

В.В.Бойко дает следующее определение эмоционального выгорания:«Эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, и указывает, что это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения» [1].

М.М.Скугаревская относит к группе риска по эмоциональному выгоранию работников «помогающих» профессий:«К профессиональным факторам риска относят «помогающие»,

альтруистические профессии, где сама работа обязывает оказывать помощь людям (врачи, медицинские сестры, социальные работники, психологи, учителя и даже священнослужители). Также предрасполагает к СЭВ и работа с «тяжелыми» клиентами. В медицине это геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями. В последнее время концепция СЭВ расширилась на специальности, где контакт с людьми вообще не характерен (например, программисты). При этом личностная отстраненность воспринимается как негативное отношение к своей работе в целом. Люди, занимающие руководящие, более высокие должности более склонны к развитию СЭВ ввиду повышенной ответственности. Среди работающих в стационаре психиатров выше показатели СЭВ, чем среди работающих в диспансерах.Не менее важны личностные характеристики как предпосылки развития СЭВ. У женщин выше показатели истощения, у мужчин – негативного отношения к клиентам (пациентам). Женщины более склонны к реагированию на стрессогенные ситуации через психосоматические нарушения, мужчины – через развитие зависимостей от психоактивных веществ. Защитную роль играет хороший психологический климат в семье» [4].

Е.Ю.Райкова пишет: «Основные проявления «выгорания» сводятся к ощущению усталости, отсутствию сил, наблюдается сниженный энергетический тонус, падает работоспособность и появляются различные симптомы физических недомоганий, склонность к злоупотреблению успокаивающими или возбуждающими средствами и т.д. Описанные проявления профессионального выгорания представляют собой хорошо диагностируемые симптомы, поэтому сам феномен психического выгорания зачастую рассматривается как синдром. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) синдром выгорания отнесен к рубрике «73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Его все чаще связывают его с состоянием предболезни. Синдром «выгорания» берет свое начало в хроническом повседневном напряжении, эмоциональном переутомлении, переживаемом человеком. Эмоционально-мотивационное утомление, при котором появляются субъективные переживания усталости, мотивационная и эмоциональная неустойчивость, может привести к хроническому переутомлению» [3].

Таким образом, можно прийти к выводу, что эмоциональное выгорание – очень серьезная и актуальная проблема, с которой регулярно сталкивается множество медицинских работников в нашей стране. Одной из немаловажных задач клинического психолога является предупреждение и терапия эмоционального выгорания сотрудников медицинских организаций, а также – студентов медицинских ВУЗов[2].

Еще во время учебы студент медицинского ВУЗа сталкивается с большим количеством стрессовых факторов – например, высокая учебная нагрузка, высокий уровень требований к

качеству знаний, недостаточное количество времени для отдыха. В таком ритме студент живет все шесть лет обучения в университете. На основании этого можно предположить, что даже у будущих медицинских работников может случиться эмоциональное выгорание. И задачей психологов в данном случае является не только терапия эмоционального выгорание, но и обучение будущего медика способам и приемам предотвращения этого состояния в дальнейшем.

Следует отметить, что профилактика и своевременная терапия эмоционального выгорания у студентов медицинских ВУЗов способствуют нормализации их физического, психологического, эмоционального и когнитивного статусов, что влечет за собой улучшение качества получаемых знаний, повышение продуктивности работы, повышение субъективного ощущения комфорта и удовлетворенности жизнью. Это положительно сказывается на качестве обучения и квалификации выпускаемых специалистов.

Цель исследования - изучение развития синдрома эмоционального выгорания у студентов 4-го курса факультета клинической психологии КрасГМУ.

Задачи исследования: изучить развитие синдрома эмоционального выгорания у студентов 4-го курса факультета клинической психологии КрасГМУ.

Для профилактики развития синдрома эмоционального выгорания нами был разработан тренинг.Его программа включает в себя элементы не только психопрофилактики, но и психопросвещения, так как необходимо обучить будущих психологов методам предотвращения СЭВ у себя и своих коллег.

Задачи программы:

- Произвести профилактику развития синдрома эмоционального выгорания у студентов 4-го курса факультета клинической психологии КрасГМУ.
- Обучить студентов методам профилактики и терапии СЭВ у себя и других медицинских работников.

Для исследования нами были выбраны две студенческие группы 4-го курса факультета клинической психологии КрасГМУ, общее количество студентов в группах – 40 человек. Состав групп сходен по возрастным характеристикам, половым характеристикам и условиям, созданным во время учебы (один учебный план, равная нагрузка). Одна из групп стала экспериментальной, другая – контрольной (соотносимость доказана по критерию Манна-Уитни).

Для оценки эффективности тренинга была использована методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Статистический анализ производился с помощью критерия Манна-Уитни.По результатам статистической обработки значимых изменений в состоянии участников не произошло.

Наряду с математической обработкой тестовых данных, был проведен качественный анализ отзывов участников тренинга. Отзывы о программе были собраны в письменном виде одновременно с отсроченной диагностикой. Участники экспериментальной группы оценивают изменения своего состояния позитивно, утверждают, что занятия приносили им «эмоциональный подъем». Более трети участников тренинга указали, что продолжали работу дома, вне рамок домашних заданий – например, упражнение, связанное с рисованием левой рукой, вдохновило одну из участниц на рисование дома пальцами ног. 30% участников продолжают пользоваться аутотренингом и методикой релаксации, которые были даны в качестве домашнего задания, и это приносит им удовольствие.

Как средство коррекции признаков СЭВ тренинг оказался не эффективен (это было показано результатами математической обработки тестовых данных), но как средство профилактики – достаточен (по результатам качественного анализа отзывов участников).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко, В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
2. Колкова С.М., Кокоурова М.С.Профилактика эмоционального выгорания у студентов медицинского вуза // Сибирское медицинское обозрение. - 2014. - №6. - С.106-110.
3. Райкова Е.Ю. Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий / Е.Ю. Райкова // Молодой ученый. - 2011. -Т.2, №5. - С. 92-97.
4. Скугаревская, М.М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская. - Минск, 2003. - С. 19.
5. Таткина, Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования/Е.Г.Таткина // Вестник ТГПУ. - 2009. - №11.

УДК 159.923.2

САМОПРИНЯТИЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

М.С. Кокоурова

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.псх.н., доц. каф. клинической психологии и психотерапии с курсом ПО С.М.Колкова

Самопринятие личности – одна из составляющих психологического здоровья человека.Самопринятие –отношение к себе, своим особенностям без оценочной окраски – как к данности. По определению С.Л.Братченко и М.Р.Мироновой принятие себя означает признание себя и безусловную любовь к себе, отношение к себе как к личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, веру в себя и свои возможности, доверие к собственной природе, организму [1].

Зигмунд Фрейд в своей теории показывал, что уровень принятия себя зависит от взаимоотношений «Я» реального и «Я» идеального [4].

К. Хорни основным аспектом самосознания считала условные иллюзорные представления о себе. Это «идеальное Я» позволяет чувствовать себя в псевдобезопасности. То есть, К. Хорни рассматривает самосознание человека через взаимодействие «реального Я» и «идеального Я». При этом, отношения к себе формируется под влиянием родителей, в значительной степени определяя «знак» отношения [5].

Безусловное принятие себя является одним из важнейших критериев психологического здоровья человека. Человек, который не может принимать себя таким, какой он есть, как правило, имеет сложные отношения с окружающим миром, так как для принятия других, принятия окружающей действительности необходим достаточный уровень самопринятия.

Исходя из этого, можно сказать, что самопринятие личности, принятие человеком себя таким, каков он есть, является одним из важнейших аспектов развития личности, так как приводит к здоровым, гармоничным, приносящим удовлетворение отношениям с собой и с окружающим миром.

В подтверждение этого стоит привести цитату Карла Роджерса. Она звучит следующим образом: «Тех, которые чувствуют, что их любят, что они нужны, что их принимают, что они заслуживают уважения, невозможно найти в тюрьмах и психиатрических больницах. Там находятся люди, чувствующие себя совершенно недостойными, никому не нужными, не принимаемыми, не способными, считающие, что они никому не нравятся. Потому, чтобы развиваться, вам нужно принимать себя. Чтобы помочь другим людям развиваться, надо помогать им более принимать себя. Чтобы открыть свою дорогу к счастью, чтобы иметь хорошие отношения, нужно достигнуть высокого уровня самопринятия. Отвергающий себя человек обычно несчастлив. Он не способен установить и поддержать хорошие отношения» [3].

Отсюда мы можем сделать вывод, что самопринятие, по мнению К.Роджерса, является важнейшим фактором развития личности. Он полагает, что без безусловного принятия своей личности, со всеми ее достоинствами и недостатками, стремлениями и проблемами, человек не в состоянии полноценно развиваться, идти по выбранному жизненному и профессиональному пути.

Особую актуальность проблема личностного развития и принятия себя приобретает в рамках подготовки специалистов «помогающих» профессий – врачей, психологов, педагогов.

Оказывая различные виды помощи людям, эти специалисты должны создать такой психологический климат, который поможет человеку в решении его проблем (будь то проблемы медицинского, психологического или учебного характера, разнообразные проблемы развития), раскрытии собственной личности, обретении душевного равновесия. Это требует от врачей, психологов, педагогов и др. эмпатии по отношению к человеку, способности понять и принять его таким, каков он есть. Это возможно, когда специалист искренен по отношению к самому себе, осознает свои чувства, свои качества, принимает себя в целостности своих проявлений, открыт собственному опыту, т.е. представляет собой зрелую личность. Таким образом, самопринятие является важным фактором развития личности будущих специалистов. Из этого вытекает также необходимость мониторинга формирования принятия себя в процессе обучения.

Несмотря на то, что З.Фрейд в одной из своих работ утверждал, что «бессознательное невротика лучше всего чувствует другой невротик» [4], профессиональный психолог должен являть собой зрелую личность во всех отношениях. Личность практического психолога является орудием его труда. Представители гуманистической психологии (А.Маслоу, Дж.Олпорт, К.Роджерс, Р.Мей, Э.Фромм, В.Франкл и др.) признают личность как уникальную целостную систему, открытую возможности самоактуализации. Только гуманистически ориентированная личность свободна для творческого развития и саморазвития, а это необходимые характеристики эффективного практического психолога [2].

Целью исследования стало выявление уровня сформированностисамопринятия у студентов первого курса факультета клинической психологии КрасГМУ до и после прохождения первой сессии.

Задачи исследования:

1.Анализ психолого-педагогической литературы по исследуемой проблеме.

2. Подбор диагностических методик, направленных на выявление уровня сформированности безусловного самопринятия.

3.Проведение экспериментального исследования сформированности уровня и динамики развития безусловного самопринятия у студентов первого курса факультета клинической психологии КрасГМУ до и после прохождения первой сессии.

Для подробного изучения описанного выше вопроса было проведено исследование среди студентов первого курса факультета клинической психологии Красноярского Государственного Медицинского Университета. Исследование проходило в два этапа. Первый был проведен в ноябре 2012 года, его целью было изучение степени сформированностисамопринятия у студентов-психологов.

В первом этапе исследования приняли участие 29 человек (среди них 21 девушка в возрасте от 17 до 18 лет и 8 юношей в возрасте от 18 до 23 лет). Данная выборка составляет примерно 61% от общего числа студентов первого курса. В ходе исследования участникам были предложены две тестовые методики, а именно – шкала принятия себя изопросника личностной ориентации (ЛИО) и шкала самопринятия из методики по изучению самоотношенияВ.В.Столина. Данные методы были выбраны ввиду их наибольшего соответствия цели исследования. Они наиболее точно отражают уровень принятия себя. Анонимность исследования в нашем случае обеспечивала достоверность результатов.

Второй этап исследования был проведен в марте 2013 года, в момент, когда все студенты первого курса факультета клинической психологии КрасГМУ уже сдали зимнюю сессию. На втором этапе отслеживалась динамика самопринятия у студентов-психологов. Другая цель второго этапа исследования состояла в рассмотрении и выявлении различий между степенью принятия себя студентами-первокурсниками до и после прохождения первой сессии. По нашей гипотезе уровень самопринятия личности у студентов первого курса должен повышаться после прохождения первой сессии.

На втором этапе выборка учащихся включала 32 студента, что составляет примерно 71% от общей численности студентов первого курса. Среди участников было 6 юношей и 26 девушек в возрасте от 17 до 23 лет. Им был предложен тот же тест, что и в первом этапе.По результатам проведенного исследования было выявлено преобладание низких и средних значений по шкале Sa опросника ЛИО. Данная шкала диагностирует степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, возможно, вопреки последним. Диапазон полученных по этой шкале стенов – от 32 до 63. Таким образом, можно утверждать, что сформированностьсамопринятия у студентов факультета клинической психологии, вошедших в выборку, находится на уровне ниже среднего или же на среднем уровне.

Следует отметить, что во время проведения первого этапа также были выявлены некоторые иные признаки психологического нездоровья среди студентов-психологов. Так,

несмотря на анонимность тестирования, в некоторых работах встречаются попытки как-либо оправдать свой ответ (например, сослаться на внешние обстоятельства, вынуждающие так поступать), что может свидетельствовать о внешнем локусе контроля у данных студентов.

По шкале самопринятия опросника В.В.Столина участники первого этапа продемонстрировали преобладание средних показателей. Количество стенов, набранных студентами, колеблется от 2 до 9. Наиболее распространенный в данной выборке результат – 5 стенов. Также можно говорить о некоторой связи результатов тестирования с полом, т.к. юноши продемонстрировали наиболее высокие показатели (от 5 до 9 стенов, тогда как результаты девушек колеблются от 2 до 8 стенов).

Также в бланках ответов второго этапа не прослеживается тенденция к самооправданию, нет каких-либо пометок, не соответствующих инструкции, что является позитивным признаком.

Таким образом, можно сделать вывод, что безусловное самопринятие личности является необходимым условием развития личности, ее психологического здоровья, что неоднократно подчеркивалось многими учеными-психологами. Особую важность данное качество представляет для психологов и других специалистов «помогающих» специальностей. Из этого вытекает необходимость мониторинга уровня сформированностисамопринятия у студентов, обучающихся на психологических факультетах, а также организация мероприятий, направленных на повышение уровня безусловного принятия себя среди будущих психологов.

Мы предполагали, что первая сессия помогает студентам повысить уровень безусловного принятия себя, но результаты исследования показали, что до и после сессии значимых отличий не наблюдается.

В итоге можно сказать, что студенты первого курса факультета клинической психологии преодолели первую сессию с пользой для себя. Несмотря на то, что наша гипотеза не подтвердилась, студенты-первокурсники все же сделали небольшой шаг навстречу гармонии с собой и, как следствие, к большему успеху в дальнейшей реализации себя в выбранной профессиональной области.

Таким образом, профессиональное развитие будущих психологов и других специалистов «помогающих» специальностей неотделимо от личностного развития, и в процессе обучения следует сделать акцент на формировании психолога, как зрелой личности, и в частности – на формировании у него безусловного позитивного принятия себя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Братченко С.Л., Миронова М.Р. Личностный рост и его критерии // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. – СПб.: Издательство С. – Петербургского университета, 1997. – С. 44.

2. Колкова С.М. Проблема позитивного изменения личности студентов – будущих психологов // Вестник ЯГУ им. М.К.Аммосова.– Том 6, № 4 –2009.- С.90-95.

3. Роджерс, К. Свобода учиться / К.Роджерс, Д.Фрейнберг. - М.: Смысл, 2002. - 527 с.

4. Фрейд, З. Психология бессознательного / З.Фрейд // Сб. произведений. - М.: Просвещение, 1990. – 448 с.

5. Хорни, К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление / К. Хорни. – СПб., 1997. – 316 с.

УДК 616.8-007-053.1

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ - ПРАВО НА ЖИЗНЬ

П.А. Колесник, Н.В. Коршунова, Д. В. Нагрузова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, кафедра поликлинической педиатрии с курсов ПО
Научные руководители: к.м.н., асс. Шишкина Е.В., к.м.н., асс. Матыскина Н.В.

Врожденные пороки развития представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Актуальность их изучения обусловлена значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности. Врожденные пороки развития центральной нервной системы составляют около 30% от всех врожденных пороков у детей. Значимость проблемы становится еще более очевидной с учетом данных ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности, а также 15 – 20% детской смертности вызваны пороками развития, среди которых пороки ЦНС занимают второе место, уступая только врожденным порокам развития системы кровообращения.

При врожденных аномалиях развития ЦНС очень важен прогноз, который достаточно сложен, и определяется, прежде всего, видом порока, степенью выраженности нарушений, наличием сочетанных аномалий других органов и систем, хромосомных дефектов. Трудно оценить вероятность коррекции и реабилитации новорожденного, особенно при пороках,

сопровождающихся органическим поражением ЦНС, фармрезистентным эпилептическим синдромом, умственной отсталостью, где любое лечение малоперспективно. В связи с этим, в случаях врожденных пороков ЦНС у плода актуально пренатальная диагностика в I-II триместр беременности с консилиумом узких специалистов, в ходе которого родителям объясняются выявленные изменения, обсуждаются вопросы тактики ведения беременности, прогноза жизни и социальной адаптации новорожденного.

Особое значение приобретает программа по профилактике рождения детей с врожденной и наследственной патологией, одним из основных компонентов которой является своевременная, а, главное, точная диагностика и морфофункциональная оценка пороков развития в дородовом периоде.

На сегодняшний день в литературе представлены данные о распространенности врожденных пороков развития, в том числе и центральной нервной системы лишь в отдельных регионах Российской Федерации. Попытка ввести в медицинскую практику регистры врожденных пороков развития привела к тому, что чаще всего фиксируются пороки с явными клиническими проявлениями и внешними дефектами, которые не требуют специального исследования для своего обнаружения, а также пороки, выявляемые при патолого-анатомических вскрытиях.

Однако существуют различные виды врожденных пороков ЦНС, которые никак себя не обнаруживают до определенного момента и из-за недостаточно яркой симптоматики остаются незамеченными.Появление нейровизуализационных технологий разрешило проблему диагностических масок в виде энцефалопатии, детского церебрального паралича, олигофрении, задержки психомоторного развития и других, под которыми скрывались ВПР ЦНС.

До сих пор еще не существует надежных критериев диагностики отдельных видов ВПР ЦНС в различные возрастные периоды ребенка, помогающих практическому врачу сузитьспектрдифференциальной патологии и оптимизировать ход функционального обследования с использованием современных диагностических технологий.

Целью нашей работы стало оценить погрешность пренатальной УЗИ диагностики у детей с ВПР ЦНС на базах КГБУЗ « Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» и МБУЗ ГДБ № 1 , за период с сентября 2014 г. по февраль 2015 г. Определить возрастные особенности выявления ВПР ЦНС и клинико-функциональных проявлений наиболее часто встречающихся.

Проанализированы истории болезней 14 детей. Все дети были рождены на территории Красноярского края. 12 женщин проходили перинатальный скрининг на ВПР в I и II триместре модулю FMF, данный скрининг был отрицательный. 2 женщины во время

беременности не наблюдались, на учете не состояли. Из исследуемых детей 8 мальчиков (57%) и 6 девочек(43%). Средний возраст детей на момент выявления ВПР 9месяцев ± 2 месяца. Основная группа детей с выявленными пороками развития относилась к грудному возрасту, но у 4-х детей пороки были выявлены в возрасте 3-8 лет. К моменту выявления ВПР дети находились на диспансерном учете у различных специалистов (уролог, нефролог, психиатр). Изолированные формы ВПР ЦНС отмечались в 11 (78,5%) случаях, сочетанные в 3 (21,5%).

Проведен анализ выявленных пороков по отделу ЦНС: ВПР головного мозга диагностирован у 6 (43%) пациентов,ВПР спинного мозга в 8 (57%) случаях.

ВПР головного мозга были представлены:

Анэнцефалия — 1;

Первичная микроцефалия — 1;

Лиссэнцефалия — 1;

Шизэнцефалия — 1;

Аномалия Арнольда –Киари I степени — 1;

Синдром Денди-Уокера — 1.

ВПР спинного мозга представлены:

Spina bifida — 4;

Дисмиелопатия (фиксированный спинной мозг) – 4;

У всех пациентов при оценки неврологического статуса обращало на себя внимание выраженные симптомы поражения в виде: нарушения этапности формирования двигательных актов в грудном и раннем детском возрасте, прирост окружности головы в первый год жизни не соответствовал возрастным нормам, оценка динамики роста детей по центильным таблицам соответствовала 3-10 центилю. Параличи и парезы периферического и центрального генеза, нарушение функции тазовых органов, фармрезистентные эпилептические синдромы, задержка психоречевого развития различной степени выраженности, нарушение социализации.

Оценка психоневрологического развития проводилась по шкалам Зыкова В.П. и Нэнси Бэйли (BSID-II) выявило отставание в изучаемой группе детей, на уровне понятия, движения, понимания и восприятия импрессивной речи, развития и становления экспрессивной речи.

Таким образом, оценив психомоторное развитие при различных ВПР ЦНС, мы сделали вывод, что очень важно пренатально оценить качество порока, спрогнозировать степень выраженности нарушений и тяжесть состояния в психоневрологическом статусе у ребенка после рождения. Данная проблема имеет высокую степень социальной значимости.

Необходимо в комиссию перинатального консилиума при выявленных пороках ЦНС включать не только генетика, гинеколога и психолога, но и узкого специалиста (детского невролога, нейрохирурга). Если присутствует узкий специалист на перинатальном консилиуме и дает благоприятный прогноз на пролангирование беременности, то данный специалист берет ответственность за курацию ребенка после его рождения, по опыту Новосибирской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

13. Воеводин, С.М. Дифференциальная диагностика пороков развития и заболеваний центральной нервной системы и лица у плода / С.М. Воеводин: авторефер. дис. … д-ра мед. наук. - М., 2012. - 43 с.

14. Барашнев, Ю.И. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев // Москва, 2005. - 640 с.

15. Зенков Л.Р., Ронкин М.А.Функциональная диагностика нервных болезней. Руководство для врачей / Л.Р. Зенков, М.А. Ронкин // Москва, 2013. – 488с.

16. Зыков В.П. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей /В.П. Зыков // Москва, 2013. - 432с.

17. Жан Айкарди. Заболевания нервной системы у детей, 2 тома./ Жан Айкарди// Москва, 2013. – 1036с.

УДК 616.428-02-073.916.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НАНОКОЛЛОИДА 99mTc-AI2O3 В ВЫЯВЛЕНИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Е.В. Корнеева, Ю.И. Дик

Сибирский Государственный Медицинский Университет, ФГБУ «НИИ онкологии» г. Томска

Кафедра онкологии

Научный руководитель: к.м.н., с.н.с. И.Г. Синилкин

Ежегодно в мире регистрируют более 1 миллиона новых случаев рака молочной железы (РМЖ). Наиболее высока заболеваемость в США и западной Европе – 25-30% всех новых случаев рака молочной железы у женщин. Риск развития этого заболевания имеет следующую градацию: в США 1:8, в Европе 1:9, в Японии 1:80 в течение жизни[1].

В России в 2010 году рак молочной железы занимал первое место в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями и составлял 20,5% [4].

В 2011 году процент злокачественных опухолей молочной железы существенно не изменился и составил 20,4%. Сегодня рак молочной железы является ведущей онкологической патологией у женского населения[5].

Одним из подходов к лечению рака молочной железы является мастэктомия. Различают разные виды мастэктомий: радикальная, лобарная, квадрантэктомия и другие. При любой из них обязательной процедурой является проведение лимфаденэктомии, в частности аксиллярных лимфатических узлов. Всвязи с этим основным осложнением послеоперационного периода является развитие лимфостаза верхних конечностей.

По данным зарубежных авторов был проведен анализ 72 исследований, где общий показатель частоты развития лимфостаза составил 16,6% (95% ДИ: 13,6 - 20,2). При анализе данных только проспективных когортных исследований (30 исследований) этот показатель составил 21,4% (95% ДИ: 14,9 – 29,8). Кроме того, показатель развития лимфостаза является наиболее высоким у женщин, перенесших подмышечную лимфаденэктомию – 18 исследований, общая частота – 19,9% (95% ДИ: 13,5 – 28,2), чем у женщин, которым была сделана биопсия сторожевого лимфатического узла - 18 исследований, общая частота 5,6%: 6,1 – 7,9 [6].

На современном этапе развития медицины акцент при хирургических вмешательствах, касающихся рака молочной железы, должен быть сделан на органосохраняющие операции. Исходя из вышеперечисленных данных, благоприятным является проведение биопсии сторожевых лимфатических узлов, так как эта процедура имеет меньший риск осложнений 5,6%, чем подмышечная лимфаденэктомия – 19,9%.

Диагностика поражения регионарных лимфатических узлов имеет краеугольное значение для определения прогноза и выбора оптимальной лечебной тактики. Из-за невысокой точности лучевых методов (маммографии, УЗИ, рентгеновской, компьютерной, магнитно-резонансной томографии) морфологическая верификация остается основным способом установления изменений в регионарных лимфоколлекторах. Биопсия сторожевых лимфатических узлов относится к числу современных методов с чувствительностью 92-96%. Вместе с тем в литературе имеются указания на то, что в некоторых случаях частота ложноположительных результатов при биопсии достигает 12-18% [2].

На современном этапе развития медицины в России биопсия сигнальных лимфатических узлов не проводится. В развитых странах выявление состояния сторожевых лимфатических узлов входит в стандарты оказания медицинской помощи при раке молочной

железы. Вектор научных исследований в России в данной области направлен на визуализацию сторожевых лимфатических узлов, определение наличия или отсутствия метастаза в лимфоколлекторах, путем гистологического анализа удаленного узла и минимизацию операции, посредством сохранения остальных лимфатических узлов. В исследованиях используют радиофармпрепараты, такие как : Nanocoll (GEAmersham), Nanociss (CISbioInternational), Sulfurcolloid (CISbioInternational), Microlite (DuPont) [3].

Но все эти наноколлоиды являются труднодоступными для отечественных исследователей, так как производятся не в России и имеют высокую стоимость.

Для решения этой проблемы был создан инновационный отечественный радиофармпрепарат «Наноколлоид ^{99m}Tc-Al_2O_3», который успешно прошел доклинические испытания.

Таким образом, целью нашей работы стало клиническое изучение возможности применения нового радиофармпрепарата «Наноколлоид ^{99m}Tc-Al_2O_3» для визуализации сторожевых лимфатических узлов у пациенток с раком молочной железы.

В исследовании принимали участие 17 пациенток. «Наноколлоид ^{99m}Tc-Al_2O_3» вводился вокруг опухоли в четырех точках по 20 МБк. Через 3 и 18 часов проводилось сцинтиграфическое исследование для получения изображения расположения сторожевого лимфатического узла и его интраоперационное выявление с помощью гамма-зонда для последующего гистологического анализа.

В результате исследования сторожевые лимфатические узлы были выявлены у всех 17 пациенток, общее количество лимфоузлов – 18. Все узлы располагались в подмышечной области. При гистологическом исследовании удаленных лимфатических узлов выявлено метастатическое поражение у 3 пациенток и у двух из них определялось наличие метастазов в дистальных узлах, а у одной наличие микрометастаза в сторожевом лимфатическом узле. У 14 больных не выявлено лимфогенного распространения опухоли, причем не поражены как сторожевые лимфатические узлы, так и более дистальные узлы.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что сцинтиграфия и интраоперационная радиометрия позволяют с чувствительностью 100% и специфичностью 100% определять сторожевые лимфатические узлы после введения «Наноколлоида ^{99m}Tc-Al_2O_3».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В.П. Харченко Маммология. / В.П. Харченко, Н.И. Рожкова // Национальное руководство – 2009. - С. 18.

2. Криворотько, П.В. Роль радионуклидных методов в определении степени распространения и тактики лечения больных раком молочной железы: автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук/ П.В. Криворотько. - Санкт-Петербург, 2013. – С. 4.

3. Радионуклидные методы исследования и выявления «сторожевых» лимфатических узлов / В.И. Чернов, С.Г. Афанасьев, И.Г. Синилкин и др. // Онкологический журнал. - 2008. - С. 5.

4. Современные подходы к лечению больных карциномой in situ молочной железы / Д.Д. Пак, Ф.Н. Усов, Е.Ю. Фетисова и др. // Онкология. – 2013. - №4. – С. 34-39.

5. Чиссова, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2011 году / В.И. Чиссова, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // Онкология. – 2013. – С. 289.

6. Yncidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis / T. Disipio, S. Rye, B. Newman et al.// LancetOncol – 2013. – Vol. 14. – P. 500-515.

УДК616.75-002:616.98-07-08

СКРИНИНГОВАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СТРЕПТОКОККОВОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА

И.И.Коровкин, Н.В.Лифа, А.П.Фролов
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. А.П. Фролов

Стрептококк группы А является одной из самой частой причиной инфекционных заболеваний у человека. На протяжении 60-70-х годов XX века распространенность заболеваний стрептококковой этиологии среди населения Европы и Северной Америки была низкой и стабильной, а заболевания протекали относительно легко. С середины 80-х годов повсеместно произошел существенный рост стрептококковых заболеваний, в том числе и мягких тканей. Заболевания стали протекать тяжело, не редко с развитием органной дисфункцией[1-4].Стрептококковый некротизирующий фасциитпредставляет собой опасную для жизни бактериальнуюинфекцию мягких тканей, которая характеризуется быстро прогрессирующим воспалением и некрозом фасции, подкожной клетчатки и кожу [5, 6]. НФпротекает с развитием тяжелой интоксикации вплоть до развития органной дисфункции и шока, сопровождается высокой летальностью [5, 6]. Для НФ характерно наличие выраженного отека мягких тканей, что способствует проникновению инфекции по

сосудисто-нервным щелям поверхностной фасции в мышцы, развитию компартмент-синдрома мышц, что в итоге приводит к развитию мионекроза.В начальной стадии СНФ имеют сходную симптоматику с другими стрепококковыми инфекциями мягких тканей, что существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике и запаздыванию с проведением хирургическоголечения.

Цель исследования - оценить возможность использования доступных методов исследования крови для скрининговой диагностики СНФ.

Проведен ретроспективный анализ показателей крови у 132 больных СНФ, которые находились на лечении в клинике общей хирургииИГМУ.

При исследовании показателей крови у больных СНФ первые 3 суток заболевания отмечался лейкоцитоз $\geq 11{,}0\times10^9$ /л у 55,1% больных, имелась токсическая зернилось лейкоцитов (ТЗН)у 28,8%,лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ)≥3,3 был у 52,0%, индекс сдвига лейкоцитарной формулы ≥0,2 – у 50,0%. При анализе биохимических показателей крови выявлена было выявлено увеличение уровня следующих показателей: билирубина ≥21,0 мкмоль/л у47,6% больных, мочевины ≥10 ммоль/л – у 83,3%, щелочной фосфатазы (ЩФ) у 81,8%, молекул средней массы (МСМ) – у 81,8%. Так же было отмечено снижение уровня ряда показателей: общего белка ≤55 г/л – у 42,9% больных, альбумина ≤30 г/л– у 72,7%, альбумин-глобулинового коэффициента (А/Г)≤1,0 – у 95,2. При сравнительной оценки с другими гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей выявленные изменения в показателях крови носили достоверно более выраженный характер. Для оценки возможности использования этих показателей в качестве кринингових критериев диагностики развития СНФ были определены основныедиагностическиехарактеристики. Высокая точность критериев (более 70%) была отмечена при определении уровня билирубина, мочевины, активности ЩФ, МСМ, общего белка, альбумина. Высокая специфичность (более 70%) была характерна при определении уровня ТЗН, ЛИИ, ИС, билирубина, мочевины, активности ШФ, общего белка, альбумина. Высокая чувствительность(более 70%) отмечена при определении уровня мочевины, МСМ, альбумина, А/Г.

Проведенные исследования показали, что наличие выраженных изменений в показателях крови могут быть использованы в качестве скрининговых критериев прогнозирования развития СНФ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ряпис, Л.А. Инвазивная стрептококковая инфекция группы А / Л.А. Ряпис, В.Д. Беляков // Журн. Микробиол. – 1996. – №1. – С. 96–100.

2. Тотолян, А.А. Современные проблемы стрептококковой инфекции / А.А. Тотолян, В.В. Малеев // Журн. Микробиол. – 1996. – №2. – С. 117–120.

3. Bonnetblanc, J.M.Erysipelas: recognition and management / J.M. Bonnetblanc, C. Bédane // Am. J. Clin. Dermatol. – 2003. – Vol. 4, N. 3. – P. 157-163.

4. Erysipelas: a common potentially dangerous infection / R. Celestin, J. Brown, G. Kihiczak, R.A. Schwartz // Acta Dermatoven. – 2007. – Vol. 16, N. 3. – S. 123-127.

5. Necrotizing fasciitis / J.M.Bellapianta, K. Ljungquist, E. Tobin, R. Uhl // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 2009. – Vol. 17, N. 3. – P. 174-182.

6. Prognostic factors in necrotizing fasciitis and myositis: analysis of 16 consecutive cases at a single institution in Switzerland / U.M.Rieger, C.Y.Gugger, J.Farhadi et al. // Ann. Plast. Surg. – 2007. – Vol. 58, N 5. – P.523-530.

УДК 616-001.4-002.3:[569.323.4.+636.92]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ У КРЫС ЛИНИИ WISTARI КРОЛИКОВ ПОРОДЫ ШИНШИЛЛА

Ю.И. Королева, И.С. Якимов, Р.Э. Виерд, Л.А. Стародубова

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

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана, кафедра микробиологии им.доц. Б.М. Зельмановича

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.В. Якимов,к.б.н., доц. О.В. Перьянова

Несмотря на успехи, достигнутые в комплексном лечении гнойных ран, эта проблема продолжает оставаться актуальной и до конца не решенной. Многочисленными исследованиями было убедительно доказано, что причиной сложившейся ситуации явились: повышение устойчивости патогенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, массовая аллергизация населения, развитие вторичных иммунодефицитных состояний организма. Клиническое многообразие проявления гнойной инфекции мягких тканей определяет необходимость поиска алгоритма диагностики тяжести течения гнойного раневого процесса, уточнения показаний к применению консервативных и хирургических методов лечения. В послеоперационном периоде необходимо в кратчайшие сроки снизить активность раневой инфекции, ликвидировать последствия гнойно-инфекционной агрессии, создавая тем самым оптимальные условия для перехода раневого процесса в фазу

регенерации. С целью прогнозирования течения раневого процесса, а также для оптимизации лечения гнойных ран создаются модели гнойной раны.

Цельисследования – провестисравнительную оценку моделирования гнойной раны у крыс линии Wistar и кроликов породы Шиншилла.

Задачи исследования:на основании поискового эксперимента определить воспроизводимую модель гнойной раны у лабораторных животных; исследовать в динамике параметры, характеризующие течение раневого процесса у животных в эксперименте; разработать рекомендации по моделированию раневого процесса у экспериментальных животных.

В эксперимент были включены 8 кроликов породы Шиншилла массой 3000 - 3500 г и 11 крыс линии Wistar массой 200-250 г, обоих полов. Все животные находились на стандартном рационе питания в виварии Красноярского государственного медицинского университета. Перед проведением эксперимента животные взвешивались, тщательно осматривались на наличие патологий и признаков заболеваний. Все животные были рандомизированным способом разделены на 3 серии: 1-ая опытная серия состояла из 3 кроликов и 3 крыс с моделированием гнойной раны путем введения золотистого стафилококка в паравертебральную область, 2-ая опытная серия включала 5 крыс с моделированием гнойной раны методом ушивания в кармане паравертебральной области марлевого шарика пропитанного 10% аутокаловой взвесью и 3-я опытная серия, состоящая из 5 кроликов с моделированием гнойной раны методом введения золотистого стафилококка в паравертебральную область.

В первой серии экспериментов на 6 животных производился линейный разрез в паравертебральной полости, частично иссекалась подкожная клетчатка, раздавливались мышечные ткани зажимом Кохера, вводилась культура золотистого стафилококка штамма 209Р. Для удобства изучения раневого процесса к краям раны у кроликов фиксировалось пластиковое кольцо. Крысам на рану накладывали отдельные узловые швы. В связи с неудовлетворительными показателями гнойного процесса у крыс при введении штамма золотистого стафилококка, была проведена вторая серия на 5 крысах с ушиванием в кармане паравертебральной области марлевого шарика, пропитанного 10% (1г каловых масс на 10мл воды) аутогенной каловой взвесью. Третья серия экспериментов была проведена, ранее апробированным, методом введения золотистого стафилококка 5 кроликам породы Шиншилла в паравертебральную полость с дальнейшим исследованием протекания гнойного процесса. Моделирование гнойной раны, содержание лабораторных животных, их выведение из эксперимента и забор материала проходили с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Исследования проводились в динамике: на 5-е и 10-е сутки послеоперационного периода при помощи гистологического, иммуногистохимического исследований, а также измерением кровотока и люциферазного индекса.Измерение кровотока у экспериментальных животных проводилось лазер-доплеровским флоуметромBLF21 на периферии раны на 5-е и 10-е сутки после моделирования гнойного процесса. Люциферазный индекс биоптата гнойной раны определяли при помощи биохемилюминометра. При сравнении данных в исследуемых группах, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Для определения значимости различий параметров нескольких групп применили ранговый дисперсионный анализ Краскелла–Уоллиса. Различия принимали значимыми при вероятности прогноза не менее 95%($p<0.05$).

При гистологическом исследовании к 5-м суткам послеоперационного периода в обеих сериях эксперимента была выявлена однотипная картина: диспластические изменения в эпидермисе, обусловленные агрессивным воздействием патогенной микрофлоры. На фоне выраженного отека дермы происходила инфильтрация ткани лейкоцитами, отек определялся и в эндотелии мелких сосудов.

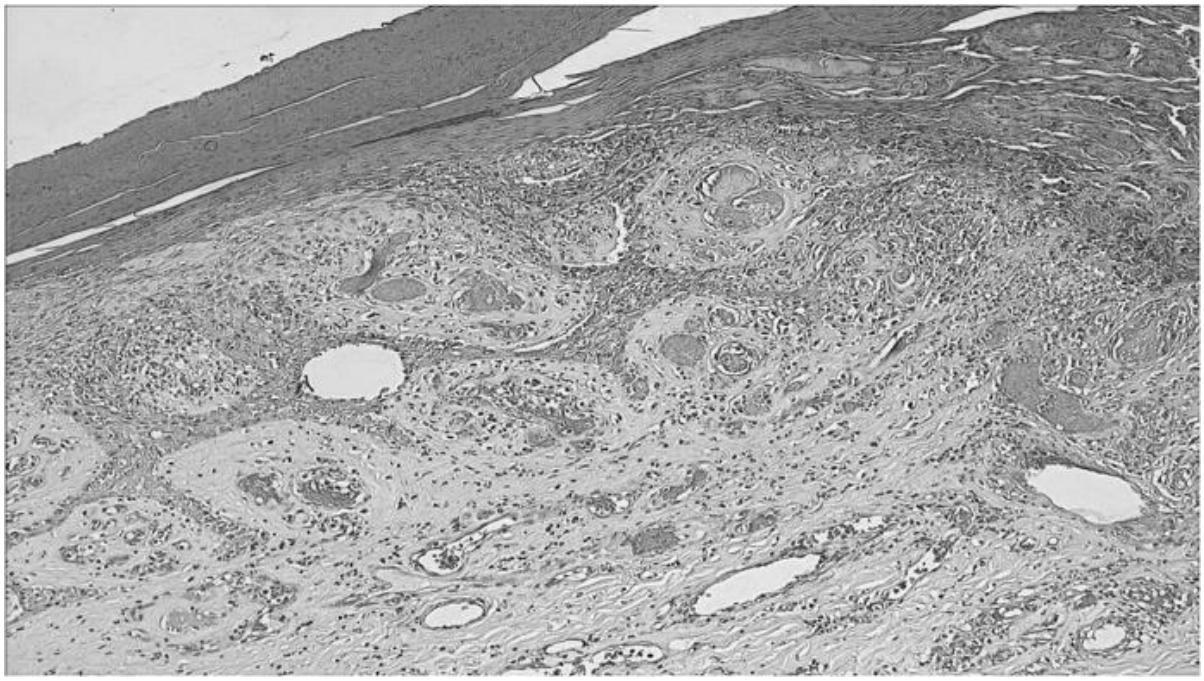


Рисунок 1 - Биоптат из края раны у кроликов на 5-е сутки после моделирования (окраска гематоксилин-эозин, увеличение х 100).

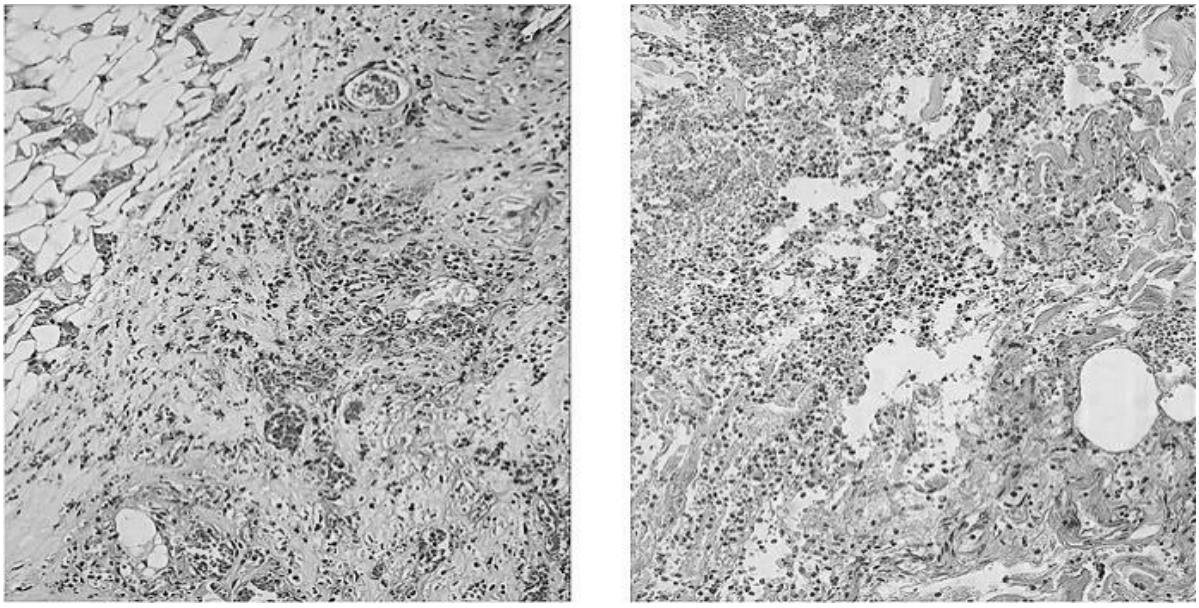


Рисунок 2 - Биоптат из края раны у крыс на 5-е сутки после моделирования **(о**краска гематоксилин-эозин, увеличение х 200).

При оценке клеточных элементов и кровеносных сосудов существенных различий между кроликами и крысами к 5 дню после моделирования выявлено не было.

К 10-м суткам после моделирования в биоптате из края раны у кроликов определялись очаговые полиморфноклеточные инфильтраты. В биоптате из края раны у крыс на 10-е сутки после моделирования гнойной раны лимфогистиоцитарная инфильтрация была выражена в значительно меньшей степени.

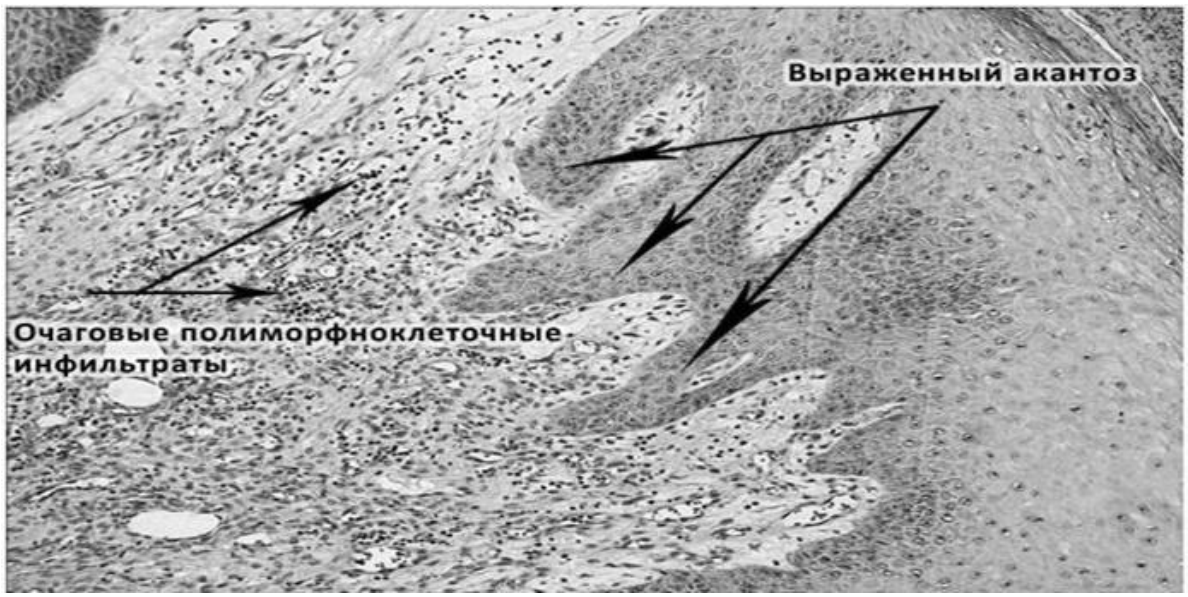


Рисунок 3 - Биоптат из края раны у кроликов на 10-е сутки после моделирования (окраска гематоксилин – эозин, увеличение х 200).

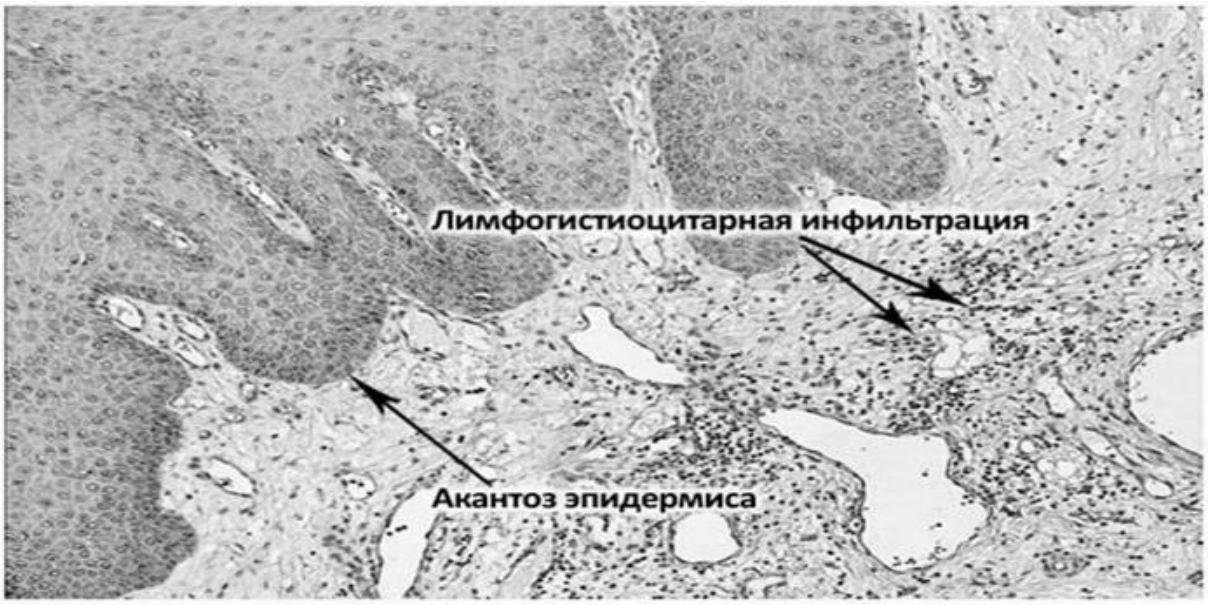


Рисунок 4 - Биоптат из края раны у крыс на 10-е сутки после моделирования (окраска гематоксилин – эозин, увеличение х 100).

При иммуногистохимическом исследовании количество сосудов у кроликов было незначительным.При иммуногистохимическом исследовании в большом количестве определялись сосуды.

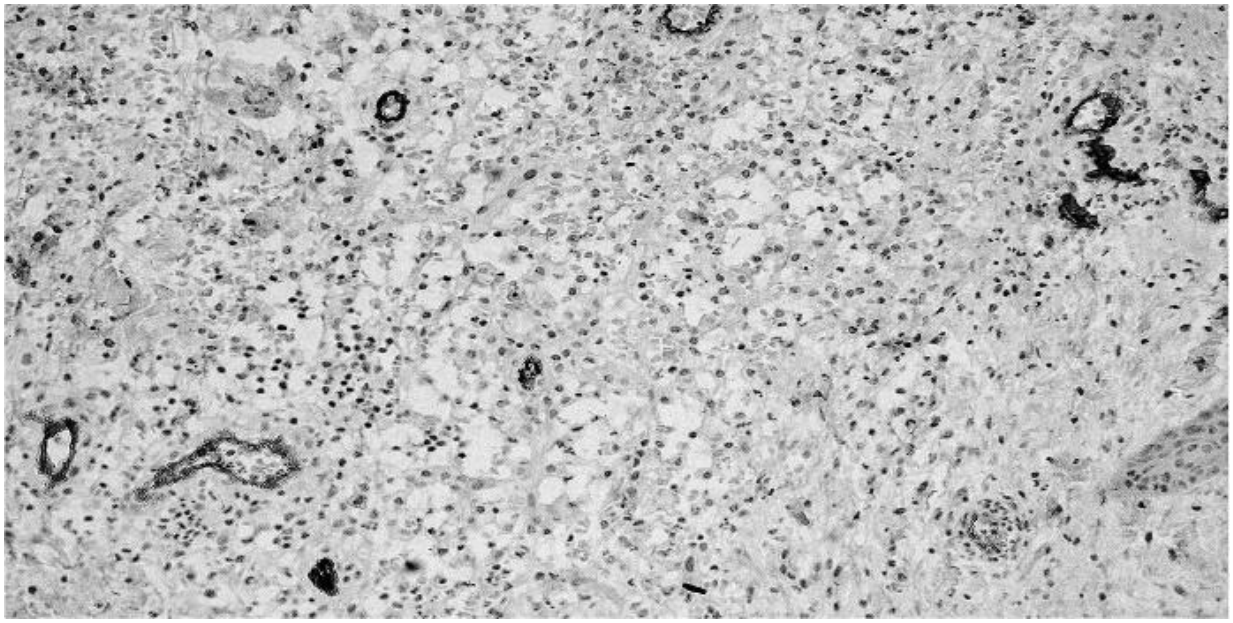


Рисунок 5- ИГХ биоптата из края раны у кроликов на 10-е сутки после моделирования(окраска CD 31, увеличение х 200).

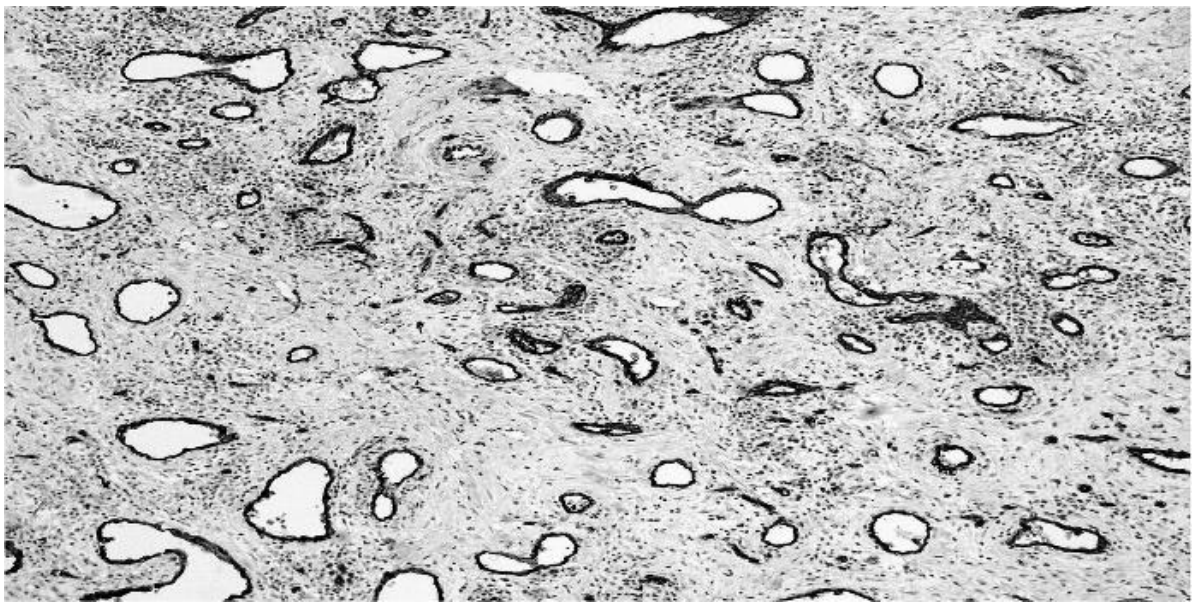


Рисунок 6- ИГХ биоптата из края раны у крыс на 10-е сутки после моделирования (окраска CD 31, увеличение х 400).

На 10-е сутки после моделирования наблюдались отличия между кроликами и крысами в содержании клеточных элементов и кровеносных сосудов в соединительной ткани вокруг раны. Количество кровеносных сосудов и фибробластов у крыс было значительно выше к 10-м суткам, что характеризует активность регенераторных процессов.Количество макрофагов значительно повышалось у кроликов к 10-м суткам, что является одним из проявлений воспалительного процесса.В то же время количество лимфоцитов и нейтрофилов постепенно уменьшалось в обеих группах. Появление зрелой грануляционной ткани в области раневой поверхности и краевая эпителизация быстрее происходили у крыс.Кровоток в группе с крысами был достоверно меньше к 10-м суткам, что характеризует снижение активности воспалительного процесса.Люциферазный индекс был несколько больше у крыс к 5-м суткам после моделирования, что свидетельствует о более активном протекании свободно – радикальных процессов.К 10-м суткам данный показатель у кроликов был в 2 раза выше,в связи с тем, что в ране у кроликов в это время воспаление было еще достаточно активным.

Таким образом, на основании поискового эксперимента, наиболее воспроизводимой и легкой в исполнении является модель гнойной раны, основанная на введении золотистого стафилококка кроликам в паравертебральную область и марлевого шарика, пропитанного 10% каловой взвесью в область холки крысам. В динамике исследованы показатели, характеризующие течение раневого процесса у кроликов и крыс. Установлено, что репаративные процессы у крыс протекают в более короткие сроки. Золотистый стафилококк не вызывает гнойного процесса у крыс. Моделирование гнойной раны у крыс является более

сложным. Процессы регенерации протекают значительно быстрее по сравнению с кроликами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вопросы иммунологии и микробиологии стафилококковых и стрептококковых инфекций / А.М.Смирнова / Ленинград, 1975.–542 с.

2. Гнойная хирургия. Атлас / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко. Под редакцией к. м. н. И. С. Абрамова / Москва «БИНОМ. Лаборатория знаний», 2004. - 588 с.

3. Микробиология и профилактика стафилококковых инфекций / А.М.Смирнова, А.А.Трояшкин, Е.М.Падерина / Москва «Медицина», 1977.– 260 с.

4. Очерки гнойной хирургии / В. Ф.Войно-Ясенецкий (Архиепископ Лука) / Санкт-ПетербургЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский Диалект»,2000. - 704 с.

5. Общая хирургия / С. В. Петров / Санкт-Петербург «Лань», 1999. – 672 с.

6. Проблемы моделирования гнойной раны у крыс /Сендрякова В.Н., Кокаева И.К., Трохов К.А., Букатин М.В. // Успехи современного естествознания. – 2013. - №8. – с. 38

7. Раны и раневая инфекция / Издание второе переработанное и дополненное. Под редакцией академика М.И.Кузина и профессора Б.М. Костюченок / Москва «Медицина», 1990. Глава 3. 80 – 84 с.

8. Руководство по гнойной хирургии/ Виктор Стручков, Юрий Стручков, Виктор Гостищев / Москва «Медицина», 1984. - 512 с.

УДК 616.127-005.8:616.155.2-06:616.89-008.454

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.Ю. Котловская

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

Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Научные руководители: асс. М.С. Черняева, к.м.н. Н.Ю. Шимохина

Наличие сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) оказывает негативное влияние на его течение и прогноз. В основе патогенеза ОИМпST лежат нарушения в системе гемостаза. Ранее нами было показано более выраженное нарушение в системе гемостаза у больных

ОИМпST в сочетании с ТДР, в сравнении с больными с ОИМпST без ТДР [3,4]. Тромбоцитам в системе гемостаза отводится ключевая роль. В тоже время, функциональная активность тромбоцитов во многом определяется состоянием их метаболической системы. Пластические звенья метаболизма определяют синтез поверхностных рецепторов и гуморальных факторов гемостаза, энергетический обмен поставляет энергию для данных процессов. В связи с этим, интенсивность различных метаболических процессов тромбоцитов характеризует их функциональные свойства и во многом определяют активность системы гемостаза. Таким образом, для характеристики механизмов реакций гемостаза в патогенезе ОИМпST в зависимости от наличия ТДР необходимо исследовать уровни активности ферментов тромбоцитов.

Для характеристики механизмов реакций гемостаза в патогенезе ОИМпST в зависимости от наличия ТДР, мы исследовали уровни активности ферментов тромбоцитов.

Обследовано 90 пациентов в первые 24 часа после развития ОИМпST (медиана возраста 60[52-66] лет, 60 мужчин и 30 женщин). Критерии включения в исследование: ОИМпST у пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 75 лет в первые 24 часа поступления в стационар от начала заболевания, не принимавших до госпитализации антиагреганты и антикоагулянты, подписавших информированное согласие. Диагноз ОИМпST устанавливался согласно рекомендациям ВНОК. Критерии исключения: сахарный диабет, возраст менее 35 и более 75 лет, беременность, тяжелая сопутствующая патология (почечная недостаточность, последствия инсульта), сердечная недостаточность III стадии, кардиогенный шок, отсутствие информированного согласия. В группу контроля вошли 54 относительно здоровых добровольца (средний возраст 59,6±1,4 лет, 28 мужчин и 26 женщин).В первые 72 часа после перевода из реанимационной палаты пациенты были протестированы с помощью теста Спилбергера-Ханина, госпитальной шкалы тревоги и депрессии и опросника Бека. У 32 (54,2%) пациентов расстройств аффективного спектра не обнаружено. Были сформированы две группы: первая – больные ОИМпST с ТДР и вторая – больные ОИМпST без ТДР. По основным показателям между группами значимых различий не обнаружено.Уровни активности НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови определяли с помощью биолюминесцентного метода с использованием биферментного препарата, выделенного из Photobacterium leognathi (получен Институте биофизики СО РАН, Красноярск) и биохемилюминесцентного анализатора БХЛ-3606М (СКТБ «Наука», Красноярск). Данным методом определялась активность следующих ферментов: глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), НАДФ-зависимой малатдегидрогеназы (НАДФ-МДГ), НАД- и НАДН-зависимой лактатдегидрогеназы (НАД-ЛДГ и НАДН-ЛДГ), НАД- и НАДН-зависимой

малатдегидрогеназы (НАД-МДГ и НАДН-МДГ), НАДФ- и НАДФН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДФ-ГДГ и НАДФН-ГДГ), НАД- и НАДН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАД-ГДГ и НАДН-ГДГ), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАД-ИЦДГ и НАДФ-ИЦДГ) и глутатионредуктазы (ГР).Исследование активности проводилось в обеих группах в первые 24 часа после госпитализации и на 10-е сутки. В группе контроля проведено тестирование для выявления ТДР и однократное исследование активности ферментов тромбоцитов. Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 процентилей (C25 и C75). Достоверность различий между показателями независимых выборок (сравнение с показателями контрольной группы) оценивали по непараметрическому U-критерию Манна-Уитни. Достоверность различий между показателями зависимых выборок (сравнение в каждой группе больных между 1-ми и 10-ми сутками обследования) оценивали по непараметрическому Т-критерию Вилкоксона. Статистический анализ осуществляли в пакете программ Statistica 7.0 (StatSoft Inc. 2004).

При исследовании активности НАДФ-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов обнаружено, что у больных ОИМпST без ТДР в 1-е сутки обследования в 2,4 раза снижается активность Г6ФДГ и на 10-е сутки снижение активности усиливается. Активность НАДФИЦДГ у больных ОИМпST без ТДР в 1-е сутки соответствует контрольному уровню, но на 10-е сутки снижается. Активность НАДФН-ГДГ у больных ОИМпST без ТДР снижена в течении всего периода наблюдения. Установлены значительные изменения и в уровнях активности НАД-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов у больных ОИМпST без ТДР. И на1-е и на 10-е сутки лечения активность Г3ФДГ и НАДН-МДГ снижена. Активность МДГ в 1-е сутки соответствует контрольным значениям, но на 10-е сутки значительно снижается. В то же время, активность НАДН-ЛДГ в 1-е сутки при ОИМ также соответствует контрольному уровню, но на 10-е сутки снижается относительно исходных значений. Активность ферментов, отвечающих за интенсивность субстратного потока по гликолизу, не зависит от ТДР. Активность Г6ФДГ (основной фермент пентозофосфатного цикла) [2] и Г3ФДГ (перенос продуктов липидного катаболизма) [1] снижается с 1-х суток и сохраняется на пониженном уровне весь период обследования. Снижение оттока субстратов с гликолиза и понижение притока продуктов липидного катаболизма на гликолиз позволяет предположить отсутствие изменений интенсивности потока на уровне анаэробного гликолиза. Действительно, активность анаэробной реакции ЛДГ (НАДН-ЛДГ), характеризующей терминальные реакции анаэробного гликолиза, изменяется незначительно. Только у пациентов при отсутствии ТДР на 10-е сутки повышается активность данного фермента относительно исходного уровня. Активность НАДН-зависимой реакции МДГ (НАДН-МДГ)

так же снижается независимо от ТДР. Эта ферментативная реакция осуществляется за счет НАДН, нарабатываемого в цитоплазматическом компартменте клеток [1]. В связи с этим можно заключить, что в тромбоцитах больных ОИМпST независимо от наличия/отсутствия ТДР интенсивность пластических процессов снижается. В тромбоцитах больных ОИМпST с ТДР в 1-е сутки активность НАДФН-ГДГ снижается в 13,9 раза и повышается в 8,9 раза на 10-е сутки лечения, оставаясь при этом ниже уровня контрольного диапазона. Активность НАДФМДГ при ОИМпST с ТДР на 1-е сутки соответствует контрольным значениям, однако на 10-е снижается. При исследовании активности НАД-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов обнаружено, что активность ЛДГ у больных ОИМпST с ТДР снижена в 5,4 раза, а на 10-е сутки понижена уже в 40,3 раза. Активность Г3ФДГ, МДГ и НАДН-МДГ у пациентов данной группы понижена в течении всего периода обследования. При сравнительном исследовании уровней активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ у больных ОИМпST в зависимости от наличия ТДР обнаружено, что на 10-е сутки у больных с ТДР сравнению с показателями больных без ТДР повышена активность НАДФН-ГДГ ($p=0,042$). Особенностью метаболизма тромбоцитов у больных ОИМпST без ТДР являются изменения активности ферментов митохондриального компартмента. Тромбоциты — клетки в которых функционируют митохондрии [5], в связи с этим, их биоэнергетика определяется и анаэробным окислением глюкозы и аэробными процессами. Только у больных ОИМпST без ТДР на 10-й день обнаружено снижение активности ферментов НАДФИЦДГ и МДГ, которые во многом определяют интенсивность аэробного дыхания [1,2]. НАДФИЦДГ и НАДФГДГ являются вспомогательными дегидрогеназными реакциями митохондриального компартмента, значимость которых возрастает в случае ингибирования НАД-зависимых дегидрогеназных реакций [1,2]. Следовательно, у больных ОИМпST без ТДР на 10-й день лечения особенности метаболизма митохондрий определяют ингибирование реакций аэробной энергетики. Данное состояние реализуется на фоне сниженной активности НАДФН-ГДГ (перенос продуктов аминокислотного обмена) [1]. Особенности метаболизма тромбоцитов у больных ОИМпST с ТДР выявляются как со стороны цитоплазматического компартмента, так и митохондриального. У больных данной группы в течение всего периода наблюдения снижена активность аэробной реакции ЛДГ. Так же у больных ОИМпST с ТДР на 10-й день снижается активность НАДФМДГ (шунтирование медленных реакций лимонного цикла) [1,2]. Это характеризует снижение интенсивности компенсаторных процессов, направленных на стимуляцию аэробных энергетических процессов и подавление активности реакций катаболизма ксенобиотиков, реализующихся на фоне лекарственной терапии. Только у больных ОИМпST с ТДР на 10-й день повышается активность НАДФН-ГДГ. Подобные изменения активности ферментов в данной группе позволяют отметить

недостаточность субстратного потока по лимонному циклу на фоне его субстратного стимулирования.

Таким образом, упациентов с ОИМпST с ТДР на всех этапах обследования снижена активность анаэробного и аэробного дыхания на фоне сниженного переноса продуктов аминокислотного обмена на реакции цикла Кребса. Такое, более выраженное снижение активности ферментов метаболизма тромбоцитов больных ОИМпST с ТДР может являться одним из патофизиологических механизмов, объясняющих более тяжелое течение и прогноз инфаркта миокарда у пациентов в сочетании с расстройствами аффективного спектра.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биохимия. Под ред. Е.С. Северина. М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2003. - 779 с.
2. Савченко, А.А. Основы клинической иммунометаболомики. / А.А.Савченко, А.Г. Борисов - Новосибирск: Наука, - 2012.- 263 с.
3. Пилюгина, М.С. Депрессия как фактор риска тромботических осложнений у больных острым коронарным синдромом. / М.С.Пилюгина, Н.Ю.Шимохина, М.М.Петрова и др. // Врач. - 2014. - № 12.- С.60-63.
4. Шимохина Н.Ю., Петрова М.М., Савченко А.А., Пилюгина М.С., Чижикова И.К., Килина М.В., Шкор Н.В. Гендерные аспекты тревожно-депресивных расстройств и системы гемостаза у больных с острым коронарным синдромом // Проблемы женского здоровья - 2013 - Том 8, № 2.- С.24-30.
5. Garcia-Souza L.F. Mitochondria: biological roles in platelet physiology and pathology. / L.F. Garcia-Souza, M.F. Oliveira // Int. J. Biochem. Cell Biol. – 2014. -№ 50. – P. 156-160.

УДК 159.922

ЗДОРОВОЕПИТАНИЕ - ОСНОВАЗДОРОВЬЯЧЕЛОВЕКА

С.А Котова, Д.Ю. Ломанова

КГБПУ «Лесосибирский технологический техникум»

В наше время современный человек все более склоняется к здоровому образу жизни, одним из составляющих которого является здоровое питание, так как питание – это жизненная необходимость человека. Пища дает человеку энергию, силу, развитие, а здоровая пища – и здоровье. Современная цивилизация, прогресс общества и производства породили огромные возможности приготовления различной пищи, открыли перед нами всевозможные

вкусовые горизонты. К сожалению, нельзя сказать, что все разнообразие современных продуктов полезно для нашего организма. Почти с уверенностью можно утверждать, что источником большинства заболеваний является пища (повышенное содержание холестерина в крови, ожирение, кариес, диабет, нарушение жирового обмена веществ, гипертония, запоры, повышенное содержание мочевой кислоты в крови или подагра), однако с ее же помощью можно и избавиться от многих недугов.

С помощью здорового питания и здорового образа жизни (занятие спортом, избежание стрессовых ситуаций, отказ от вредных привычек) можно:

- предупредить возможные заболевания;
- сохранить здоровье и привлекательную внешность;
- оставаться стройными и моложавыми;
- быть физически и духовно активными.

Что же такое здоровое питание? Это:разнообразие продуктов, сбалансированный рацион, вкусно, недорого, полезно.

Основными принципами здорового питания являются: способ приготовления пищи, структура потребления, свойства, состав и вкус пищи, способы и условия употребления пищи, окружающая обстановка и внутреннее состояние организма.

Готовить пищу рекомендуется непосредственно перед употреблением. Желательно готовить на один раз не более чем за 3 часа до еды (для варёных продуктов), так как в приготовленной пище начинают бурно развиваться микроорганизмы, приводящие к их порче. А повторно разогретую пищу, даже из холодильника, употреблять нежелательно, так как в ней резко снижаются оставшиеся после первичного приготовления полезные вещества. Чем свежее продукт, тем он лучше восполняет энергозатраты организма. Регулярное использование пищи, приготовленной задолго до её употребления, может привести не только к различным постепенно развивающимся заболеваниям желудка, кишечника, сосудов, печени, истощению сил, но и к изменению свойств характера, так как порождает лень, тупость, сонливость, низкую физическую и умственную работоспособность.

Готовить пищу надо с хорошим настроением. Негативные вибрации накладываются на пищу, портят её, делают невкусной и даже токсичной. А если готовить в хорошем расположении духа, пища – целебней, сытней и вкусней.Также должны быть щадящие способы термической обработки пищи. Если приходится питаться продуктами, подвергнутыми тепловой обработке, то предпочтение следует отдавать способам приготовления, при которых в пище сохраняется максимальное количество витаминов, минеральных веществ и живой энергетики.

При употреблении привычной пищи (каши, фрукты, овощи, кефир и т.п.) в организме

вырабатываются ферменты со свойствами, способными её быстро и качественно переработать. Если употреблять определённые продукты редко или впервые, например ранние весенние овощи и фрукты, местные продукты по прибытии в командировку или отпуск, экзотические фрукты, особенно из других континентов, могут возникать различные нарушения в работе ЖКТ. Основной причиной таких явлений является отсутствие в организме собственных ферментов, способных расщеплять новые или редкие продукты, следствием чего становится неготовность пищеварительной системы к их расщеплению, приводящая к разным расстройствам. По этой причине не стоит увлекаться употреблением сразу большого количества новых сезонных продуктов.

Для предотвращения развития большинства заболеваний настоятельно рекомендуется исключить или максимально ограничить употребление неполезных продуктов, к большинству которых люди очень привыкли. Учитывая анатомические и физиологические особенности организма считается, что наиболее полезными для человека являются: фрукты, ягоды, овощи, корнеплоды, злаковые, бобовые, орехи, семена, а также мёд, съедобные травы, грибы, молоко матери, яйца птиц.

Лучше питаться преимущественно сырыми продуктами, так как в них содержится больше полезных веществ (витаминов, минеральных веществ, ферментов). Такая пища обладает наибольшим энергетическим потенциалом. Потребление преимущественно сырых и вегетарианских блюд способствует повышению скорости обменных процессов и оказывает лечебный и профилактический эффект при ожирении, гипертонической болезни, атеросклерозе и других болезнях.

Еда должна быть вкусной, так как она вызывает чувство удовольствия и хорошего настроения, и, как правило, она полезна. Невкусная еда плохо усваивается, так как синтезом многих пищеварительных ферментов «управляет» язык. Однако, вкус у многих людей искажен чрезмерным потреблением сладкого, солёного, жирного, жареного, копчёного, мясного, мучного, приправленного специями, что впоследствии больно «ударяет» по многим органам. Неиспорченный вкус простой натуральной пищи доставляет истинное наслаждение, особенно в состоянии здорового голода. Но путь к нему неблизкий. Процесс перехода на натуральную пищу, сопровождающийся изменением вкусовых потребностей, может затянуться на год или на два. Это связано с изменением микрофлоры кишечника.

Рекомендуется не употреблять слишком горячих и очень холодных блюд, а также блюд с контрастными температурами за один приём. Как высокая, так и низкая температура снижают секреторную функцию пищеварительных желез, уменьшая тем самым соковыделение и переваривающую способность желудка.

При соблюдении режима питания в организме перед предстоящей едой начинает

активизироваться выработка ферментов, участвующих в переваривании и усвоении пищи, и возникает чувство здорового аппетита. Регулярность питания в соответствии с выработанными биоритмами обеспечивает не только качественное переваривание пищи, но и её более полное усвоение. Несоблюдение режима питания приводит к ухудшению переваривания и усвоения пищи, перегрузке пищеварительного аппарата и организма в целом из-за недостатка собственных ферментов.

Чтобы сохранить здоровье, следует запомнить следующие простейшие правила: вначале жидкие продукты – затем твёрдые; вначале сырые – затем варёные (жареные, запечённые и т.п.); сладкое до еды, но не после неё; жирная пища в конце еды, но не в начале; острые блюда и алкоголь не употреблять на голодный желудок, а только после некоторого количества пищи или напитков нейтрального вкуса; холодные или горячие блюда не употреблять в начале еды, а только после пищи или напитков с температурой, близкой к температуре тела человека. Достаточное употребление воды оказывает положительное воздействие на процесс очищения внутренней среды. Количество жидкости, которую рекомендуется выпивать в течение дня, зависит от многих факторов (температура окружающей среды, употребляемая пища, комплекция, возраст и т.д.). Нормой для взрослого человека является 2 л жидкости. Между приёмами пищи не должно быть меньше 3-4 часов, иначе новая пища может оказаться несовместимой сещё не переварившейся. Разгрузочные дни благоприятны для кратковременного отдыха пищеварительного тракта с целью улучшения его дальнейшего функционирования.

Неотъемлемым фактором пищеварения является привлекательный вид блюд, сервировка стола, настрой на удовольствие от еды, душевный подъём, радость, дружеская беседа во время еды, приятная негромкая музыка.

Хорошим признаком благоприятности пищи зачастую является первое впечатление от её внешнего вида. Немаловажное значение для тестирования продуктов имеет запах пищи. После еды желательно 20-30 мин отдохнуть, но не лежать и не спать. Рекомендуется прогуляться в медленном темпе.

Стимулом для перехода к здоровому питанию является улучшение самочувствия на начальном этапе, а затем и общего состояния здоровья. Процесс перехода на здоровое питание занимает от одного до нескольких месяцев на начальном этапе и от одного до двух лет для полного оздоровления. Изменять структуру питания нужно постепенно, с регулярным контролем собственного самочувствия. Начать переход на здоровое питание и оздоровление лучше весной. Самое сложное начать действовать. Необходимо сделать несколько начальных шагов, чтобы уже через несколько дней почувствовать первые положительные результаты, а затем начать следовать намеченным путём всё смелее и

увереннее.При регулярном выполнении рекомендаций первые признаки улучшения самочувствия и ощутимые изменения в состояние здоровья наступают гораздо раньше, чем при эпизодических мерах воздействия.

По статистике исцеление очень многих прежде больных людей, корректировка повседневного питания обеспечивает возможность поворота вспять большинства заболеваний в любом возрасте. Поэтому одним из наиболее эффективных способов оздоровления, как отдельных людей, так и общества в целом является изменение структуры потребляемых продуктов с исключением или значительным сокращением неполезных продуктов и существенным увеличением продуктов с лечебно-профилактическими свойствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гарбузов, В.И. Человек, жизнь, здоровье. - СПб., 1997. – 214 с.
2. Сорока, Н.Ф. Питание и здоровье. - Минск, 1994. – 242 с.
3. Сушанский, А.Г.Энциклопедия здорового питания. / А.Г. Сушанский, Лифляндский В.Г. - СПб., 1999. - Т. I, II. - 408 с.
4. Унзор, Р. Энциклопедия здоровья. Здоровое питание. - М.: «Кристина и Ко», 1994. – 356 с.

УДК 336:06.011

ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

К.С.Котова

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.э.н., доц. Н.И. Денисова

В соответствии с Конституцией Российской Федерации государство гарантирует каждому гражданину охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Рассмотрение вопросов финансирования

здравоохранения в России представляется актуальным, особенно в условиях перехода на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения.

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных средств, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли.

В мировой практике известны три следующие основные модели организации финансирования здравоохранения:

-Бюджетная модель - осуществляется главным образом за счет бюджетных средств (Великобритания, Дания, Норвегия, Финляндия и др.).

Главным поставщиком и покупателем медицинских услуг выступает государство, гарантирующее удовлетворение массовых потребностей в ней. Рынку отводится малозначительная периферийная роль в предоставлении лечебно-профилактической помощи под контролем государственных органов. Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет (налоги).

-Бюджетно-страховая модель - здравоохранение финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Это наиболее распространенная модель (Германия, Франция, Австрия, Швейцария и др.).

В этом случае за счет государства оплачиваются целевые программы, капитальные вложения и некоторые другие расходы, а финансирование основной медицинской помощи осуществляется через систему медицинского страхования. Системы медицинского страхования, как правило, управляются государством, но финансируются из трех источников: целевых взносов работодателей, субсидий государства, взносов самих работников.

-Предпринимательская модель - финансовое обеспечение осуществляется за счет продаж населению медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования (США).

Основным инструментом удовлетворения потребности в медицинской помощи является рынок услуг. Ту часть этой потребности, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои общества, пенсионеры, безработные), обеспечивает государство за счет развития программ здравоохранения.

Суть одноканального финансирования заключается в том, что большая часть средств на финансирование учреждений здравоохранения аккумулируется в бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), из бюджета которого через страховые медицинские организации средства перечисляются учреждениям

здравоохранения, работающим в системе ОМС. Таким образом, непосредственное финансирование медицинских учреждений осуществляется не из различных источников, установленных законодательством, а из одного - бюджета территориальных фондов ОМС (ТФОМС)

С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (часть 3 статьи 51) осуществлялся поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинских учреждений. В 2013 году в медицинских учреждениях, участвующих в ОМС, введено преимущественно одноканальное финансирование на основе законодательно установленной единой структуры тарифа. Единая структура тарифа включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских учреждениях, организации питания, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения, социального обеспечения работников медицинских организаций, расходы на приобретение основных средств (оборудование) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

Система одноканального финансирования учреждений здравоохранения обладает рядом преимуществ перед применяемой в настоящее время в российском здравоохранении бюджетно- страховой моделью:

1.Финансирование учреждения по смете заменяется финансированием за непосредственные результаты деятельности (за объемы оказанных услуг)

2.Размещение государственного заказа в любых учреждениях здравоохранения для решения проблем межрайонных центров или медицинских округов, не зависимо от территориального расположения учреждений

3.Руководителю дается большая свобода в расходовании средств, но одновременно появляется большая ответственность

4.Контроль качества со стороны страховых организаций приобретает действенные формы, так как контролируются все аспекты, влияющие на качество

5.Появляется возможность точного учета финансирования в разрезе конкретных классов болезней и отдельных диагнозов.

При одноканальном финансировании обеспечивается более точный учет затрат на медицинские услуги и открываются принципиально новые возможности для анализа эффективности затрат в здравоохранении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Звонова, Е.А. Финансирование государственных закупок.- М.: ИНФА-М. – 2009. - С. 344.

2. Кадыров, Ф.Н. Перспективы финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования// Менеджер здравоохранения. – 2011. - №9.

3. Шишкин, С.В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения// Экономика здравоохранения.- 2005.-№1(51). - С.26-27.

УДК 616.831-005.4-06:616.12-008.313.2-07:575

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСКОМЕТР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГОИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХС ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Е.В. Кочеткова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Кафедра внутренних болезней №1

Научные руководители:к.м.н., асс. Н.В. Аксютина,д.м.н., проф. С.Ю. Никулина

Фибрилляция предсердий (ФП) регистрируется приблизительно у 1,0-2,0% населения, она увеличивает показатели смертности практически в 2 раза за счет осложнений, и в первую очередь кардиоэмболического инсульта [1].Профилактика инсульта – важнейшая проблема современной кардиологии. В Европейских и Российских рекомендациях по ведению больных с ФП представлена шкала для оценки риска развития ОНМК у пациентов CHA_2DS_2-VASc [1]. Однако в ней не отражены генетические факторы риска развития инсульта вследствие их малой изученности.

В литературе имеется ряд исследований, направленных на выявление генетических предикторов развития кардиоэмболического инсульта при ФП [2-7], однако их данные противоречивы[7]. Bozdemir и соавт. определили связь полиморфизма -455G>A гена FBG с возникновением ишемического инсульта при ФП [8]. Литературных данных о связи

полиморфизма 10976G>A гена FVII, полиморфизма 807C>Tгена GPIα, полиморфизма- 5 T>C гена GPIβα с развитием ишемического инсульта при ФП при изучении русскоязычных и иностранных источников не встретилось. Учитывая вышеизложенное, на кафедре внутренних болезней №1 была завершена научная работа, направленная на изучение генетических предикторов развития ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий. По результатам проведенного исследования разработан новый информационный продукт «Клинико-генетический рискометр развития ишемического инсульта у больных с ФП». Посредством этой программы возможно рассчитать генетический риск развития инсульта у пациента с ФП, что особенно актуально при отсутствии факторов риска по шкале CHA_2DS_2-VASc.

Цель данной работы: Модификация аналитического программного комплекса «Клинико-генетический рискометр развития ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий» и его внедрение в практическое здравоохранение.

В исследование, результаты которого послужили основой для разработки программного комплекса было включено: 43 пациента с ФП и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, 78 пациентов с ФП без ОНМК и контрольная группа, состоящая из 188 человек без сердечно-сосудистой патологии. Медиана возраста пациентов с ФП и ОНМК (58[52;65] лет) статистически значимо не отличается от медианы возраста пробандов с ФП без ОНМК (62[44,75;71] год) и от медианы возраста лиц контрольной группы (59[53;65,75] лет).

Пациентам проводили: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, молекулярно-генетическое исследование; пациентам с пароксизмальной формой ФП: ВЭМ, ЧПСЛП. Наличие ишемического инсульта подтверждалось с помощью компьютерной томографии головного мозга. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ «Excel», «StatisticaforWindows 7.0» и «IBMSPSS 20». Описательная статистика количественных признаков представлена медианами и квартелями $Me(Q_{25}-Q_{75})$. Относительный риск заболевания по конкретному аллелю или генотипу вычисляли как отношение шансов.

Согласно отношению шансов вероятность возникновения ОНМК при наличии гомозиготного генотипа AA по редкому аллелю полиморфизма -455 G>A гена FGB в 1,7 раз выше, чем при его отсутствии (рисунок 1).

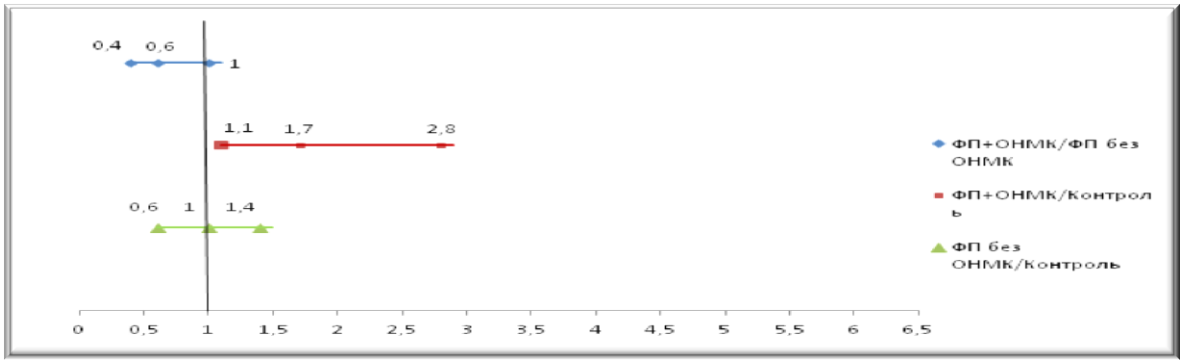


Рисунок 1 - Отношение шансов частоты встречаемости аллельных вариантов полиморфизма *-455G>A* гена *FGB*.

При наличии генотипов CT и TT полиморфизма 807C>T гена GPIα в 2,5 раза выше,чем при их отсутствии (рисунок 2).

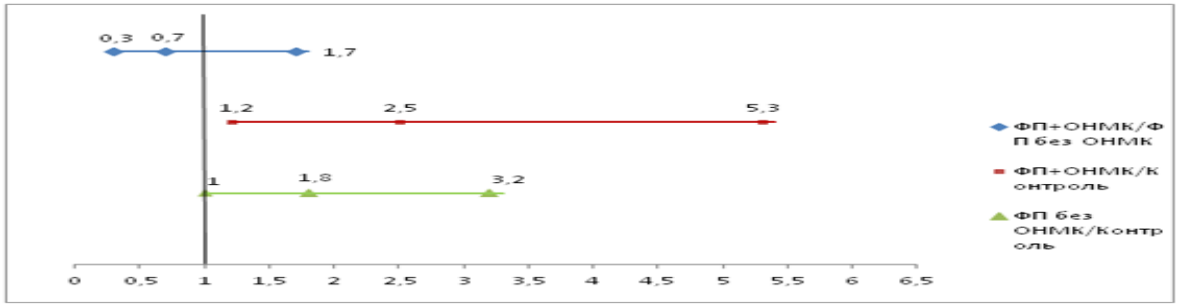


Рисунок 2 - Отношение шансов частоты генотипов полиморфизма *807C>T* гена *GPIa* (*CC* относительно *CT+TT*).

Наличие генотипов TC или CC полиморфизма -5 T>C гена GpIβαповышает вероятность возникновения ОНМК при ФП в 2,3 раза (рисунок 3).

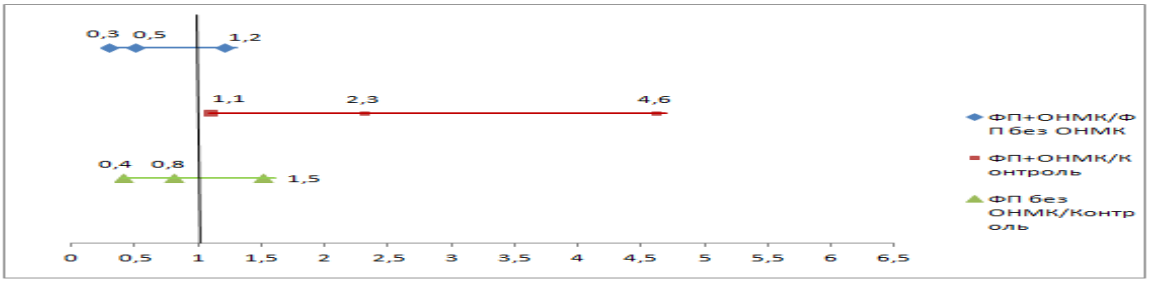


Рисунок 3 - Отношение шансов частоты встречаемости генотипов полиморфизма *-5T>C* гена *GPIβα*..

Отсутствие аллеля A полиморфизма 10976 G>A гена FVII в 2,6 раз увеличивает риск инсульта, чем его наличие (рисунок 4).

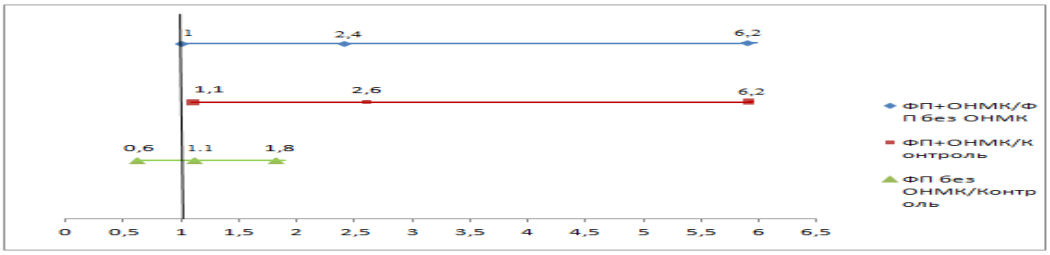


Рисунок 4 - Отношение шансов частоты встречаемости аллелей *G/A* полиморфизма *10976 G>A*гена *FVII.*

Создание «Клинико-генетического рискометра развития ишемического инсульта у больных с ФП» явилось конечным этапом исследования. Была разработана схема внедрения нового информационного продукта в лечебно-профилактические учреждения. Первый этап внедрения включает в себя обучающую презентацию, в которой демонстрируется работа разработанного программного комплекса. После авторизации на сайте КрасГМУ нужно перейти по ссылке:http://krasgmu.ru/index.php?page[self]=risk (рисунок 5).

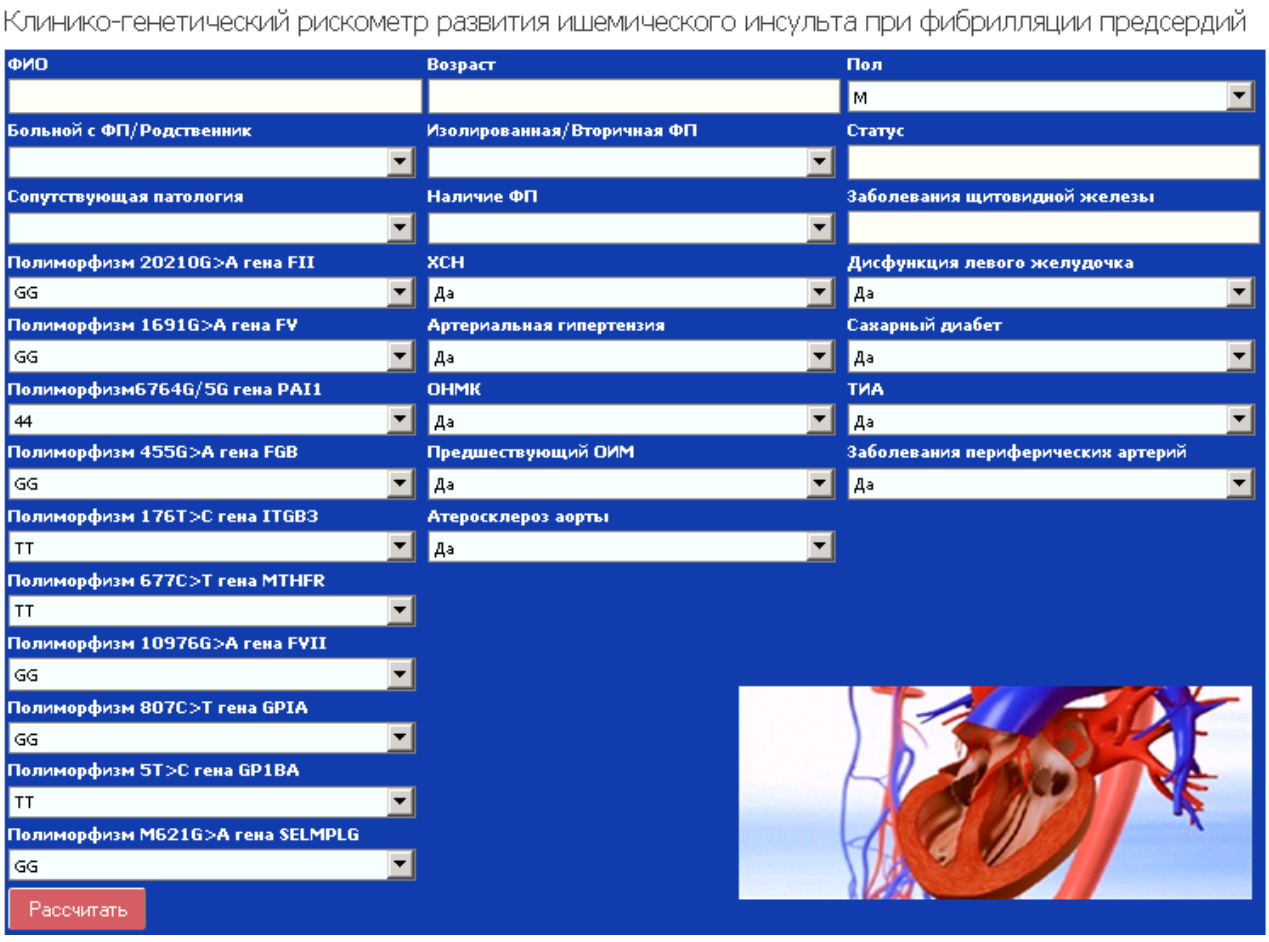


Рисунок 5 - Клинико-генетический рискометр развития ишемического инсульта при фибрилляции предсердий.

При работе с рискометром в него вносятся данные о пациенте, включая клинические факторы риска развития инсульта и данные генетического исследования. После нажатия кнопки рассчитать производится сохранение информации о пациенте и на экран выводится показатель генетического риска. Врачам раздаются информационные брошюры, и с каждым проводится индивидуальная обучающая работа, в ходе которой на примере конкретного пациента производится расчет генетического риска развития инсульта.

Пример 1: Пациент Н., 25 лет, с диагностированной пароксизмальной изолированной ФП без ОНМК в анамнезе с 0 баллами по шкалеCHA$_2$DS$_2$-VASc. Пароксизмы ФП около двух раз в месяц. Результаты генетического исследования внесены в рискометр (генотипы:GA полиморфизма *-455G>A* гена *FBG,* АА полиморфизма *10976G>A* гена *FVII*, ТТ полиморфизма *-5T>C* гена *GPIβα,*СС полиморфизма *807C>T*гена *GPIα)*. Произведен расчет генетического риска, который составляет 12,5%, т.е. низкий риск. Данный пациент в антикоагулянтной терапии не нуждается.

Пример 2: Пациентка С., 64лет, с пароксизмальной изолированной ФП без ОНМК в анамнезе с 0 баллами по шкалеCHA$_2$DS$_2$-VASc. Пароксизмы ФП около 1 раз в 3 месяца. Результаты генотипирования:генотип АА полиморфизма *-455G>A* гена *FBG,* ТС полиморфизма *-5T>C* гена *GPIβα,* ТТ полиморфизма *807C>T*гена *GPIα,* генотип АА полиморфизма *10976G>A* гена *FVII.* Расчет генетического риска показал 83,3% - высокий риск.Этой пациентке более целесообразно назначить регулярный прием непрямых оральных антикоагулянтов.

В настоящее время генетический рискометр успешно используется в повседневной работе вФедеральном центре сердечно-сосудистой хирургии, в кардиодиспансере КМКБ № 20 им. И.С. Берзона, в ГП № 14, в центре современной кардиологии, в НИИ медицинских проблем Севера, в профессорской клинике КрасГМУ.

Таким образом, дальнейшее усовершенствование и внедрение аналитического программного комплекса в центры здоровья и кардиологические отделения медицинских учреждений позволит улучшить прогнозирование и персонифицированную профилактику развития ишемического инсульта у больных с ФП.

СПИСОКЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностикаилечениефибрилляциипредсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ. // Российский кардиологический журнал. – 2013. - №4, приложение 3.

2. ZotovaI., BrovkinA., IsaevaM. etal. FactorVpolymorphismassociatedwithleftatrialthrombosisinpatientswithnonvalvular atrial fibrillation. Atherosclerosisthrombosis and vascular biology annual conference. Atlanta 2008: 125.

3. Berge E., Haug K., Sandset E.C. et al. The factor V Leiden, prothrombin gene 20210GA, methylenetetrahydrofolate reductase 677CT and platelet glycoprotein IIIa 1565TC mutations in patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation. Stroke 2007; 38: 1069–1071.

4. Roldan V., Marin F., Gonzalez-Conejero R. et al. Factor VII-323 decanucleotide D/I polymorphism in atrial fibrillation: Implications for the prothrombotic state and stroke risk. Ann. Med. 2008, 40: Iss. 7: 553–559.

5. Bozdemir V., Kirimli O., Akdeniz B. et al. Beta-fibrinogen 455 G/A gene polymorphism is associated with the left atrial thrombus and severe spontaneous echo contrast in atrial fibrillation. Anadolu Kardiyol. Derg. 2010, 10: 209–215.

6.Zateyshchikov D.A., Brovkin A.N., Chistiakov D.A. et al. Advanced age, low left atrial appendage velocity, and Factor V promoter sequence variation as predictors of left atrial thrombosis in patients with nonvalvular atrial fibrillation. J. Thromb. Thrombolysis 2010, 30: Iss. 2: 192–199.

7.Ritchie M.D., Rowan S., Kucera G. et al. Chromosome 4q25 variants are genetic modifiers of rare ion channel mutations associated with familial atrial fibrillation. J. Am. Coll. Cardiol. 2012, 60; 13: 1173–1181.

8.Bozdemir V., Kirimli O., Akdeniz B. et al. Beta-fibrinogen 455 G/A gene polymorphism is associated with the left atrial thrombus and severe spontaneous echo contrast in atrial fibrillation. AnadoluKardiyol. Derg. 2010; 10: 209–215.

УДК 616.12-073.7

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАРДИОРИТМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Е.В. Кочеткова, К.А. Кочеткова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Кафедра внутренних болезней №1,Центральная научно-исследовательская лаборатория

Научные руководители:к.м.н., асс. Н.В. Аксютина,д.м.н., проф. С.Ю. Никулина,к.м.н. М.Ю. Котловский,к.м.н. Н.Н. Клак

Несмотря на широкий спектр методов диагностики и лечения, патология сердечно-сосудистой системы является одной из ведущих в структуре смертности населения[1,2].В связи с этим вопросу создания новых и совершенствования уже имеющихся способов диагностики и лечения заболеваний сердца уделяется большое внимание. И все же с экономической точки зрения профилактике и выявлению патологии на ранних этапах развития, должно быть приоритетным направлением в медицине сердечно-сосудистых заболеваний, что может значительно улучшить качество жизни пациента и увеличить ее продолжительность[3].

Несмотря на то, что кардиоритмография (КРГ)используется уже ни одно десятилетие, за последние годы данный метод диагностики получил широкое распространение в изучении нарушения деятельности сердца [4-6]. Метод КРГ основан на анализе RR интервалов ЭКГ [7,8]. Нами разработан новый метод оценки данных, полученных при проведении КРГ, на основании которого можно выявить наличие сердечно-сосудистых заболеваний и проводить их дифференциальную диагностику.

Исходя из актуальности проблемы, целью нашего исследования явилось: изучение возможности применения метода КРГ в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний.

На базе ЦНИЛ и кафедры внутренних болезней №1 было обследовано 63 человека с диагностированной ИБС: Стенокардией II-IIIф. кл. и Гипертонической болезнью II-IIIстадии. Для сравнения была взята контрольная группа без заболеваний сердечно-сосудистой системы, которая состояла из 35 человек. Медиана возраста пациентов основной группы(57[51;64,75] лет) статистически-значимо не отличалась от медианы возраста лиц контрольной группы(55[51;64] лет). Каждому пациенту проводилось: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, ВЭМ, КРГ.

Методика проведения КРГ: втечение 200 сердечных циклов регистрировалась ЭКГпри помощи 4х электродов, наложенных на конечности в 3х основных режимах - положении лежа, затем в вертикальном положении и снова в горизонтальном. На основании полученных данныхвыполняется построение кардиоритмограммы, где каждый столбик представляет собой RR-интервал ЭКГ (рисунок 1).

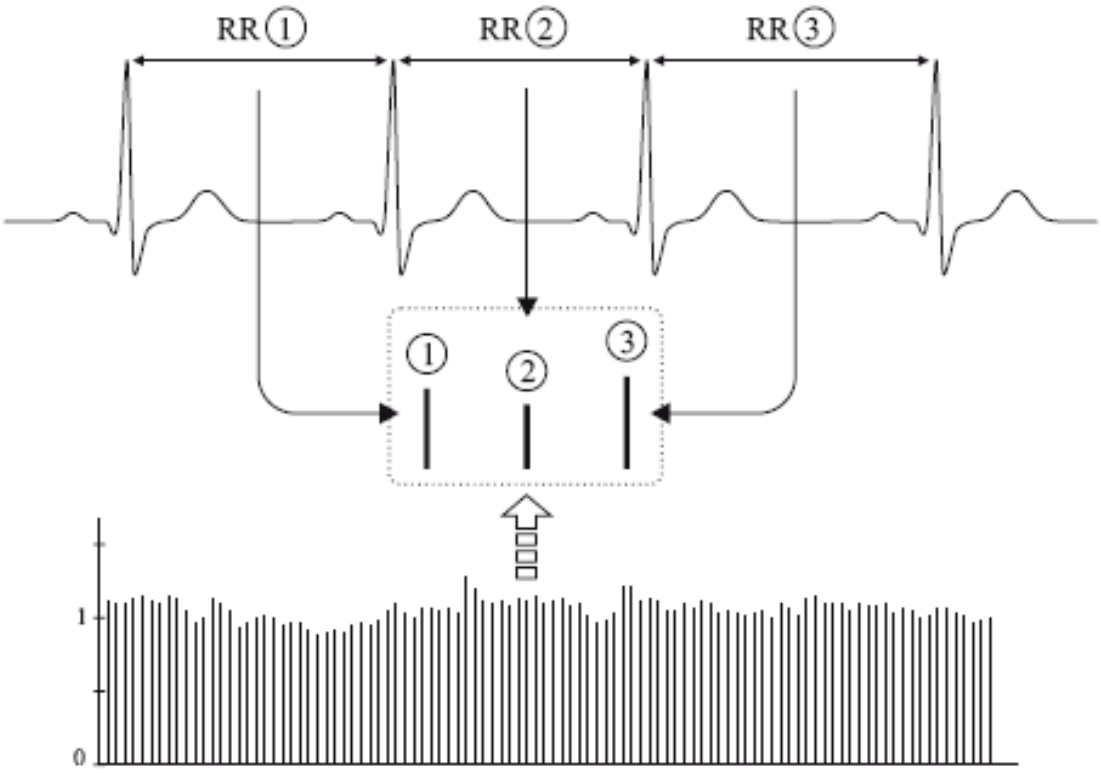


Рисунок 1 - Построение кардиоритмограммы.

Данный временной ряд подвергался статистической обработке, состоящей из ряда последовательных этапов: 1)фильтрация данных КРГ от высоко- и низкочастотных составляющих, т.е. исключение артефактов, искаженных данные; 2) построение авторегрессионной модели уравнения, описывающей периодичность сердечных сокращений, т.е. создание математической модели полученного временного ряда {RR}; 3) вычисление показателя запаса по устойчивости (η) авторегрессионного уравнения; 4) вычисление частоты встречаемости ошибок (ν) при сравнении реального ряда {RR}с построенной нами автокорреляционной моделью сердечных сокращений, ν показывает на сколько существенно различаются действительные и расчетные данные. В результате проведенного анализа был выявлен показатель, способный характеризовать состояние работы сердца человека. Мы назвали его кардиотемпература.Вычисление показателя кардиотемпературы (произведения запаса по устойчивости и частоты встречаемости ошибок с поправкой на «температуру») проводилосьпо формуле $CTr = 36,6 + 25(\eta \cdot \nu)$).

Оказалось, что у обследованных без патологии сердечно-сосудистой системы этот показатель составил значение 36,6 и менее. У пациентов с патологией ССС кардиотемпература всегда была выше 36,7 (рисунки 2, 3).

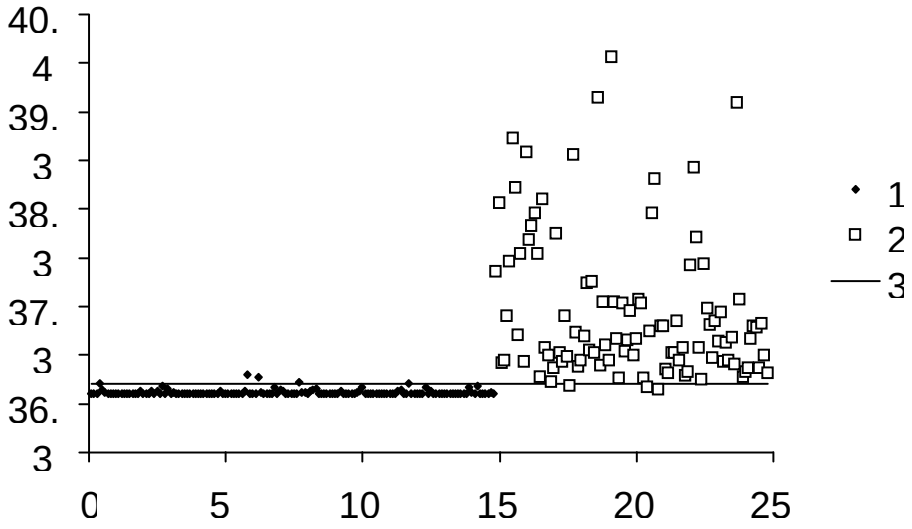


Рисунок 2 - Показатель кардиотемпературы у здоровых (1), больных (2), пороговый уровень кардиотемпературы.

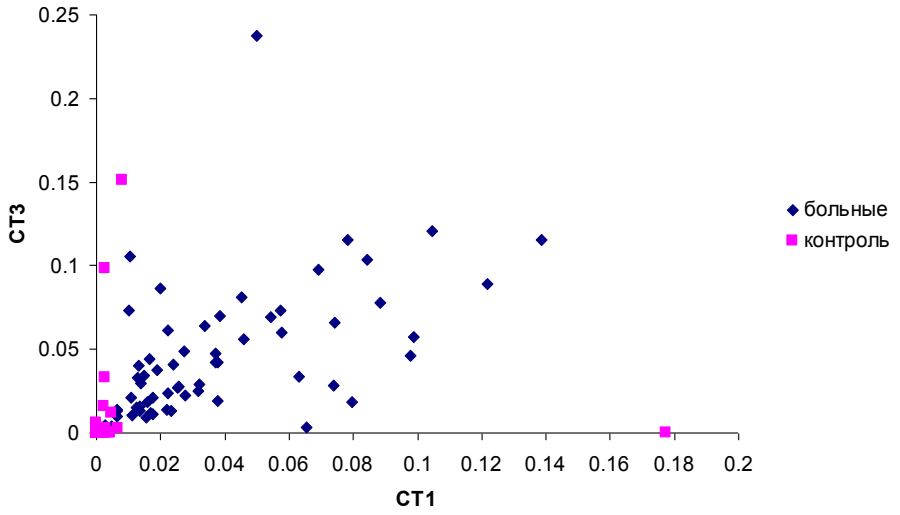


Рисунок 3 - Распределение показателей «кардиотемпературы» у обследованных.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующий вывод: использование метода КРГ возможно в скрининговой диагностике сердечно-сосудистых заболеваний. Данная методика актуальна при массовых обследованиях больших групп населения (профосмотры). Проведение данной оценки КРГ поможет у пациентов с отсутствующей клинической картиной заболевания заподозрить патологию, после чего провести комплексное обследование сердечно-сосудистой системы. Перспективным является использование данной методики для индивидуального контроля за состоянием работы сердца в виде специальной

программы, встроенной в смартфон пациента и воспринимающего сердечную деятельность устройства. В дальнейшем мы планируем более подробное изучение пациентов с различной патологией сердечно-сосудистой системы для разработки диагностических критериев широкого спектра заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аронов, Д.М. Хроническая ишемическаяболезнь сердца / Д.М.Аронов, В.П. Лупанов // Для тех, кто лечит. – 2002. – № 12. – С. 4-63.

2. Бритов, А.Н. Кардиоваскулярная профилактика: национальные рекомендации / А.Н. Бритов идр. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – № 10 (6), Приложение 2. – С. 7.

3. Заславская, Р.М. Хронодиагностика и хронотерапиязаболеваний сердечно-сосудистой системы. – М.: Медицина, 1991. – С. 319.

4. Берёзный, Е.А. Практическая кардиоритмография / Е. А. Берёзный, А. М. Рубин, Г.А. Утехина. – СПб.: Нео, 2005. - 140 с.

5. Индивидуальный динамический донозологический контроль на основе анализа вариабельности сердечного ритма с использованием прибора «heart wizard» / А.П. Берсенева, В.А. Пугачев, Р.М. Баевский и др. // Вестник удмуртского университета. - 2012. - Вып. 1. - С. 45-50.

6. Кузнецов, А. А. Применение метода оценки вариабельности сердечного ритма в донозологической диагностике функционального состояния организма измерительная техника / А. А. Кузнецов // Измерительная техника. – 2010. - № 6. – С. 28-33.

7. Мальчикова, Е.В. Использование методов донозологической диагностики с целью повышения оздоровительного эффекта на занятиях по курсу «физическая культура» в медицинском вузе / Е.В. Мальчикова, М.Т. Зеленина, Б.Н. Кочанов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2007. - № 10. - С.63-65.

8. Яблучанский, Н.И. Вариабельность сердечного ритма в помощь практическому врачу/ Н.И. Яблучанский, А.В. Мартыненко. – Харьков, 2010. – 131 с.

УДК: 612.592.1:613-054.72(943.8)

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД РЕАДАПТАЦИИ К НОВЫМ КЛИМАТИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ

К.А. Кочнев, Е.В. Кунту, И.И. Мозгов, Е.С. Тамашков
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии
Научные руководители: к.м.н., доц. Деревянных Е.В., к.м.н, доц. Яскевич Р.А.

В последние годы оценка качества жизни (КЖ) становится предметом большого клинического интереса, научных исследований, критерием разрешения применения новых лекарственных препаратов [6]. Качество жизни, по определению ВОЗ, - это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [10]. Особый интерес представляет оценка КЖ у жителей Крайнего Севера, прибывших на постоянное место жительства в новую климатическую зону. Смена климатогеографических условий обитания оказывает непосредственное влияние на организм и, как следствие, на КЖ. Это может проявляться как в повышении, так и снижении КЖ.

Особое влияние на КЖ оказывают заболевания сердечно-сосудистой системы. Артериальная гипертония (АГ) имеет особую актуальность [4]. В условиях Крайнего Севера АГ, в силу жестких климатогеографических факторов, протекает значительно тяжелее, но, однако в течение длительного существования в подобных условиях возникают компенсаторно-приспособительные реакции, которые при смене привычных климатических условий не способны в новой среде обитания обеспечить оптимальные для организма показатели. Изучение зависимости изменения КЖ от смены климатогеографических факторов может помочь разобраться в изучении протекания заболевания ССС [2,5,7,8].

Цель исследования - изучить влияние климатогеографических факторов на качество жизни жителей Крайнего Севера, прибывших на постоянное место жительства в новую климатическую зону (на примере южной части центральной Сибири).

Задачи исследования: оценить качество жизни у мигрантов Крайнего Севера в сравнении с постоянно проживающими жителями города Красноярска; провести анализ влияния смены климатогеографических факторов на качество жизни мигрантов.

Исследование проводилось в ФГБНУ «НИИ МПС». Всего в исследовании принимали участие 312 мужчин и женщин в возрасте 50-79 с артериальной гипертонией (АГ) II – III стадии, средний возраст – 63,9±0,8 лет. Обследуемые были распределены на основную и контрольную группы. Основную группу составили мигранты Крайнего Севера (239 чел., средний возраст – 64,1±0,7 лет), прибывшие в южные регионы Центральной Сибири,

контрольную – лица, проживающие в городе Красноярске (73 чел., средний возраст – 63,7±1,4 лет), группы по возрасту не отличались. Пациенты основной и контрольной групп были разделены по полу, возрасту, времени пребывания на Крайнем Севере и времени проживания по возвращению в Южные регионы Центральной Сибири.

Для исследования КЖ использовалась методика, разработанная Гладковым А.Г., Зайцевым В.П., Ароновым Д.М. (1982) [9], адаптированной Айвазян Т.А. и Зайцевым В.П. (1989) для исследования аспектов общего благополучия у больных АГ [1,3]. За нормативные показатели качества жизни принимали значение КЖ, равные 0 или превышающие его. Показатели от -2 до -4 баллов расценивались как снижение качества жизни в легкой степени; от -5 до -7 – умеренное снижение качества жизни. За значительное снижение качества жизни принимали показатели ≥-8 баллов.

В ходе исследования выявлено у всех обследуемых основной группы средний балльный показатель уровня качества жизни равнялся -5,5±0,43 балла, что соответствовало умеренному снижению качества жизни. Среди них всего – 11,5±2,8% не имели снижения качества жизни, в 43,4±4,5% случаев выявлено снижение качества жизни легкой степени, у 18,8±3,6% - наблюдалось умеренное снижение качества жизни и у 26,3±3,9% регистрировалось значительное снижение качества жизни (КЖ).

В ходе исследования у всех обследуемых контрольной группы средний балльный показатель уровня качества жизни равнялся –6,1±0,7 балла, что также как в основной группе соответствовало умеренному снижению качества жизни. Среди них всего 11,1±4,3% не имели снижения качества жизни, в 24,1±5,9% случаев выявлено снижение качества жизни легкой степени, у 31,5±6,4% - наблюдалось умеренное снижение качества жизни и у 33,3±6,5% регистрировалось значительное снижение КЖ. В сравнении с основной группой у обследуемых проживающих в городе Красноярске чаще регистрировалось умеренное и выраженное снижение КЖ.

Проведен анализ причин снижения КЖ в основной группе, при этом были выявлены следующие особенности: снижение КЖ у большинства пациентов связано с необходимостью лечиться – 77,8±4,2%; у 21,3±3,7% с изменениями во взаимоотношении с родственниками; у 8,1±2,4% с изменениями во взаимоотношении с сослуживцами; у 18,8±3,6% с ограничением в трудовой деятельности;у 16,4±3,4% с уменьшением доходов; у 16,4±3,4% с понижением в должности; у 20,5±3,7% с ограничением проведения досуга; у 17,2±0,43% с ограничением общения с близкими друзьями; у 32,8±4,3% с ограничением физической нагрузки; у 55,7±4,5% со снижением активности в повседневной жизни; у 35,2±4,0% с ограничением в питании; у 2,5±1,4% с отказом от курения; у 15,6±3,3% с изменениями в половой жизни.

Проведен анализ причин снижения КЖ в контрольной группе, при этом были выявлены следующие особенности: снижение КЖ у большинства пациентов связано с необходимостью лечиться – 77,8±5,7%; у 16,7±5,1% с изменениями во взаимоотношении с родственниками; у 20,4±5,5% с изменениями во взаимоотношении с сослуживцами; у 31,5±6,4% с ограничением в трудовой деятельности;у 25,9±6,0% с уменьшением доходов; у 16,4±3,4 с понижением в должности; у 18,5±5,3% с ограничением проведения досуга, у 18,5±5,3% с ограничением общения с близкими друзьями; у 44,4±6,8% с ограничением физической нагрузки; у 64,8±6,5% со снижением активности в повседневной жизни; у 35,2±6,5% с ограничением в питании; у 7,4±3,6 с отказом от курения; у 31,5±6,4% с изменениями в половой жизни.

Как в основной, так и в контрольной группах основными факторами влияющими на снижение КЖ являлись: необходимость лечиться и снижение активности в повседневной жизни. На КЖ пациентов контрольной группы в сравнении с основной в большей степени повлияли такие факторы, как ограничение в трудовой деятельности, ограничение в половой жизни, изменения во взаимоотношении с сослуживцами и отказ от курения.

Проведен анализ КЖ в различных возрастных группах у основной группы. С возрастом отмечается снижение качества жизни среди обследуемых: в возрастной группе 50-59 лет показатели КЖ составили -5,9±0,76 балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ; в возрастной группе 60-69 лет -4,7±0,6 балла, что соответствовало снижению КЖ легкой степени; в возрастной группе 70 и старше – -7,0±0,9 балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ.

Проведен анализ КЖ в различных возрастных группах у контрольной группы. С возрастом отмечается снижение качества жизни среди обследуемых: в возрастной группе 50-59 лет показатель КЖ составил -4,8±1,2 балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ; в группе 60-69 лет -5,8±1,2 балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ; в возрастной группе 70 лет и старше – -7,7±1,0 балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ.

В зависимости от сроков проживания на Севере обследуемые мигранты были разделены на 3 группы (1 группа от 10 до 19 лет, вторая группа 20-29 лет, третья группа более 30 лет). Отмечено, что с увеличением времени проживания на Севере КЖ улучшалось с -8,7±1,4 балла у лиц проживших от 10 до 19 лет, до -5,6±0,9 балла и -5,0±0,6 балла при проживании 20-29 лет и более 30 лет.

В дальнейшем обследуемые мигранты были разделены на группы в зависимости от сроков проживания при возвращении в южные регионы Красноярского края (реадаптация).

Первую группу составили обследуемые с длительностью проживания до 5 лет, вторую- 6-10 лет, третью более 10 лет.

С увеличением времени проживания по приезду в Южные регионы Красноярского края в начале КЖ улучшалось с -5,7±1,2 балла у лиц проживших до 5 лет, до -4,8±0,7 балла при проживании 6-10 лет, затем ухудшалось до -6,4±0,7 балла при проживании более 10 лет

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что среди обследуемых основной группы отмечено умеренное снижение КЖ, среди лиц контрольной группы умеренное и выраженное снижение КЖ. Наиболее значимым фактором снижения КЖ для мужчин и женщин основной группы – необходимость лечиться и принимать лекарственные препараты, для контрольной группы – необходимость лечиться, снижением физической активности, снижение активности в повседневной жизни. Отмечалось снижение КЖ в группах 50-59 и 70 и старше, и повышение КЖ в возрастной группе 60-69 в основной группе. В контрольной группе отмечалось снижение КЖ с возрастом. Так же отмечено значительное снижение КЖ у обследуемых основной группы при проживании в условиях Крайнего Севера в первый промежуток времени (10-19 лет) и повышение КЖ при более длительном проживании на Севере. В новых климатогеографических условиях в ранние сроки переезда (до 5 лет) наблюдалось умеренное снижение КЖ. По проживании 6-10 лет наблюдалось легкое снижение КЖ, При проживании более 10 лет снова наблюдалось умеренное снижение КЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аронов, Д. М Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – №5. – С. 92-95.
2. Артериальная гипертония (распространенность, профилактика, адаптация и реадаптация к различным экологическим условиям) / Л. С. Поликарпов, И. И. Хамнагадаев, Р. А. Яскевич, Е. В. Деревянных // Красноярск: КрасГМУ. – 2010. – С. 289.
3. Айвазян, Т. А Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью / Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев.// Кардиология. – 1989. – № 9. – С. 43-46.
4. Биктимирова, Д. М Качество жизни у пациентов с артериальной гипертонией в условиях крайнего севера / Д. М. Биктимирова, Г. И. Иевлева, Л. В. Саламатина // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 6 – С. 77-79.
5. Колодяжная, Т. А Варианты клеточной реактивности и их роль в оценке реадаптации у пожилых мигрантов с севера / Т. А. Колодяжная, О. И. Зайцева, С. Н. Деревцова // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – №2. – С.137-139.

6. Колпакова, Е. В. Качество жизни и артериальная гипертония: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача / Е. В. Колпакова // Терапевт.арх. – 2000. – №4. – С. 71-74.

7. Метеотропные реакции сердечно-сосудистой системы и их профилактика / Л. С. Поликарпов, А. В. Лапко, И. И. Хамнагадаев, Р. А. Яскевич // Новосибирск: Наука – 2005. – С. 196.

8. Особенности адаптационных возможностей пожилых мигрантов с Севера в зависимости от типа личности / Ж. И. Капустенская, О. И. Зайцева, Е. М. Дворяшина, Ж. Г. Зайцева // Сибирский медицински журнал. – 2011. – №6. – С. 81-83.

9. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. Г. Гладков, В. П. Зайцев, Д. М. Аронов, М. Г. Шарфнадель // Кардиология. – 1982. – №2. – С. 100-103

10. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. - 1996. V. 1. P. 29

УДК: 615.03:[616.831+616.832]-085.851.8

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ПЕРИОД НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

К.А. Кочнев

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

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Потупчик Т.В.

Тема эффективной нейрореабилитации больных с поражениями спинного и головного мозга в настоящее время очень актуальна. В Российской Федерации заболеваемость цереброваскулярными болезнями оценивается как 350–400 человек на 100 тыс. населения. Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре причин общей смертности в нашей стране, ненамного уступая заболеваниям сердца. Летальность в острой стадии всех видов инсульта составляет примерно 35 %, увеличиваясь на 12–15 % к концу первого года. Инсульт занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности.

В России проживает свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, из них третью часть составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной [5]. Два важнейших статистических показателя, характеризующие цереброваскулярную патологию, заболеваемость и смертность, на современном этапе имеют противоположенную направленность – заболеваемость растет, смертность уменьшается. Начиная с 1980 года и за последние 20 лет эта тенденция не только сохраняется, но и углубляется. На первый взгляд демографическая ситуация последних лет легко объясняет обостряющуюся ситуацию с цереброваскулярной патологией. Однако современная картина инсульта содержит множество противоречий и труднообъяснимых фактов. Инсульт «молодеет» - за последние пять лет третью часть от общего числа больных с нарушениями мозгового кровообращения составляли люди в возрасте до 50 лет. В прошлом веке «пожилыми» считались те представители, которые в настоящее время относятся к людям среднего возраста. Пересмотр возрастных критериев в сторону их увеличения (Доклад ВОЗ "Старение и здоровье человека", 2001), который относит к категории пожилых людей старше 65 лет, не меняет сути дела, хотя и представляет ситуацию не такой тревожной. В ближайшей перспективе существующая демографическая тенденция, по-видимому, сохранится [1]. Таким образом, одной из самых актуальных и сложных проблем медицины и неврологии в частности является реабилитация больных с поражением головного и спинного мозга. Количество людей, нуждающихся в послеинсультной реабилитации, восстановлении после тяжелых травм, лечении эпилепсии насчитывает миллионы. Но долгое время эта проблема не получала должного внимания даже на законодательном уровне. Концепция реабилитации, разработанная экспертами ВОЗ, представляет систему мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное восстановление физического, психологического и социального статуса больного. Главная цель реабилитации - интеграция пациента в общество с достижением для него возможной социальной и экономической независимости [2]. Лечение и реабилитация больных с поражением головного и спинного мозга должна быть выделена в особую проблему, требующую четкой концепции и системы организации, с учетом комплексности необходимых диагностических, медицинских, медико-социальных восстановительных мероприятий. 70% пациентов, нуждающихся в реабилитации – это неврологические пациенты, остальные – ортопедические, травматологические и совсем малая часть – соматических, в том числе кардиологических. Поэтому выделена отдельно нейрореабилитация для восстановления двигательных, когнитивных нарушений, которая начинается уже в острейшем периоде, в отделении реанимации и обусловливает сложность структуры реабилитации, так как это

делает необходимым включение в нее собственно медицинского, психологического и социального аспектов [4].

Нейрореабилитация в настоящее время рассматривается, как одно из приоритетных направлений развития современной медицины. И связано, это прежде всего, с открытиями в области фундаментальных основ пластических процессов в моторной коре при ее повреждениях. Проведенные нейрофизиологические и нейроанатомические исследования на животных, а также визуализационные и другие неинвазивные методы картирования мозга у человека предоставили неоспоримые доказательства способности коры мозга взрослого индивидуума к значительной функциональной перестройке [5]. Процесс нейрореабилитации за последние годы значительно изменился. Если раньше принципы ведения больных с данными патологиями заключался в сохранении жизни пострадавшего, то на сегодняшний день главной задачей стал вопрос сохранения работоспособности, чтобы по выздоровлению человек был способен вернуться на работу [3]. Очень важно для восстановления здоровья грамотное сочетание психотерапевтических, фармакологических и восстановительных методов лечения. На сегодняшний день одним из основных и доступных методов восстановления является фармакотерапия.

Цель: Выявить особенности фармакотерапии неврологических пациентов в период нейрореабилитации.

Задачи:

1. Изучить фармакотерапию в период нейрореабилитации внутричерепной травмы, инфаркта мозга, травмы спинного мозга,
2. Оценить эффективность получаемой терапии с помощью шкалы РЭНКИНА и индекса мобильности РИВЕРМИД;
3. Провести анализ фармакотерапии коморбидной патологии;
4. Влияние проведенной фармакотерапии на функции печени.

Методом выкопировки было исследовано 36 историй болезни, из них: 19 – перенесших инфаркт мозга, 6 – черепно-мозговую травму (ЧМТ), 11 – спинальную травму. Исследование проводилось в Центре нейрореабилитации Сибирского клинического центра, ФГБУЗ ФМБА России. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows».

Результаты исследования.

По возрасту исследуемые распределились следующим образом: перенесшие инфаркт и спинальную травму чаще от 45 до 55 лет (73,7%-54,6% соответственно), перенесшие ЧМТ чаще встречались в возрасте 36-45 лет. По полу, среди перенесших инфаркт мозга, чаще встречались пациенты мужского пола (63,2%), ЧМТ – 100% пациенты мужского пола, среди перенесших спинальную травму 45,6% составляли больные мужского пола и 54, 5% – женского пола.

Среди коморбидной патологии у 61,1% пациентов, перенесших инфаркт мозга, отмечалась артериальная гипертензия, у 27,8% сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета, у 5,6% сочетание артериальной гипертензии и эпилепсии, у 5,6% регистрировался синдром вегетативной дисфункции (СВД) по гипотоническому типу. У 75% пациентов, перенесших ЧМТ, отмечался СВД по гипотоническому типу и у 25% - эпилепсия. Чаще у пациентов со спинальной травмой отмечалось сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета (37,5%), у 25% пациентов наблюдались артериальная гипертензия или СВД по гипотоническому типу, у 12,5% больных наблюдалась эпилепсия.

В периоде нейрореабилитации пациенты получали фармакотерапию основной и коморбидной патологии. Ноотропную терапию с использованием мемантина получали 10,5% пациентов, перенесших инфаркт мозга; холина альфосцерат назначался 50% больным после ЧМТ и 10,5% - перенесшим инфаркт мозга; фенилпирацетам получали 16,7% пациентов с ЧМТ; гопантеновая кислота назначалась 5,3% больным, перенесшим инфаркт мозга. Средства, влияющие на нервно-мышечную передачу, применялись чаще у больных со спинальной травмой: толперизон - 45,5%, тизанидин - 36,4%, ипидакрин – 45,5%. У больных с инфарктом мозга данные препараты применялись значительно реже (5,3-10,5%). Среди антиагрегантов чаще использовалась ацетилсалициловая кислота: у 80% пациентов, перенесших инфаркт мозга и у 54,6% больных со спинальной травмой; клопидогрел применяли 47,4% больных с инфарктом мозга; пентоксифиллин - 9,1% пациентов также с перенесенным инфарктом мозга. Из противоэпилептических препаратов карбамазепин получали 16,7% пациентов, перенесших ЧМТ и 9,1 – спинальную травму; топиромат – 16,7% пациентов, перенесших ЧМТ и 5,3% - инфаркт мозга, вальпроат натрия – 10,5% перенесших инфаркт мозга и 9,1% - спинальную травму, габапентин получали 9,1% больных, перенесших спинальную травму. Противопаркинсонические средства пирибедил и мадопар (леводопа+ бенсеразид) получали 9,1% пациентов со спинальной травмой и 5,3%, перенесших инфаркт мозга. Гистаминомиметик бетагистин применяли 10,5% больных, перенесших инфаркт мозга.

Антигипертензивная терапия была представлена препаратами из разных фармакологических групп. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ): рамиприл получали 16,7% пациентов, перенесших ЧМТ; эналаприл назначался больным с артериальной гипертензией (АГ), перенесших инфаркт мозга; периндоприл получали 9,1% больных со спинальной травмой. Кардиоселективные бета1-адреноблокаторы (БАБ): бисопролол получали 21,1% больных с инфарктом мозга и 18,2% – со спинальной травмой; метопролол принимали 15,8% пациентов, перенесших инфаркт мозга. Альфа и бета-адреноблокатор карведилол принимали 5,6% больных с инфарктом мозга и 9,1% - со спинальной травмой. Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА): лозартан получали 47,4% пациентов с инфарктом мозга и 9,1% - со спинальной травмой; валсартан принимали 10,5% пациентов с АГ, перенесших инфаркт мозга. Из диуретических препаратов чаще использовался индапамид: у 36,85 пациентов с инфарктом мозга, у 16,7% - с перенесенной ЧМТ и у 9,1% - со спинальной травмой; торасемид применялся у больных, перенесших инфаркт мозга и спинальную травму (10,5%-9,1% соответственно); спиронолактон применялся у 5,6% больных с инфарктом мозга. Среди статинов чаще назначался аторвастатин: 89,5% больным, с инфарктом мозга и 36,4% - со спинальной травмой; симвастатин получали 9,1% больных со спинальной травмой. Из других фармакотерапевтических средств применялись: гипогликемический препарат метформин (5,3%-9,1%), хондропротектор оссеин гидроксипатит (5,3%), витамино-минеральный препарат кальций Д3 (5,3%-16,7%), анаболик нандролон (9,1%), гепатопротектор тиоктовая кислота (18,2%), ингибитор протонной помпы омепразол 5,3%. В качестве антидепрессантной терапии применялся пипофезин у 57,9% пациетов с инфарктом мозга, у 50% - после ЧМТ, 27,3% - со спинальной травмой. Нейролептики применялись редко, только у 5,3% больных с инфарктом мозга применялся сульпирид. На фоне фармакотерапии наблюдались проявления гепатотоксичности (повышение трансаминаз АЛТ до 122,1 Ед/л, АСТ до 68,3ЕД/л) у 17,7% больных получавших терапию после инфаркта мозга и у 16,7% - после ЧМТ. Баклофеновая помпа Лиорезалом применялась у 27,3% пациентов со спинальной травмой и 16,7% - после ЧМТ. По показаниям с согласия пациента применялся ботулотоксин А у 18,2% больных со спинальной травмой. Кроме фармакотерапии пациентам проводилась двигательная и речевая реабилитация, физиотерапия, массаж.

На фоне проведенного курса восстановительного лечения отмечалась положительная динамика по шкале РЕНКИНА у 44,4% и индекса мобильности РИВЕРМИД у 5,3% пациентов с инфарктом мозга. У остальных больных отмечалась

положительная динамика неврологического статуса. Всем больным были рекомендованы повторные курсы реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белова, А. Н., Прокопенко, С. В. Нейрореабилитация. - 3-е изд., перераб. и доп. - М., 2010. - 1288 с.
2. Гусев, Е. И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2007. - Т. 107. - № 6. - С. 4-10.
3. Живолупов, С. А. Теоретические и практические аспекты терапии и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения / С. А. Живолупов, И. Н. Самарцев, Т. В. Бодрова // Журнал неврологии и психиатрии – 2014. - № 2 – С. 37–42.
4. Нуроманова, Ш. А Роботизированная механизированная нейрореабилитация / Ш. А. Нурманова // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2013. – № 1. – С. 3–6.
5. Современные методы реабилитации постинсультных больных / И. В. Сидякина, М. В. Воронова, П. С. Снопков, Т. В. Шаповаленко, К. В. Лядов // Журнал неврологии и психиатрии – 2014. - № 2 – С. 72–76.

УДК 615.272.3

АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО И БЕЗОПАСНОГО НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Е.С. Кублик, Е.С. Минеева

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

Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. О.Ф. Веселова, врач-эндокринолог И.Н. Брикман

Сахарный диабет (СД) 2-го типа – прогрессирующее заболевание, которое характеризуется постоянным ухудшением гликемического контроля, причиной этого являются инсулинорезистентность и нарушение функции β-клеток.

В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных СД (7% населения всего мира).По данным государственного регистра, в настоящее время в России зарегистрировано более 3 млн. больных сахарным диабетом 2 типа, а с

учетом недиагностированных случаев их количество достигает 12,7 млн. чел.. Ежегодно в России умирает более 66 тысяч больных сахарным диабетом.

Безопасность проводимой терапии не менее, чем эффективность, определяет тактику назначения того или иного препарата. А при подборе сахароснижающей терапии под безопасностью в первую очередь понимают риск развития гипогликемий. Приближение к оптимальным показателям компенсации практически всегда сопровождается увеличением числа гипогликемических состояний.

Целью нашего исследования явилось изучить рациональность и безопасность применения сахароснижающих лекарственных средств (ПСП) для лечения и коррекции сахарного диабета второго типа.

Задачи исследования:

1)Изучить современные алгоритмы лечения ПСП диабета 2 типа;

2)Изучить фармакодинамику, стоимость и эффективность имеющихся в продаже в России сахароснижающих препаратов;

3)Изучить осведомленность больных и врачей в сфере сахароснижающих препаратов.

Материалы и методы включали опрос по разработанным анкетам больных СД 2 типа и врачей-эндокринологов на осведомленность в сфере сахароснижающий препаратов и анализ историй болезни больных СД 2 типа.

Возраст почти 100 % опрошенных нами больных больше 50 лет. У 68% стаж диабета более 5 лет. 55% больных чувствуют, что курс лечения, назначенный врачом для них не эффективен. Это подтверждается следующими симптомами декомпенсации диабета: снижение зрения у 72 % больных, покалывание и онемение пальцев - 70 %, повышенное чувство голода - 64 %, медленное заживление ран- 60 %, слабость и усталость - 60 %, полиурия - 55 %, сухость кожи и во рту - 40%, озноб и психические нарушения по 35 %. Данные симптомы возникали наиболее часто у больных принимающих метформин + ПСМ (глибенкламид (Манинил), гликлазид (Диабетон)) при дитерапии, а также только при приеме метформина в монотерапии.

Больные большей своей частью не осведомлены о наличии различных сахароснижающих препаратов (95%).По данным нашего исследования только 36 % больных заинтересованы в расширении своих знаний в сфере сахароснижающих препаратов. Почти 65 % больных не знают уровень своего гликолизированного гемоглобина. 65 % больных не соблюдают диету. У 67% больных имеются сопутствующие заболевания, помимо СД 2 и в 90% случаев это гипертония, а также сердечно-сосудистые заболевания. 100 % больных хотят получать лекарства от СД2 бесплатно.

100% эндокринологов знают основные ПСП и считают, что современные сахароснижающие препараты,которые выше по цене наиболее эффективны в терапии. В 70% случаев врачи назначают такую комбинацию лекарственных средств как метформин+препарат сульфанилмочевины, и в 30% метформин+иДПП4.

Для препаратов 1 ряда по оказываемым на организм эффектам, отсутствию серьезных побочных действий, удобству применения и наличия в списке ЖНВЛС самыми выгодными сахароснижающими препаратами являются ингибиторы иДПП-4, а также метформин, в связи с его подтвержденной эффективностью и многолетним применением. Наилучшим вариантом является комбинированное лечение 2 группами этих препаратов. Метформин снижает массу тела, имеет низкий риск гипогликемии и невысокую стоимость. Его доля среди ПСП составила 38%.

На данный момент помимо метформина препаратами 1 ряда являются инкретиномиметики[1]: -вещества, имитирующие действие ГПП-1 (аналоги ГПП-1); -вещества, пролонгирующие действие эндогенного ГПП-1 (ингибиторы ДПП-4). Аналоги ГПП-1 (эксенатид (Баета), лираглутид (Виктоза)) подавляют секрецию глюкагона и восстанавливают первую фазу секреции инсулина, замедляют опорожнение желудка, снижают аппетит, обладают кардиопротективным действием,снижают АД и улучшают липидный обмен. Недостатками аГПП-1 являются их высокая цена и подкожное введение,что достаточно неудобно.

Ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (ситаглиптин (Янувия), вилдаглиптин (Галвус), саксаглиптин (Онглиза), линаглиптин (Тражента), алоглиптин (Випидия)) восстанавливают уровни эндогенных инкретинов, а также глюкозозависимым образом уровни инсулина и глюкагона. Лекарства из группы ингибиторов ДПП-4 можно комбинировать с другими таблетками от диабета, без риска увеличения побочных эффектов. По результатам исследования 2009 года[10] замена производных сульфонилмочевины на ингибиторы ДПП-4 позволяет снизить частоту гипогликемии в 10 раз, сохранив эффект по снижению глюкозы в крови.

Инкретиномиметики улучшают течение фоновых заболеваний – висцерального ожирения, сердечно-сосудистых нарушений и гипертонии, оказывать протективное действие на поджелудочную железу[9]. По результатам нашего исследования избыточная масса тела имеется у 64 % больных и у 18 % - ожирение 1 степени. Артериальная гипертензия присутствует у 82 % исследуемых.

аГПП-1 не было представлено среди терапии проанкетированных больных, а среди иДПП4 только Янувия и Онглиза. Их доля среди ПСП составила 8%.

Производные сульфонилмочевины (ПСМ) по алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2013 года[1] отнесены к группе альтернативных препаратов из-за высокого риска гипогликемий и прибавки массы тела. ПСМ широко применяются в практике лечения СД 2 типа. По результатам нашего исследования их доля составляет 50% среди всех разновидностей сахароснижающих препаратов. Хотя ПСМ относят к одному классу препаратов, между ними могут иметься существенные различия. Глибенкламид (Манинил) исключен из начального старта терапии в 2013 году, т.к.он обладает наибольшим сродством к АТФ-зависимым K^+-каналам β-клеток поджелудочной железы и оказывает самый мощный сахароснижающий эффект, нередко являющийся причиной развития гипогликемических состояний. И на старте лечения должен быть препарат с наименьшим гипогликемизирующим индексом и высокой сахароснижающей активностью. Таким препаратом является глимепирид (Амарил),известный с 1990 года. Это единственный препарат сульфонилмочевины 3-го поколения с доказанным двойным механизмом действия (также повышает чувствительность периферических тканей к действию инсулина). Он обеспечивает хороший контроль гликемии при однократном приеме, способствует снижению массы тела, обладает экстрапанкреатическим инсулинсберегающим эффектом, безопасен при назначении лицам с сердечно–сосудистыми заболеваниями [4,5] . Доля глимепирида (Амарила) среди ПСМ составила лишь 16 %. Глибенкламид (Манинил) оказался наиболее вредным (среди ПСП 25 %),чем гликлазид (Диабетон, Диабефарм) (среди ПСП 51%). 8 % пришлось на гликвидон (Глюренорм). Глибенкламид (Манинил) и гликлазид (Диабетон) находятся в списке ЖНВЛС, а глимепирид (Амарил) из него исключен [6].

Препарат тиазолидиндион (росиглитазон) (Авандия) запрещен в Европе и США еще в 2007году, т.к. имеется резкое увеличение риска сердечных приступов и застойной сердечной недостаточности. Данный препарат по нашим исследованиям не назначают, но он еще пока в России находится в списке ЖНВЛС. Доли глинидов и ингибиторов α-глюкозидазы среди ПСП также выявлено не было.

Комбинированная терапия метформином и ПСМ продолжает широко использоваться во всем мире по экономическим аспектам. С 1 марта 2015 года в списке ЖНВЛС появились 2 новых препарата иДПП-4 (саксаглиптин (Онглиза) и ситаглиптин (Янувия), помимо ранее представленных: метформин, глибенкламид (Манинил), гликлазид (Диабетон), тиазолидиндионы (росиглитазон), глиниды (НовоНорм), ингибиторы иДПП-4 (вилдаглиптин (Галвус))[6].

На Российском фармрынке появляются новые препараты для лечение СД2. Из иДПП-4: линаглиптин (Тражента), алоглиптин (Випидия). Из препаратов, угнетающих натрий-

глюкоза-котранспортер 2 (SGLT2) в проксимальных почечных канальцах, тем самым предотвращая реабсорбцию глюкозы, которая фильтруется через нефроны: дапаглифлозин (Форсига) с 2014 года. Препарат Форсига™ разрешен к применению и в Европе и в США, где успешно применяется уже на протяжении 1,5 лет.Большая часть больных оказалась не заинтересованными в эффективном лечении сахарного диабета.

Таким образом, изменение образа жизни, включающее модификацию диеты, повышение уровня физической активности, коррекцию избыточной массы тела и отказ от вредных привычек, являются первоначальным и обязательными компонентами управления СД 2-го типа. Выбор сахароснижающей терапии должны определять эффективность и безопасность, с учетом индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом возраста, уровня физической и умственной нагрузки, наличия сопутствующих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. / под ред.И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. - Изд. 6. М,, 2013, - 120 с.

2. Сунцов, Ю. И. Современные сахароснижающие препараты, используемые в России при лечении сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет. - 2012. - №1. - С.6-9.

3. Дедов, И.И. Проект Консенсуса совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2-го типа / И.И.Дедов, М.В. Шестакова // Сахарный диабет. – 2011. - № 1. – С. 3-13.

4. Смирнова, О.М. Амарил® (глимепирид) – представитель третьего поколения производных сульфонилмочевины в лечении сахарного диабета 2 типа./О.М. Смирнова, И.В. Кононенко// Независимое издание для практикующих врачей. – 2011. -№27.

5. Древаль, А.В.Сульфаниламид третьего поколения глимепирид в лечении сахарного диабета 2 типа. // Независимое издание для практикующих врачей. – 2011. - №13.

6. Распоряжение Правительства Российской федерации от 30 декабря 2014 г. No2782-р. Перечень Жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год

7.Аметов, А.С.Новые алгоритмы управления сахарным диабетом 2-го типа./А.С.Аметов //Независимое издание для практикующих врачей. – 2014. - №13.

8. Павлова, М.Г. Как избежать опасности гипогликемии — одного из важнейших осложнений терапии сахарного диабета 2-го типа? Роль ингибиторов ДПП-4. Павлова М. Г., Зилов А. В. // Проблемы эндокринологии. – 2011. - №3. – С. 56–60.

9. Инкретины: Новая веха в лечении сахарного диабета 2-го типа. / Дедов И.И., Шестакова М.В. - М.: Дипак. - 2010. - 91 с.

10.Аметов, А.С.Клиническое использование ингибитора ДПП-4-вилдаглиптина при сахарном диабете 2 типа/А.С.Аметов,Е.В.Карпова //Независимое издание для практикующих врачей. - №14. – 2010.

УДК 611.018.82

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕЙРОВАСКУЛЯРНОЙ ЕДИНИЦЕ

И.С. Кудинова, В.А. Рузаева
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии
Научные руководители: д.м.н., доц. Н.А. Малиновская, к.м.н. Моргун А.В., д.м.н. Малиновская Н.А., к.б.н. Пожиленкова Е.А.

ГЭБ осуществляет активное взаимодействие между кровеносной и центральной нервной системой. Он выполняет функцию высокоселективного фильтра, который препятствует проникновению токсинов и опасных веществ в мозг. Анатомические элементы, из которых складывается гематоэнцефалический барьер, объединяют понятием «нейроваскулярная единица». В последние годы рядом исследователей выдвигаются предположения о вовлечении нейроваскулярных связей в патологический нейродегенеративный процесс. Именно поэтому, изучение особенностей строения нейроваскулярной единицы имеет не только фундаментальное, но и прикладное значение.

Целью исследования было провести анализ литературных данных о морфологическом строении и межклеточных взаимодействиях в пределах нейроваскулярной единицы в норме и при патологии.

Для достижения данной цели были поставленны следующие задачи: проанализировать данные русскоязычных и иностранных источников литературы, рассмотреть анатомическое строение нейроваскулярной единицы и особенности межклеточных взаимодействии в ее пределах, выявить закономерности изменения проницаемости гематоэнцефалического барьера в норме и при патологии.

Был проведен анализ данных литературы по гематоэнцефалическому барьеру. Литература была представлена как иностранная, так и русскоязычная. Было обработано более 40 источников, отобрано 11 наиболее важных статей по нейроваскулярной единице.

Нейроваскулярная единица – это совокупность клеток головного мозга и церебральных сосудов, необходимая и достаточная для контроля их функциональной активности и ответа на действие регуляторных сигналов и повреждающих факторов [2]. К элементам нейровасулярой единицы относятся: эндотелиоциты, перициты, астроциты и нейроны.

Для эндотелиоцитов, входящих в состав НВЕ, характерны некоторые особенности, отличающие их от эндотелиоцитов других органов и тканей. Основное отличие заключается в отсутствии фенестрации капилляров. В клетках эндотелия присутствует повышенное содержание митохондрий; характерна высокая трансэндотелиальная электрическая устойчивость. Наличие лишь минимальной пиноцитозной активности. Имеются «плотные контакты» и уникальный набор рецепторного аппарата, транспортных белков. Именно эндотелиоцитам отводится основная роль непосредственной регуляции проницаемости гематоэнцефалического барьера [5].

Перициты контактируют с нейронами и передают нервное возбуждение от нейрона к эндотелиоцитам, что приводит к расширению или сужению просвета сосудов. Перициты способны оказывать стабилизирующий эффект на новые сформировавшиеся сосуды и приостанавливать их рост, обладают макрофагальной активностью, также влияют на пролиферацию и миграцию эндотелиальных клеток. [5].

Работа всех транспортных систем регулируется астроцитами. Эти клетки окутывают своими окончаниями сосуды и осуществляют передачу регулирующих сигналов от нейронов к эндотелиоцитам. Способны вырабатывать различные нейроактивные вещества, включая нейропептиды, факторы роста, эйкозаноиды, стероиды [5].

Нейроны индуцируют экспрессию ГЭБ-ассоциированных белков в эндотелиоцитах, регулируют просвет сосудов головного мозга и проницаемость гематоэнцефалического барьера.

Защита гематоэнцефалического барьера идет по нескольким направлениям. Клеточный барьер, образованный самими клетками гематоэнцефалического барьера и межклеточными плотными контактами, которые ограничивают свободное передвижение веществ. Ферментативный барьер обеспечивается комплексом ферментных систем (ацетилхолинэстераза, щелочная фосфатаза, моноаминоксидаза и др.), участвующих в метаболизме ксенобиотиков и способных разрушать различные химические вещества. Характерна система эффлюксных АВС – белков-переносчиков, наиболее изученным является Р-гликопротеин [1]. Его функция заключается в препятствии всасыванию ксенобиотиков в ЦНС, а при их попадании — скорейшее выведение. Именно активность Р-гликопротеина приводит к тому, что многие лекарства не проникают через

гематоэнцефалический барьер, к мозгу, или попадают, но в слишком низкой концентрации [6].

Поступление определенных эндогенных соединений в мозг осуществляется по средствам различных транспортных механизмов. При пассивной диффузие – необходимым условием является высокая липофильность субстрата и низкая молекулярная масса. Облегчённая диффузия отличается использованием специальных транспортных систем: GLUT-1 для глюкозы, MCT-1 и MCT-2 для лактата, пирувата, бутирата, ацетата, SLC7 для аргинина, лизина, орнитина. Активный транспорт: группа ABC-транспортеров: P-gp, MRP1, BCRP, все представители этой группы ответственны за феномен мультилекарственной резистентности. Везикулярный траснпорт включает в себя: рецептор-опосредованный трансцитоз, который осуществляет перенос больших молекул в результате контакта вещества-мишени с рецепторами клеточной мембраны и дальнейшего образования транспортных везикул, абсорбцио-опосредованный трансцитоз, при котором происходит «прилипание» положительно заряженных веществ к отрицательно заряженной клеточной мембране с последующим образованием везикулы.

В пределах нейроваскулярной единицы формирование астроглиальной сети обеспечивается белками-коннексинами, образующими щелевые контакты. Коннексины организуются в составе гексамеров в мембранах контактирующих клеток в каналы-коннексоны. Они обеспечивают распространение между клетками ионов кальция, воды, АТФ, глутамата. Каналы соединяют между собой астроциты, астроциты с перицитами, перициты с эндотелиоцитами.

Таким образом, все компоненты ГЭБ находятся в тесной анатомической и функциональной связи между собой, что обеспечивает уникальность данного биологического барьера.

Адекватная работа нейроваскулярной единицы нивелирует относительную ишемию активно функционирующих областей коры, а также приводит к метаболической оптимизации функционирования отдельных групп нейронов, позволяет решать сложные информационные задачи в условиях относительно ограниченного количества энергии и субстратов [3].

Нарушение работы внутри нейроваскулярной единицы снижает эффективность функционирования мозга. Приводит к патологическим изменениям при гипоксии-ишемии, также возможно повреждение коры и подкорковых ганглий [3].

При нейродегенеративном процессе изменения затрагивают и нейроваскулярную единицу. При перинатальной гипоксии/ишемии происходит нарушение нейрон-астроглиального метаболического сопряжения; апоптоз нейронов, нейровоспаление и

повреждение нейроваскулярной единицы. В случае аутизма нарушаются структуры тесных контактов и межклеточных взаимодействий в структуре гематоэнцефалического барьера. Болезнь Паркинсона ведет к перегруппировке и изменению экспрессии белков плотных контактов и увеличению экспрессии селектинов, что вызывает взаимодействие лейкоцитов с эндотелиоцитами сосудов. При болезни Альцгеймера повреждаются клетки эндотелия вследствие токсического действия β-амилоида [4]. Эпилепсия нарушает структуру плотных контактов между эндотелиоцитами. Вследствие острых нейроинфекций повреждаются мембранные структуры астроцитов и эндотелиоцитов вследствие воздействия экзо- и эндогенных токсинов.

Таким образом, понимание работы в пределах нейроваскулярной единицы сделает возможным корректировать когнитивные нарушения на ранних стадиях процесса при хронической ишемии мозга и при нейродегенеративных заболеваний и позволяет снижать проницаемость гематоэнцефалического барьера в клинической практике для повышения эффективности химиотерапевтических препаратов, антибиотиков, а также введения антител, гормонов, медиаторов, в обычных условиях не попадающих в мозг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блинов, Д.В. Современные представления о роли нарушения резистентности гематоэнцефалического барьера / Д.В. Блинов // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2014. – №1. – С. 70-84.
2. Коннексиновые и паннексиновые транспортные системы в клетках нейроваскулярной единицы головного мозга / А.Б. Салмина, Н.А. Малиновская, Н.В. Кувачева и др. // Нейрохимия. – 2014. – №2. – С. 1-12
3. Косаткин, Д.С. Нейроваскулярная единица как точка приложения действия некоторых вазоактивных и нейропротекторных препаратов / Д.С. Косаткин // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2012. – №9. – С. 38-39.
4. Малиновская, Н.А. Роль НАД+-зависимых механизмов в регуляции нейрон-глиальных взаимодействий при ишемии головного мозга и нейродегенерации: автореферат дис. доктора медицинских наук / Н.А. Малиновская. – Кемерово. – 2014. – 47 с.
5. Проницаемость гематоэнцефалического барьера в норме, при нарушении развития головного мозга и нейродегенерации / Н.В. Кувачева, А.Б. Салмина, Ю.К. Комлева и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – 113 (4). – С. 80-85.
6. Экспрессия Pgp в клетках нейроваскулярной единицы при перинатальном гипоксически-ишемическом повреждении головного мозга / А.В. Моргун, Т.Е. Таранушенко,

Н.А. Малиновская и др. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2014. – 8 (1). – С. 40-43.

УДК 577.352.33:616.832-002-031.13-08

КЛЕТОЧНО-МОЛЕКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ ВИЛЮЙСКОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ

К.С. Кудрицкая

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. О.И. Зайцева

Актуальной задачей, стоящей перед здравоохранением Республики Саха (Якутия), является проблема вилюйского энцефаломиелита (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.

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 включалиобследование 76 больных ВЭМ, 30 из которых в возрасте от 30-55лет 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 составили17 пациентов аналогичного возраста, получавших плацебо. Обследование больных проводилось до и после лечения с использованием клинико-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 спектрофлюориметре MPF-4 марки «Hitachi», по методу, предложенному Ю.А. Владимировым и Г.Е. Добрецовым [2]. Цифровой материал обработан с помощью стандартного статистического пакета программSTATISTICA 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 холестерола ($p<0,001$),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 формированием, 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.

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 вилюйским энцефаломиелитом в Республике Саха (Якутия) за 1996-2005 годы / Р.С. Никитина, В.А. Владимирцев, Е.Д. Савилов, Р.С Тазлова // IIIInternationalMeetingonProblemofVilyuiskEncephalomyelitisandothersneurodegenerativedisordersinYakutia. – 2006. – С.36.

4. Особенности картины крови у больных вилюйским 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.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЦЕННОСТНЫХ ОИЕНТАЦИЙ ЛЮДЕЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

В.А.Кудрявцева

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

Понятие «ценность» принадлежит к тем многозначным понятиям, которые распространены и в сфере обыденного сознания, и в сфере научного, в частности, методологического и философского знания. Именно ценность осознается и переживается личностью актуальная значимость, как смысл. Преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, ценности входят в психологическую структуру личности как личностные ценности. Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, служащих связующим звеном между духовной 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 относительны и индивидуальны. Они возникают на основе свободы выбора, в соответствии с которым индивид может свободно следовать идеалам, а может их отвергать.

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. Причины онкологических заболеваний многочисленны и разнообразны. Так принято выделять:

•Генетические причины. Итальянские ученые обнаружили ген, способствующий развитию меланомы, а британцы Питер Коллинз и его коллеги из Кембриджского университета выявили генетическую аномалию (слияние двух генов в один), которая наблюдалась у 60% детей, страдавших одной из разновидностей опухоли мозга[2].

•Образ жизни. Согласно исследованию, проведенному доктором Манами Инуэ из Национального ракового центра в Токио, люди, ведущие активный, подвижный образ жизни, реже болеют раком. По мнению ученных, это связано с тем, что физические упражнения позволяют поддерживать нормальный вес, а это, в свою очередь, уменьшает риск развития рака желудка, толстой кишки, печени и поджелудочной железы [2].

•Неправильное питание. Например, при употреблении большого количества сахара: печень перерабатывает его в липиды, а большое количество липидов снижает выработку белка SHBG (глобулина, который контролирует количество в крови гормонов тестостерона и эстрогена). Если содержание половых гормонов в крови резко возрастет, это может привести к поликистозу яичников и раку матки у женщин [2].

•Индустрия красоты. Гормональные препараты, имплантаты. Онкологи из Института рака в Амстердаме на основании статистических данных сделали вывод, что наличие грудных имплантатов в 18 раз повышает риск развития Т-клеточной лимфомы [4]. По мнению врачей, силикон обладает токсичными свойствами и вредит работе иммунной системы, что ослабляет клеточную защиту, отсюда и злокачественные опухоли.

•Экология. Плохая экологическая обстановка способствует тому, что организм подвергается воздействию вредных веществ, которые начинают влиять на работу клеток. Поэтому в экологически загрязненных районах, как правило, процент онкологических заболеваний превышает норму.

•Стрессы. Непосредственная связь между состоянием нервной системы и развитием онкологии пока не доказана, но статистика утверждает, что среди людей, переживших

серьезную стрессовую ситуацию, встречается достаточно большой процент онкологических больных [3]. Некоторые специалисты даже считают, что именно стрессы являются основной причиной раковых заболеваний.

•Психологические факторы многообразны и не до конца изучены. К ним относятся и детско-родительские отношения, и личностные особенности, и характер, темперамент и т.д.

С целью изучения ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим диагнозом нами была использована методика: «Ценностные ориентации» М. Рокича.Выборка исследования представлена пациентами, находящимися на стационарном лечении в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере имени А.И. Крыжановского, мужчины и женщины в возрасте от 45 до 65 лет

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, связанно 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 полноценность 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 связанность с желанием в семейной сфере остаться по-режнему 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.

В инструментальных ценностях отмечаются высокие показатели по шкалам: ответственность, образованность, самоконтроль, воспитанность, аккуратность, чуткость, широта жизненных взглядов. Можно сделать вывод, что со временем люди, с онкологическими заболеваниями учатся жить сегодняшним днем, меньше думать о

несущественных проблемах. Наблюдается тенденция в более легком отношении к жизни, возможно, это связано с проживанием экзистенциального кризиса, связанного с темой смерти.

Высоким статусом у женщин, перенесших онкологическое заболевание, пользуются духовные ценности: «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «развитие», «уверенность в себе», «любовь», «наличие верных друзей».

Изучение системы ценностей личности больных раком показало их значительную перестройку и выявило специфические закономерности изменений ценностных ориентаций личности в кризисной ситуации - ситуации онкологического заболевания. В большей степени подвержены изменению терминальные ценности, чем инструментальные. Существенно перестраивается высший уровень иерархии ценностей - жизненные цели личности. При этом ценности, которые отмечались больными как менее значимые («независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы»), практически не изменяются.

Полученные данные могут быть использованы психологами для разработки индивидуальной программы оказания психологической помощи этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляев, И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2004. - № 2.

2. Ильницкий, А.П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака».- 2009. - №7.

3. Попова, И.П. Мужчины и женщины в сферах занятости и здоровья: контекст девяностых // Женщина в российском обществе. - 2012. - № 2.

4. Серый, А.В.Ценностно-смысловая сфера личности. Учебное пособие. / А.В.Серый, М.С. Яницкий. - Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2008 - 92с.

УДК616.381 – 003.235-092.9

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОГО КАЛОВОГО ПЕРИТОНИТА У МЫШЕЙ

А.Е.Кузнецов, М.Т. Микаиллы, О.В. Коваленко, Р.И. Сеидова

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М.Лубенского
Научные руководители: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий,к.м.н., доц.Р.Н. Борисов

Распространённый перитонит остаётся одной из актуальных и до настоящего времени нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. Разработку и апробацию новых методов его лечениятрадиционно производят в условиях эксперимента на различных животных [1,2,3]. В настоящее время в научной литературе описано большое количество методов создания перитонита в эксперименте: механическое повреждение кишки; введение в брюшную полость каловой взвеси других животных, чистых культур микроорганизмов, различных инородных тел или химических веществ [3,5,6,7]. В качестве экспериментальных животных чаще используют мышей, крыс, морских свинок, кроликов и собак. Многие из перечисленных методов являются трудоёмкими и требуют значительных затрат материальных средств и времени для создания перитонита. Наиболее приемлемой,с нашей точки зрения, моделью перитонитаявляется методика [4], заключающаяся в инъекционном введении в брюшную полость крыс профильтрованной 10% каловой взвеси в дозе 0,5 мл на 100 г веса. Однако данную модель невозможно автоматически воспроизвести на других экспериментальных животных.

Цельисследования - разработка стандартизованной экспериментальной модели распространённого калового перитонита у мышей.

Задача исследования: адаптировать известную модель перитонита у крыс для воспроизведения её на мышах.

Исследование проводили на 160 мышах (ICR аутбредные популяции, ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», Новосибирская область) массой от 20 до 40 г. Для выполнения работы использовали животных без внешних признаков заболевания. Животные содержались в одинаковых условиях, на стандартном пищевом режиме. Все манипуляциис животными проводили в соответствии с существующими санитарными правилами и нормами. В опытные группы входили животные одного возраста, полученные одновременно. Все исследования проводили водно и то же время суток. Проведение экспериментов на мышах обусловлено удобством вобращении, относительной простотой выполнения манипуляций и получения стандартныхусловий для анатомо-гистологических и клинико-иммунологических исследований в динамике.Все животные были разделены на 16 групп по 10 мышей в каждой. Моделирование перитонита осуществляли путём инъекционного введения в брюшную полость животных как фильтрованной, так и нефильтрованной, каловой взвеси различной концентрации (3%, 5%, 7,5%, 10%), полученной путём смешивания 0,9% раствора натрия хлорида и кала из слепой кишки интактных животных в

дозе 0,5 или 1,0 мл на 100 г веса.При этом полученную взвесь применяли не позднее 20 мин с момента её приготовления. Животных выводили из эксперимента методом ингаляции больших доз эфира. Оценивали выживаемость животных и макроскопическую картину состояния органов брюшной полости.Данные о выживаемости экспериментальных животных представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Летальность животных при экспериментальном перитоните, в зависимости от концентрации и количества вводимой фильтрованной каловой взвеси.

Сутки	0,5 мл на 100 г веса				1,0 мл на 100 г веса			
	3%, n=10	5%, n=10	7,5%, n=10	10%, n=10	3%, n=10	5%, n=10	7,5%, n=10	10%, n=10
	Летальность		Летальность		Летальность		Летальность	
1	0	0	0	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0	1	2
3	0	0	0	1	0	0	1	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	1	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого:	0	0	1	1	0	0	2	3

Таблица 2 – Летальность животных при экспериментальном перитоните, в зависимости от концентрации и количества вводимой не фильтрованной каловой взвеси.

Сутки	0,5 мл на 100 г веса				1,0 мл на 100 г веса			
	3%, n=10	5%, n=10	7,5%, n=10	10%, n=10	3%, n=10	5%, n=10	7,5%, n=10	10%, n=10
	Летальность		Летальность		Летальность		Летальность	
1	0	0	0	0	0	1	5	7
2	0	1	0	1	0	2	4	3
3	1	0	1	2	1	0	1	-
4	0	0	1	0	0	1	-	-

5	0	1	0	0	1	1	-	-
6	0	0	0	0	0	0	-	-
7	0	0	0	0	0	0	-	-
8	0	0	0	0	0	1	-	-
9	0	0	0	0	0	0	-	-
10	0	0	0	0	0	0	-	-
Итого:	1	2	2	3	2	6	10	10

Установлено, что при использовании фильтрованной каловой взвеси в любой концентрации (3%, 5%, 7,5%, 10%), объёмом как 0,5 мл, так и 1 мл на 100 г веса, перитонит у мышей практически не развивался. Схожий результат получен при введении нефильтрованной каловой взвеси в объёме 0,5 мл на 100 г веса. Приемлемый результат получен при инъекционном введении в полость брюшины 5% нефильтрованной каловой взвеси в объёме 1 мл на 100 г веса животного. При увеличении концентрации нефильтрованной взвеси (7,5% и 10 %) гибель всех животных произошла в течение 3 суток.

Производилось вскрытие погибших животных. При вскрытии брюшной полости у животного визуально отмечено, что париетальная ивисцеральная брюшина тусклая, гиперемирована, с налётом фибрина. Во всех отделах брюшной полости содержится мутнаяжидкость, отмечается вздутие петель кишечника. Макроскопическая картина соответствовала распространённому фибринозно-гнойному перитониту, париетальная брюшина гиперемирована, отёчна. При цитологическом исследовании выпота брюшнойполости выявлено большое количество лейкоцитов, лимфоцитов и микроорганизмов.

Данная модель распространённого калового перитонита отличается простотой выполнения, воспроизводимостью, сходностью клинических и патоморфологических изменений, что позволяет объективно оценить общие реакции организма, закономерности возникновения и развития воспалительного процесса в организме и разработать патогенетически обоснованные методы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буянов, В.М. Экспериментальная модель острого гнойного перитонита / В.М. Буянов, Г.В. Родоман, Г.Г.Белоус // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 72-73.

2. Ременник, С.С. К вопросу о создании экспериментальной модели перитонита / С.С. Ременник // Здравоох. Туркменистана. – 1965. – № 7. – С. 21-25.

3. Фавстов, В.В. К вопросу о создании экспериментальной модели перитонита / В.В.

Фавстов // Актуальные проблемы внутренней медицины и стоматологии. – СПб. – 1997. – 140 с.

4. Экспериментальная модель распространённого калового перитонита / В.А. Лазаренко, В.А. Липатов, Ю.Ю. Блинков, Д.В. Скориков // Курск. науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2008. – № 4. – С. 128-132.

5. Increased postoperative peritoneal adhesion formation after the treatment of experimental peritonitis with chlorhexidine / A. Maleckas, V. Daubaras, V. Vaitkus, A. Aniuliene // Langenbeck's Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389. – P. 256-260.

6. Jacobi, C.A. Increased systemic inflammation after laparotomy versus laparoscopy in an animal model of peritonitis / C.A. Jacobi. J. Ordemann, H.U.Zieren// Arch. Surg. – 1998. – Vol. 133. – P. 258-264.

7. Pross, M. Reduced neutrophil sequestration in lung tissue after laparoscopic lavage in a rat peritonitis model / M. Pross, R. Mantke, D.Kunz // World J. Surg. – 2002. – Vol. 26, N 1. – P. 49-53.

УДК 616.33-006-074:535.379

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛЮМИНОЛ- И ЛЮЦИГЕНИН-ЗАВИСИМОЙ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.Е.Кузнецов

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

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО; кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Научные руководители: к.м.н., доц. Р.А. Зуков, асс. Н.В. Боякова

Рак желудка (РЖ) остается одной из основных причин смерти от онкологических заболеваний во всем мире. Заболеваемость РЖ в нашем регионе в 2013 году составила 22,88 на 100 тыс. населения (РФ –25,99; СФО –25,57). На этом фоне крайне высокими являются показатели смертности от РЖ: в Красноярском крае - 21,16 на 100 тыс. населения (РФ – 21,93,СФО – 20,99)[1].

Изучение параметров люминол- и люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов периферической крови позволяет выявить механизмы формирования дисбаланса продукции активных форм кислорода(АФК), которые, как

известно, играют важную роль в реализации эффекторного потенциала клеток при онкологических заболеваниях [2,3].

Цель исследования - изучение особенностей продукции первичных и вторичных АФКнейтрофильными гранулоцитами больных РЖ до операции и в динамке после хирургического лечения.

На базе отделения абдоминальной хирургии Красноярского краевого клинического онкологического диспансера обследованы 32 больных резектабельным РЖ ($T_{2-3}N_{0-1}M_0$) в возрасте 40-55 лет, диагноз верифицирован морфологически. В группах наблюдения на 1-е и 7-е сутки после хирургического лечения – по 28 пациентов с РЖ. Контрольную группу составили 62 здоровых донора.

Для проведения ХЛ анализа к 5 мл гепаринизированной венозной крови добавляется 1 мл полиглюкина, и помещается на 30 минут в термостат (37^0C). Лейкоцитарныйсупернатант дважды отмывается в растворе Хенкса (без фенолового красного) по 10 минут при 400 g. Конечная концентрация лейковзвеси - 2 млнкл/мл. Пробы включают в себя 200 мкл лейкоцитарной взвеси, 20 мкл донорской сыворотки (AB(IV) $Rh^{(-)}$), 240 мкл раствора Хенкса (без фенолового красного) и 50 мкллюминола или 50 мкллюцигенина (100 мкг/мл («Sigma» USA)). Затем пробы помещают в ХЛ-анализатор «CL 3606M» (Россия) и оценивают спонтанную ХЛ реакцию. Через 45 минут добавляют в пробы по 40 мклопсонизированногозимозана (2мг/мл («Sigma», USA)), и оценивают индуцированную ХЛ реакцию. Результаты ХЛ анализа характеризуют по следующим параметрам: времени выхода на максимум интенсивности ХЛ (Tmax), максимальному значению интенсивности ХЛ (Imax) и площади ХЛ кривой (S). Усиление ХЛ, индуцированойзимозаном, оценивают по соотношению S индуцированной к S спонтанной, и обозначают индексом активации.

Статистический анализпроводился с помощью Statistica 6,0. Проверку гипотезы о статистической достоверности выборок проводили с помощью критериев Манна-Уитни и Вилкоксона.

У больных РЖ в период до хирургического лечения нейтрофильные гранулоциты периферической крови характеризуются уменьшением времени выхода на максимум интенсивности спонтанной люцигенин-зависимой ХЛ. При индукции клеток опсонизированнымзимозаном отмечено ускорение времени реагирования на стимул на фоне сниженной интенсивности продукции первичных АФК относительно соответствующих величин в группе здоровых доноров. Кроме того, следует отметить пониженный, по сравнению с контролем индекс активации люцигенин-зависимой ХЛ. Анализ данных люминол-зависимого ХЛ ответа нейтрофилов крови больных РЖ до хирургического лечения

показал пониженный уровень как спонтанной, так и стимулированной продукции вторичных АФК относительно показателей контрольной группы (табл. 1).

На 1-е сутки после хирургического лечения у больных РЖ сохраняются изменения показателей индуцированного опсонизированнымзимозаномлюцигенин-зависимого ХЛ ответа нейтрофилов крови, а именно, ускорено время выхода на максимум и снижена интенсивность свечения клеток. Величина индекса активации люцигенин-зависимой ХЛ нейтрофилов остается сниженной относительно контрольного диапазона (табл. 2). Следует также отметить, что на 1-е сутки после операции наблюдается уменьшение времени выхода на максимум интенсивности спонтанной люминол-зависимой ХЛ клеток по сравнению с соответствующим показателем в период до хирургического лечения ($p<0,05$).

Исследования показателей ХЛ ответа нейтрофилов крови на 7-е сутки после хирургического лечения установил, что по-прежнему наблюдаются ускоренное время выхода на максимум и низкая интенсивность свечения клеток при спонтанной люцигенин-зависимой реакции, а также снижен индекс активации ХЛ 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 ХЛ реакции (табл. 3).

Таблица 1 - Люминол- и люцигенин-зависимая ХЛ нейтрофилов периферической крови больных РЖ до хирургического лечения (Me; C_{25}-C_{75}).

Показатели	Здоровые доноры(n=62)		Больные РЖ(n=32)	
	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция
Спонтанная хемилюминесценция				
Tmax(сек.)	505,50 208,50 - 1502,50	1989,00 1624,00 - 2440,00	864,50 273,00 - 1654,00	586,50 105,50 - 2016,00 $p_2<0,01$
Imax (o.e. .*10^3)	6,67 3,04 - 18,70	1,22 0,79 - 8,99	2,78 0,37 - 12,65 $p_1<0,05$	0,46 0,30 - 1,12 $p_2<0,05$
S_1 (o.e. .*10^5)	2,06 1,23 - 4,60	0,57 0,36 - 1,93	0,78 0,14 - 7,72	0,18 0,13 - 0,52
Индуцированная зимозаном хемилюминесценция				

T max (сек.)	1270,00 862,00 - 1779,00	1799,00 719,00 - 2525,00	1349,50 742,00 - 2040,00	965,00 423,50 - 2177,00 p_2<0,001
I max (o.e. *10^3)	10,54 4,98 - 41,70	1,94 1,10 - 6,53	8,98 1,19 - 27,46 p_1<0,05	0,76 0,33 - 1,45 p_2<0,001
S_2 (o.e. *10^5)	3,78 1,53 - 9,40	0,78 0,53 - 3,21	5,07 0,48 - 16,80	0,30 0,17 - 0,72
S_2/S_1	1,87 1,52 - 3,00	1,65 1,05 - 1,75	2,48 1,42 - 3,92	1,20 1,00 - 1,60 p_2<0,001

Примечание: p_1- статистически значимые различия с показателями люминол-зависимой ХЛ здоровых доноров; p_2- статистически значимые различия с показателями люцигенин-зависимой ХЛ здоровых доноров.

Необходимо отметить, что на 7-е сутки после хирургического лечения у больных РЖ увеличивается величина индекса активации люминол-зависимого ХЛ ответа клеток, как относительно показателя в период до хирургического лечения, так и по сравнению со значениями в группе контроля ($p<0,05$).

В период до операции у больных РЖ соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной ХЛ реакции составляет 1:4 при стимулированной ХЛ реакции – 1:2, в то время как у здоровых доноров эти величины составляют 1:3 и 1:5, соответственно. Следовательно, соотношение 1:2 является недостаточным для развития полноценного цитопатогенного эффекта нейтрофилами, и является отражением опухолевой иммуносупрессии.

Таблица 2 - Люминол- и люцигенин-зависимая ХЛ нейтрофилов периферической крови больных РЖ на 1-е сутки после операции (Me; C_{25}-C_{75}).

Показатели	Здоровые доноры(n=62)		Больные РЖ(n=28)	
	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция
Спонтанная хемилюминесценция				
Tmax	505,50	1989,00	503,00	1000,00

(сек.)	208,50 - 1502,50	1624,00 - 2440,00	200,00 - 979,00	483,50 - 1645,50
Imax (о.е.*10^3)	6,67 3,04 - 18,70	1,22 0,79 - 8,99	3,15 0,58 - 14,19	0,57 0,33 - 9,94
S_1 (о.е.*10^5)	2,06 1,23 - 4,60	0,57 0,36 - 1,93	1,910 0,33 - 10,03	0,24 0,16 - 5,43
Индуцированная зимозаном хемилюминесценция				
T max (сек.)	1270,00 862,00 - 1779,00	1799,00 719,00 - 2525,00	1245,00 545,00 - 2039,00	1487,00 538,00 - 1976,50 p_2<0,01
I max (о.е. *10^3)	10,54 4,98 - 41,70	1,94 1,10 - 6,53	22,78 0,52 - 59,65	0,52 0,26 - 3,61 p_2<0,05
S_2 (о.е. *10^5)	3,78 1,53 - 9,40	0,78 0,53 - 3,21	14,40 0,53 - 29,40	0,35 0,15 - 1,96
S_2/S_1	1,87 1,52 - 3,00	1,65 1,05 - 1,75	2,50 1,00 - 9,05	1,06 0,45 - 1,85 p_2<0,01

Примечание: p_1- статистически значимые различия с показателями люминол-зависимой ХЛ здоровых доноров; p_2- статистически значимые различия с показателями люцигенин-зависимой ХЛ здоровых доноров.

На 1-е сутки после операции соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной ХЛ составляет 1:8, при стимулированной ХЛ – 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 7 сутки после операции соотношение общего количества первичных и вторичных АФК при спонтанной ХЛ составляет 1:3, при стимулированной ХЛ – 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 опсонизированнымзимозаном.

Таблица 3 - Люминол- и люцигенин-зависимая ХЛ нейтрофилов периферической крови больных РЖ на 7-е сутки после операции (Me; C_{25}-C_{75}).

Показатели	Здоровые доноры(n=62)		Больные РЖ(n=28)	
	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция	Люминол-зависимая реакция	Люцигенин-зависимая реакция
Спонтанная хемилюминесценция				
Tmax (сек.)	505,50 208,50 - 1502,50	1989,00 1624,00 - 2440,00	656,00 656,00 - 1216,00	869,00 400,00 - 1374,00 p_2<0,05
Imax (о.е. *10^3)	6,67 3,04 - 18,70	1,22 0,79 - 8,99	1,41 0,41 - 14,22 p_1<0,05	0,435 0,315 - 03,60 p_2<0,05
S_1 (о.е. *10^5)	2,06 1,23 - 4,60	0,57 0,36 - 1,93	0,48 0,14 - 6,03	0,16 0,11 - 1,18
Индуцированная зимозаном хемилюминесценция				
T max (сек.)	1270,00 862,00 - 1779,00	1799,00 719,00 - 2525,00	1059,00 422,00 - 1657,00	959,00 315,00 - 1668,00 p_2<0,01
I max (о.е. *10^3)	10,54 4,98 - 41,70	1,94 1,10 - 6,53	12,53 0,91 - 55,96	1,43 0,43 - 3,50
S_2 (о.е. *10^5)	3,78 1,53 - 9,40	0,78 0,53 - 3,21	7,52 0,40 - 35,60	0,59 0,12 - 1,71
S_2/S_1	1,87 1,52 - 3,00	1,65 1,05 - 1,75	3,63 1,50 - 5,46 p_1<0,01	1,215 0,94 - 1,94 p_2<0,01

Примечание: p_1- статистически значимые различия с показателями люминол-зависимой ХЛ здоровых доноров; p_2- статистически значимые различия с показателями люцигенин-зависимой ХЛ здоровых доноров.

Адекватное соотношение продукции первичных и вторичных высокоэнергетических оксидантов нейтрофилами определяет развитие полноценного системного воспалительного ответа в послеоперационном периоде, направленного на утилизацию и репарацию поврежденных собственных тканей, а также на ограничение экспансии патогенных микроорганизмов и условно-патогенной микрофлоры. Следует отметить, что чрезмерная

активация кислородзависимого метаболизма нейтрофилов может способствовать вторичной альтерации тканей. В свою очередь, недостаточная продукция АФК нейтрофилами сопряжена с неспособностью данной клеточной популяции противостоять возросшей антигенной нагрузке, что может стать причиной инфекционных послеоперационных осложнений.

Таким образом**,** проведенные исследования выявили особенности кислородного метаболизма нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных РЖ. Анализ параметров люминол- и люцигенин-зависимой ХЛ наглядно демонстрирует дисбаланс продукции первичных и вторичных АФК, что приводит к нарушению реализации эффекторного потенциала нейтрофилов крови больных РЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. - 250 с.

2. Elinav E., Nowarski R., Thaiss C.A., Hu B., Jin C., Flavell R.A. Inflammation-induced cancer: crosstalk between tumours, immune cells and microorganisms // Nat. Rev. Cancer. – 2013. – Vol. 13, №11. – P. 759-771.

3. Zhao T., Benard V., Bohl B.P., BokochG.M.The molecular basis for adhesion-mediated suppression of reactive oxygen species generation by human neutrophils // J. Clin. Invest. – 2003. – Vol. 112. – P. 1732-1740.

УДК 159.922

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Е. Кулакова

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

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

Знание о нарушениях психической деятельности у больных с ПТСР невозможно без понимания глубинных механизмов их формирования и проявления. В современных условиях

напряженной социально-экономической ситуации, локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста смертности и преступности, когда люди оказываются в условия острых и/или хронических психически травмирующих событий, изучение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является актуальной проблемой, как в клиническом, так и в социальном аспектах. ПТСР относят к психогенному расстройству, которое вызывается воздействием тяжелых стрессоров.

Цель исследования - провести психологическую диагностику пациентов с ПТСР, разработать программу тренингов и оценить их эффективность для данной группы пациентов.

Задачи исследования:изучить литературу по теме исследования; подобрать диагностический инструментарий; разработать и провести тренинг; провести повторное исследование для оценки эффективности тренига; осуществить качественную и количественную обработку результатов исследования.

Особенности протекания психических процессов у больного устанавливались с помощью ряда методик, применяемых в настоящее время в патопсихологическом исследовании в клинике (таблицы Шульте, заучивание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, простые аналогии, сложные аналогии, выделение существенных признаков, сравнение и объяснение понятий, понимание переносного смысла пословиц, последовательность событий, исключение предметов, исключение понятий). В каждом отдельном случае применялся соответствующий набор методик, перечисленных выше. Были исполь зованы методики: «Запоминание 10 слов», «Таблицы Шульте», «Пиктограмма», «Простые аналогии», «Исключение лишнего (вербальный вариант)», «Исключение лишнего (невербальный вариант)», «Сравнение понятий», «Отсчитывание», «Классификация предметов», «Воспроизведение рассказа (Басня)», «Соотношение пословиц, метафор и фраз», «Объяснение сюжетных картинок», «Школа Дембо-Рубинштейн».

Также были проведены методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССП, ее цель - диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств - гибкости и самостоятельности); эмоциональное выгорание по Бойко; симптоматический опросникSCL-90-R (англ.SimptomCheckList-90-Revised – клиническаятестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц). Результаты первичной диагностики представлены в таблице 1.

Программа психологической профилактики включала 5 дней и была реализована с 6 октября по 29 ноября 2014 года. Периодичность занятий: 2-3 раза в неделю (одно занятие – 1-1,5 ч.), место занятий: Госпиталь ВОВ Центр Медико–психологической реабилитации. Выборка экспериментальной группы: 10 мужчин в возрастном диапазоне от 25 до 36 лет.

Целью данного тренинга являлась проработка эмоциональных особенностей и психических процессов для улучшения их психологического здоровья. Задачи, решаемые на тренинге: развитие способности к самопознанию, развитие ответственности за себя и свои действия, развитие личности. Оценка эффективности тренинга проводилась по результатам повторной диагностики (таблица 2).

Для определения статистической достоверности различий между данными выборок первичной диагностики был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Для определения статистической достоверности различий между данными выборок повторной диагностики также был проведен расчет t-критерия Стьюдента.

Таблица 1 - Результат первичной диагностики (патопсихологическое обследование).

Вид методики и полученный результат	
Память	
Непосредственная: Несколько снижена – 40% Снижена – 60%	Отсроченная: Не нарушено – 30% Несколько снижена – 30% Снижена – 40%
Мышление	
Снижение уровня обобщения – 70%	Не нарушено – 30%
Внимание	
Методика «таблицы Шульте» До 50 сек (не нарушено) – 20% Больше 50 сек (нарушено) – 80%	Методика «отсчитывание по Крепелину» Без ошибок – 30% Интеллектуальные ошибки – 40% Ошибки внимания – 30%
Личностно-мотивационная сфера	
Шкала «Здоровье – болезнь» - среднее 75% Шкала «Счастье – горе» - среднее 80% Шкала «Надежда – отчаяние» - среднее 90%	Шкала «Оптимизм – пессимизм» - среднее 77,5% Шкала «Умный – глупый» - среднее 80%
Эмоциональное выгорание по Бойко (во всех шкалах показатели относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания»)	
Шкалы: «Напряжение» - Переживание психотравмирующих обстоятельств (Н-ППО) «Напряжение» - Удовлетворенность собой (Н-УС) «Напряжение» - «Загнанность в	«Резистенция» - Эмоционально-нравственная дезориентация (Р-ЭНД) «Резистенция» - Расширение сферы экономии эмоций (Р-РСЭЭ) «Резистенция» - Редукция профессиональных обязанностей (Р-РПО) «Истощение» - Эмоциональный дефицит (И-ЭД)

клетку» (Н-ЗвК) «Напряжение» - Тревога и депрессия (Н-ТиД) «Резистенция» - Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (Р-НИЭР)	«Истощение» - Эмоциональная отстраненность (И-ЭО) «Истощение» - Личностная отстраненность (деперсонализация) (И-ЛОД) «Истощение» - Психосоматические и психовегетативные нарушения (И-ПиПН)
Опросник «Стиль саморегуляции поведения» Шкалы: Общий уровень саморегуляции – средний уровень Планирование – средний уровень Моделирование – средний уровень Программирование – средний уровень Оценивание результатов – средний уровень Гибкость – средний уровень Самостоятельность – высокий уровень	Симптоматический опросник SCL-90-R Шкалы: Соматизация – средний уровень у 60%, низкий у 10%, высокий у 30%; Обсессивность, компульсивность – средний уровень у 70%, низкий у 20%, высокий у 10%; Межличностная тревожность – средний уровень у 60%, низкий у 20%, высокий у 10%; Депрессивность – средний уровень у 50%, низкий у 30%, высокий у 20%; Тревожность – высокий уровень у 40%, средний у 30%, низкий у 30%; Враждебность – средний уровень у 50%, низкий у 40%, высокий у 10%; Фобии – низкий уровень у 60%, средний у 30%, высокий у 10%; Паранойяльность – средний уровень у 60%; низкий у 40%; Психотизм – средний уровень у 60%, низкий у 40%

Таблица 2 - Результат повторной диагностики (патопсихологическое обследование).

Вид методики и полученный результат	
Память	
Непосредственная: Не нарушено – 10% Несколько снижена – 50% Снижена – 40%	Отсроченная: Не нарушено – 10% Несколько снижена – 40% Снижена – 50%
Мышление	
Снижение уровня обобщения – 70%	Не нарушено – 30%
Внимание	
Методика «таблицы Шульте» До 50 сек (не нарушено) – 60% Больше 50 сек (нарушено) – 40%	Методика «отсчитывание по Крепелину» Без ошибок – 60% Интеллектуальные ошибки – 20% Ошибки внимания – 20%
Личностно-мотивационная сфера	
Шкала «Здоровье – болезнь» - среднее 70% Шкала «Счастье – горе» - среднее 65%/	Шкала «Надежда – отчаяние» - среднее 70% Шкала «Оптимизм – пессимизм» - среднее 60% Шкала «Умный – глупый» - среднее 67%
Эмоциональное выгорание по Бойко (во всех шкалах показатели относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания»)	
«Напряжение» - Переживание психотравмирующих обстоятельств (Н-ППО) «Напряжение» - Удовлетворенность	«Резистенция» - Эмоционально-нравственная дезориентация (Р-ЭНД) «Резистенция» - Расширение сферы экономии эмоций (Р-РСЭЭ)

собой (Н-УС) «Напряжение» - «Загнанность в клетку» (Н-ЗвК) «Напряжение» - Тревога и депрессия (Н-ТиД) «Резистенция» - Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (Р-НИЭР)	«Резистенция» - Редукция профессиональных обязанностей (Р-РПО) «Истощение» - Эмоциональный дефицит (И-ЭД) «Истощение» - Эмоциональная отстраненность (И-ЭО) «Истощение» - Личностная отстраненность (деперсонализация) (И-ЛОД) «Истощение» - Психосоматические и психовегетативные нарушения (И-ПиПН)
Опросник «Стиль саморегуляции поведения» Шкалы: Общий уровень саморегуляции – средний уровень Планирование – высокий уровень Моделирование – средний уровень Программирование – средний уровень Оценивание результатов – средний уровень Гибкость – средний уровень Самостоятельность – высокий уровень	Симптоматический опросник SCL-90-R Шкалы: Соматизация – низкий уровень у 40%, средний у 30%, высокий у 30%; Обсессивность, компульсивность – средний уровень у 70%, низкий у 20%, высокий у 10%; Межличностная тревожность – средний уровень у 60%, низкий у 20%, высокий у 10%; Депрессивность – низкий уровень у 50%, средний у 30%, высокий у 20%; Тревожность – высокий уровень у 40%, средний у 30%, низкий у 30%; Враждебность – низкий уровень у 50%, низкий у 40%, высокий у 10%; Фобии – низкий уровень у 60%, средний у 30%, высокий у 10%; Паранойяльность – средний уровень у 60%; низкий у 40%; Психотизм – низкий уровень у 60%, средний у 40%

Полученное эмпирическое значение t по опроснику «Эмоциональное выгорание» (14) находится в зоне значимости (t кр.=2,07; p <2,82), что говорит о статистической существенности различий между выборками. В патопсихологическом обследовании использовался расчет критерия Манна Уитни: по шкале «непосредственная память» эмпирическое значение $U_{эмп}(0)$ находится в зоне значимости; по шкале «отсроченная память» эмпирическое значение $U_{эмп}(9.5)$ находится в зоне значимости; по шкале «Мышление»уровень значимости равен – 0,005[1]; по шкале «Внимание»: методика «Шульте» уровень значимости равен – 0,000[1]; методика «Отсчитывание по Крепелину» уровень значимости равен – 0,005[1]. По опроснику «Стиль саморегуляции поведения» $U_{эмп}(9,5)$ находится в зоне неопределенности.

Полученное эмпирическое значение t по опроснику «Эмоциональное выгорание» (12,1) находится в зоне значимости (t кр.=2,07; p <2,82), что говорит о статистической существенности различий между выборками. В Патопсихологическом обследовании использовался расчет критерия Манна Уитни: по шкале «непосредственная память» эмпирическое значение $U_{эмп}(0)$ находится в зоне значимости; по шкале «отсроченная

память» эмпирическое значение $U_{эмп}$(9.5) находится в зоне значимости; по шкале «Мышление»уровень значимости равен – 0,005; по шкале «Внимание»: методика «Шульте» уровень значимости равен – 0,000; методика «Отсчитывание по Крепелину» уровень значимости равен – 0,005.По опроснику «Стиль саморегуляции поведения» $U_{эмп}$ (6) находится в зоне значимости,что говорит о существенныхстатистических различиях между выборками.Данный факт подтверждает эффективность проводимых нами профилактических и коррекционно-развивающих мероприятий.

Таким образом, проведена психологическая диагностика пациентов с ПТСР, разработана программа тренингов и выявлена их эффективность для пациентовс ПТСР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, Е.О. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий / Е.О. Александров, Г. Т. Красильников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2000.
2. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма /С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. - Москва, 2005. – 432 с.
3. Зубова, Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах (обзор) / Е.А. Зубова // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 1. - С.54-60.
4. Тарабрина, Н.В. Теоретико-эмпирическое исследование посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. - 2007. - Т.28, №4. - С.5-12.
5. патопсихологический словарь терминов. – URLhttp://www.psychologist.ru/dictionary_of_terms/index.htm
6. психологический словарь. – URLhttp://enc-dic.com/psychiatry/Sindrom-patopsihologicheskie-1531.html

УДК: 339.138:615.256.56

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

В.А. Кушкина

Курский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д.ф.н., проф. А.И. Овод

Важное место в структуре гинекологической заболеваемости занимают нарушения менструального цикла, которые выявляются у 60-63% подростков и у 20% женщин репродуктивного возраста [2].

Для корректировки при функциональных нарушений менструального цикла очень частоприменяются лекарственные средства (ЛС), значительная доля которых относится к группе гормональных препаратов, что обуславливает предъявление высоких требований к их качеству [3].

Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения нарушений менструального цикла, появление новых ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла, до сих пор остаются клинически востребованной и социально важной группой лекарственных средств [1].

Цель исследования: маркетинговые исследования рынка ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла.

Задачи исследования:

- анализ литературных источников по вопросам лечения, этиологии и патогенеза данного заболевания, анализ современного состояния маркетинговых исследований о функциональных нарушениях менструального цикла;

- проведение маркетингового анализа целевого сегмента российского рынка ЛС, применяемых для лечения функциональных нарушений менструального цикла;

- сравнительный анализ ассортимента российского и регионального фармацевтических рынков ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла;

- проведение медико-социологических исследований студенток медицинского ВУЗа (КГМУ) по данной проблеме.

Объект исследования: ассортимент ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла, зарегистрированных в РФ и на рынке г. Курска; обучающиеся медицинского вуза (100 человек).

Методы исследования: структурный анализ, контент-анализ, графический, логический, системный, аналитический анализы, маркетинговые исследования рынка сульфаниламидных препаратов.

В ходе маркетингового исследования установлено, что ассортимент ЛС представлен 50 торговых наименований (ТН) и 70 лекарственных препаратов (ЛП), состоящийиз 6фармакологических групп (ФГ), среди них гемостатические средства (ГС) – 34,0%; витамины (В) – 12,0%; дофаминомиметики (ДМ) – 10,0%; гестагены (Г) – 26,0%; нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – 8,0%; спазмолитические средства (СС) – 10,0%.В ходе маркетингового анализа определена полнота ассортимента.Всего

выявлено 70 ЛП, среди них большая часть ассортимента приходится на ГС – 28,6%, на втором месте находится Г – 22,8%, затем идет группы витаминов и НПВС – по 14,2%, четвертое место у СС – 12,9%, а последнее принадлежит ДМ – 7,1%., весь исследуемый ассортимент систематизирован в шесть групп АТХ – A, B, D, G, M, N. Самой значительной группой по ТН является В – препараты, влияющие на кроветворение и кровь (28,6%), состоящая из двух групп: B02BA и B02BX. На втором месте – группа А - пищеварительный тракт и обмен веществ – 27,1%. Группа G - препараты для лечения заболеваний урогенитальных органов и половые гормоны занимает третье место – 25,7%.

Анализ регионального рынка ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла показал, что предлагается 44 ТН и 63 ЛП. В ходе анализа регионального рынка ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла было выявлено, что на долю отечественных препаратов приходится (40,9%). На долю зарубежных ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла приходится (59,1%).Индекс обновления составил 0,22 – что говорит также о недостаточной обновляемости ЛС, применяемых при нарушениях менструального цикла на локальном рынке.

На следующем этапе в результате социологического исследования было установлено, что у девушек детородного возраста в большинстве случаев цикл нерегулярный (88,0%), что может быть причиной приема НПВС у 80,0% респонденток. Одним из наиболее часто применяемыхобезболивающих ЛС является кеторол (29,23%),также значительная доля опрошенных использует ибупрофена (26,16%), примерно десятая доля - но-шпу (12,3%), пенталгина (9,23%). Выявлено, что девушки получают информацию о данной группе ЛС в основном от подруг/знакомых (44,44%), от провизора – 26%. Значительная доля респондентов хотят получать информацию о данном заболевании, способах лечения, факторах, влияющих на функциональные нарушения менструального цикла от гинеколога (52,5%), от провизора (15%).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости регулярного проведения маркетинговых исследований регионального рынка, а также групп населения, имеющих данные проблемы со здоровьем, для повышения качества фармацевтической помощи при отпуске лекарственных препаратов, применяемым при функциональных нарушениях менструального цикла.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулова, Е.С. Ежемесячный дискомфорт/Е.С. Абдулова// Новая аптека. Аптечный ассортимент: журн. для рук.и спец. первого стола. - 2012. - № 9. - С. 132-134.

2. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков/Ю.А. Гуркин// Новая аптека. Аптечный ассортимент: журн. для рук.и спец. первого стола. - 2007. - № 2. - С. 90-94.

3. Филиппова, О.В. Потребительские предпочтения при дисменорее/О.В. Филиппова, Н.Ю. Черкасова// Фармация. -2012. -№1. –С.22-26.

УДК [614.253.1/.52:614.88]:005.64

КОМАНДНЫЙ ТРЕНИНГ ПО ХИРУРГИИ ВО ВРАЧЕБНО – СЕСТРИНСКИХ БРИГАДАХ

И.В. Ламакина, Е.В. Таптыгина

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

Кафедра-центр симуляционных технологий

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.В. Таптыгина

В последние годы большое внимание стало уделяться практической подготовке специалистов здравоохранения: стали использоваться симуляционные технологии обучения, методы объективного контроля освоения практических навыков. Современное обучение медицинских специалистов сегодня базируется на трех составляющих: теоретическая подготовка, симуляционное обучение и клиническая практика. Критерием эффективности проведения хирургических вмешательств является отсутствие осложнений в интраоперационном и быстрая реабилитация больного в послеоперационном периоде. Во многом результат операции зависит от компетентности, практической подготовленности и слаженной работы всех членов операционной бригады. При выполнении хирургического вмешательства участвуют: хирург, ассистент, операционная медсестра, анестезиолог, медсестра – анестезист. Одной из методик для оценки взаимодействия участников операционной бригады, является командный тренинг, позволяющий отработать правила командного взаимодействия, развить у участников навыки командной работы.

Цель исследования – разработать и внедрить командный тренинг с использованием симуляционного оборудования на базе кафедры – центра симуляционных технологий ГБОУ ВПО КрасГМУ имени профессора Войно – Ясенецкого для отработки взаимодействия врачей – хирургов, анестезиологов и медицинских сестер на этапе подготовки и проведения оперативных вмешательств.

Задачи исследования: 1) формирование методической базы по теме занятия – основные положения, показания и противопоказания подготовка и проведение оперативного вмешательства;

2) подготовка материально – технической базы для демонстрации практических навыков в ходе занятия;

3) отработка практических навыков на симуляторах, а так же командного взаимодействия под контролем преподавателя;

4) обсуждение полученных результатов.

Методы и материалы: В состав операционной бригады входят: врач – хирург, ассистент, анестезиолог, операционная медсестра, медицинская сестра – анестезист. Средний медицинский персонал выполняет вспомогательные функции, обеспечивает работу операционной бригады, действует инициативно, нацелен на результат, вовлечен целиком в оперативный процесс, как необходимое и ответственное звено. В идеале медицинские сестры должны работать в «опережающем режиме», то есть взаимодействовать с врачом таким образом, чтобы предусматривать его следующее действие или распоряжение без слов. Операционная медицинская сестра обязана знать хирургический инструментарий, его название и назначение. Операционная медсестра накануне операции тщательно подбирает соответствующие наборы инструментов и аппаратуры, стерильное белье, перевязочный материал, шовный материал, лекарственные средства. Медицинская сестра следит за соблюдением участниками операции правил асептики и антисептики, правильным использованием инструментария, аппаратов, медикаментов, перевязочного и шовного материала. Медицинская сестра – анестезист перед операцией непосредственно подготавливает наркозно-дыхательную аппаратуру, анестезиологический инструментарий. Во время операции осуществляет подсчет пульса и частоты сердечных сокращений, определяет дефицит пульса, технику измерения артериального давления. Выполняет назначения анестезиолога. Для отработки командного взаимодействия был разработан клинический сценарий подготовки и проведения оперативного вмешательства «Резекция кишечника с наложением анастомоза». Данный сценарий позволяет отработать практические навыки, не только в рамках хирургического вмешательства, но и на всех этапах подготовки к нему, а так же навыки работы в команде врачей и медицинских медсестер.

Для преоперационной подготовки использовалось симуляционное оборудование:

1. Фантом для внутривенных инъекций.

2. Фантом для проведения очистительной клизмы.

3. Полноростовой симулятор для обработки операционного поля.

Для отработки хирургических навыков использовалось:

1. Муляж кишки, однослойный – реалистичный уплотненный однослойный муляж толстой и тонкой кишки для отработки навыков наложения швов или анастомоза.

2. Муляж толстой кишки, двуслойный – используется для отработки навыков наложения однорядного шва, не захватывая слизистую оболочку, непрерывной техники ушивания, анастомоза «конец-в-конец», не захватывая слизистую оболочку, анастомоза «конец-в-бок» и наложения скоб. Благодаря двум четко выраженным слоям достигается особая реалистичность.

3. Тренажер для отработки лапаротомии – имитирует часть брюшной стенки и включает кожу, подкожный жир, фасцию, предбрюшинный жир и брюшину, водонепроницаемое основание можно заполнять жидкостью, имеет два зажима «крокодил» для фиксации внутренних тканевых структур. Используется для отработки навыков анастомоза.

В ходе занятий формировались три врачебно – сестринских бригады, в состав, которых входили: хирург, ассистент, анестезиолог, операционные медсестра, медсестра – анестезист. В роли врачей – хирургов были обучающиеся по программе «Углубленная подготовка по хирургии» (программа субординатуры), в качестве медицинских сестер – студенты 4 курса Фармацевтического колледжа, отделение «Сестринское дело». Командный тренинг проводился на основе теоретической подготовки, параллельно с отработкой практических навыков в специально оборудованных учебных комнатах – процедурном кабинете, палате, операционной симуляционного центра. Система обучения была построена от простого к сложному: начиная с простых манипуляций, заканчивая отработкой действий в операционной с теоретическим обоснованием каждого шага оперативного вмешательства. Количество повторений, необходимых для освоения и закрепления практических навыков, зависило от сложности манипуляции и индивидуальных особенностей обучающихся. При такой организации учебного процесса каждый обучающийся имел возможность отработать практические навыки и оценить свои ошибки при их выполнении. Были отработаны навыки командного взаимодействия, которые формировались впервые.

Таким образом, командный тренинг во врачебно-сестринских бригадах с использованием симуляционного оборудования является эффективной методикой проведения практических занятий, который позволяет будущим врачам и медсестрам отработать практические навыки не только в рамках хирургического вмешательства, но и на всех этапах подготовки к нему, а так же коммуникативные навыки работы в команде врачей и медицинских медсестер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горшков,М.Д. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / М.Д. Горшков, Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов // Виртуальные технологии в медицине. - 2013. - № 1 (9). - С. 8.

2. Симуляционное обучение в хирургии: учебник / под ред. В.А. Кубышкина, С.И. Емельянова, М.Д. Горшкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 264 с.

УДК 611.018.2-007.17-06:618.53

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИКАК ОДНОЙ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ИНТРАТИНКТОРИАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПЛОДА В ПРОЦЕССЕ РОДОВ

А.А. Ланг, А.И. Никулина, А.В. Доняева, С.М. Макаревич

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

Кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО

Научный руководитель: асс. А.К. Сикорская

Клиническая значимость синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ-синдром) объясняется тем, что наряду с внешними фенотипическими признаками, он проявляется диспластическими изменениями соединительной ткани одного или нескольких внутренних органов, сопровождающимися их дисфункцией [3].Не исключается, что высокий процент родовых повреждений нервной системы у новорожденных обусловлен незрелостью соединительной ткани синдесмозов и перегородочных частей твердой мозговой оболочки (ТМО), как проявления неполного ДСТ-синдрома.

Цель работы – выявлениепроцентного соотношения коллагеновых волокон 1-2 типа у плодов и новорожденных снеполнымДСТ-синдромом по данным литературы.

Дисплазия соединительной ткани – нарушениеразвития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах.Генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением.

Соединительная ткань при данном синдромеморфологически характеризуется изменениями коллагеновых, эластических фибрилл, гликопротеидов, протеогликанов и фибробластов, в основе которых лежат наследуемые мутации генов, кодирующих синтез и пространственную организацию коллагена, структурных белков и белково-углеводных комплексов, а также мутации генов ферментов и кофакторов к ним.

Зрелое коллагеновое волокно (1-2 тип) увеличивается в размере не более чем на 10%. ТМО 12-30% модуль Юнга 10 в 9 степени [5].

К клинико-морфологическим проявлениям ДСТ относятся:

- Скелетные изменения: астеническое телосложение, долихостеномелия (непропорционально длинные конечности), арахнодактилия (длинные тонкие пальцы), различные виды деформации грудной клетки, сколиозы, кифозы и лордозы позвоночника, синдром «прямой спины», плоскостопие и др.Эти изменения связаны с нарушением строения хряща и задержкой созревания эпифизарной зоны роста, что проявляется удлинением трубчатых костей. В основе деформаций грудной клетки лежит неполноценность реберных хрящей.
- Изменения со стороны кожи: гиперэластичность, истончение, склонность к травматизации и образованию келоидных рубцов или шрамов в виде «папиросной бумаги».
- Изменения со стороны мышечной системы: уменьшение мышечной массы, в том числе сердечной и глазодвигательной мускулатуры, что приводит к снижению сократительной способности миокарда и миопии.
- Патология суставов: чрезмерная подвижность (гипермобильность), склонность к вывихам и подвывихам, обусловленная слабостью связочного аппарата.
- Патология органов зрения: одно из самых частых проявлений ДСТ, представлено миопией различной степени, дислокацией хрусталика, увеличением длины глазного яблока, плоской роговицей, синдромом голубых склер.
- Поражения сердечно-сосудистой системы весьма разнообразны и нередко определяют прогноз. Обычно диагностируются анатомические изменения клапанов сердца: дилятация фиброзных колец и пролапсы, аномальные хорды, расширение восходящего отдела аорты и легочной артерии с последующим формированием мешотчатой аневризмы.
- Кроме того, деформации грудной клетки и позвоночника приводят к развитию различных типов торакодиафрагмального сердца.
- Поражение сосудов проявляется аневризматическими расширениями артерий среднего и мелкого калибра и, очень часто, варикозным расширением вен нижних конечностей.

- Бронхолегочные поражения касаются как бронхиального дерева, так и альвеол.Чаще всего диагностируются бронхоэктазы, простая и кистозная гипоплазия, буллезная эмфизема и спонтанный пневмоторакс.
- К патологии почек относят нефроптоз и реноваскулярные изменения.

Ответ волокнистой соединительной ткани на воздействия различной направленности носит системный характер: затрагивает как клеточный, так и волокнистый компонент, отмечается как в органах, непосредственно вовлеченных в развитие стресс-реакции, так и напрямую несвязанных с ее реализацией.

Реакция волокнистой соединительной ткани на экстремальные воздействия включает в себя неспецифическую (стрессорную) и специфическую составляющие. В качестве неспецифического компонента выступает активация секреции мастоцитов железистых органов (надпочечников и тимуса) с общим повышением доли мерокриновой секреции, усиление процессов миграции макрофагов, а в качестве специфического – изменение количества и функционального состояния фибробластов, что при воспалении проявляется в виде повышения их количества и коллагенопродукции, а при кровопотере – уменьшения их содержания и коллагенсинтетической активности[2].

При патологии реакция волокнистой соединительной ткани имеет органную специфичность, что проявляется в более активной и продолжительной секреции биологически активных веществ тучными клетками железистых эндокринных органов (надпочечников и тимуса), органной специфичности перераспределения макрофагов и тучных клеток, изменениями регенераторного ответа фибробластов [1].

Недооценка значимости дисплазии соединительной ткани ведет кнесвоевременной дагностикепрогностически важных состояний,неполноценности профилактических мероприятий, неверному выбору тактикиведения пациентов, что, в конечном счете, отрицательно сказывается насостоянии здоровья значительной части популяции детей и новорожденных. Такимобразом, выявление висцеральных дисплазий должно проводиться системно ввиде целенаправленной диагностики, сводящей к минимуму «случайныенаходки» при выполнении инструментальных методов исследования.Прогредиентное течение синдрома дисплазии соединительной ткани, нарастание с возрастом факторовриска развития тяжелых осложнений, требуют его ранней диагностики с цельюпроведения своевременной профилактики, а, при необходимости, адекватнойкомплексной терапии и реабилитации пациентов с синдромомсоединительнотканной дисплазии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березуцкий, С.Н. Некоторые аспекты растяжимости биологических тканей в травматологии и ортопедии (по данным иностранной литературы) /С.Н.Березуцкий// Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 1 – С. 123-127.

2. Мухлынина, Е. А. Реакция волокнистой соединительной ткани при действиинаорганизм экстремальныхфакторов:автореф. дис. ... канд. биол. наук /Е.А. Мухлынина- Екатеринбург, 2013. – С. 20-21.

3. Дисплазия соединительной ткани у детей и подростков: уч. пособие/ А.Ф. Бабцева, О.В. Шанова, Т.Е. Бойченко и др.– 2010. – С. 84-86.

4. Нелинейные вязкоупругие свойства биологических тканей / А.В. Кобелев, Л.Т. Смолюк, Р.М. Кобелева, Ю.Л. Проценко. - Екатеринбург: УрО РАН, 2011. – С. 42–50.

5. Березовский, В.А. Биофизические характеристики тканей человека / В.А. Березовский, Н.Н. Колотилов. - Киев: Наукова Думка, 1990. – С. 83-103.

УДК 616.132.2-089-06:616.12-005.4

ПРИЧИНЫ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ КАРДИОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИБС

А.А. Ланг, А.И. Никулина

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

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.О. Карпухина

Среди обилия консервативных и оперативных подходов в коррекции атеросклеротической окклюзии коронарных сосудов в последние годы интерес вызываюткардиоинвазивные вмешательства. С помощью данныхоперативных вмешательств удаётся достичь оптимального увеличения просвета стенозированного участка коронарной артерии, используя компрессионное воздействие на неё раздутого баллона, имплантируя специальный стент, восстанавливающий коронарный кровоток.

Задачиисследования:

1. Изучить влияние различных клинических факторов на развитие рестенозов после стентирования коронарных артерий у больных ИБС.
2. Выявить зависимость между морфологическими проявлениями поражений коронарного русла и частотой развития процесса рестенозирования.

3. Выявить прогностические: факторы развития рестенозов и других неблагоприятных побочных событий после выполнения чрескожных коронарных вмешательств.

Баллоннаяангиопластика и стентирование – методывосстановления просвета суженных коронарных артерий изнутри. После стентирования или ангиопластики пациенты, в подавляющем большинстве случаев, испытывают значительное облегчение –исчезают боли в грудной клетке. Если же возникает рестеноз, то все эти симптомы возобновляются, снижая трудоспособность и качество жизни больных.

Так, в многолетних исследованиях было показано, что у части больных после стентирования коронарных артерий через 4-6 месяцев регистрируется рестенозстента. Как показывают данные литературы, частота рестенозастента в эти сроки наблюдения достигает 20-40%[1].

Выделяют три основных механизма, приводящих к развитию рестеноза после баллоннойангиопластики: отрицательное ремоделирование, усиление синтеза внеклеточных белков, миграция и пролиферация гладкомышечных элементов.

Установлено, чтотромбоцитарный фактор стимулирует синтез белков внеклеточного матрикса, в результате чего отмечается ускоренный рост гипоцеллюлярной грубоволокнистой ткани, содержащей в основном глюкозаминогликаны и различные формы коллагена. Именно белки внеклеточного матрикса составляют наибольший объем измененной неоинтимы. Еще один механизм, приводящий к развитию рестеноза– так называемое «отрицательное ремоделирование стенки артериальных сосудов». После проведенной ангиопластики в течение первых нескольких часов в ответ на растяжение артерии происходит эластическое спадение ее просвета. Доказано, что раннее эластическое сужение способствует позднему рестенозу, который возникает из-за возвращения диаметра артерии исходному уровню, имевшемуся до проведения процедуры, при этом в некоторых случаях диаметр артерии может становиться даже меньше исходного.

По теоретическим предположениям, из трех механизмов рестенозирования артерии, стенты могут устранить тромбообразование и эластическоеремоделирование сосудистой стенки сразу после баллонного растяжения. Способность стентов уменьшать частоту острых тромбозов просвета сосуда была доказана на обширном материале, этот эффект достигается путем улучшения геометрии просвета артерии и показателей гемодинамики. Что касается эластического ремоделирования или спадения просвета сосуда, стентирование может предотвратить этот эффект путем армирования стенки артерии и создания искусственного просвета сосуда. Улучшение геометрии просвета сосуда, показателей гемодинамики через стентированный сегмент непосредственно после вмешательства является основой сохранения просвета в отдаленном периоде, низкой частоты рестеноза.

Коронарные стенты снижают частоту рестеноза в сравнении с традиционной ангиопластикой, однако сужение просвета в стенте, обусловленное гиперплазией интимы, может развиваться в 17-32% случаев[4].

До сих пор не разработана оптимальная тактика лечения рестенозов внутри стента. Существуют различные интервенционные методики устранения рестеноза в отдаленном периоде: многократные дилатации баллоном высокого давления; дилатации стенозированного сегмента баллонами большего размера; лазерная реканализация; дилатация «режущим» баллоном и др. Но ни одна из перечисленных методик не может радикально решить проблему рестеноза. Подтверждением тому служит то, что около 1/3 пациентов с рестенозами внутри стентов все же становятся кандидатами на хирургическую реваскуляризацию миокарда, что резко удорожает стоимость лечения одного пациента.

На сегодняшний день также не существует медикаментозного лечения, способствующего уменьшению частоты рестеноза, несмотря на сообщение ряда исследователей на положительные результаты применения мевакора, нифедипина, ципростена, растительных масел и рыбьего жира, ангиопептина, препаратов ингибиторов АПФ и т.д. При применении указанных средств отмечается снижение частоты рестенозов от 36-44 до 14-17% [2]. Однако, по мнению других исследователей, применявших аналогичные средства, ими не было найдено корреляции между медикаментозным лечением и частотой рестеноза.

Использование стентов с лекарственным покрытием позволило снизить частоту рестенозов до 5-7% [3], однако главным недостатком стентов с лекарственным покрытием, лимитирующим их отдаленную клиническую эффективность, является локальная воспалительная и аллергическая реакции, которые могут в значительной степени подавить антипролиферативный эффект лекарственного покрытия. Этого недостатка во многом лишены биорастворимыестенты, но возможность их широкого использования в настоящее время до конца не изучена.

Таким образом, рестенозыпо-прежнему остаются актуальной проблемой с большой частотой развития.Несмотря на изменение технологии установки стентов с лекарственным покрытием, возможен ряд осложнений (чаще в видевоспалительных и аллергических реакций). Помимо этого, необходимо более детальное решение вопросов применения стентирования и баллоннойангиопластики с проведением крупных рандомизированных клинических исследований с длительным периодом наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ломоносова,А.А. Проблема рестеноза после чрескожныхвнутрикоронарных вмешательств и перспективы его профилактики с помощью генотерапевтических воздействий / А.А. Ломоносова, С.Ю.Григорова, Ю.И.Афанасьев // Научные ведомости. – 2010. - №4. - С. 5-10.

2. Федорченко, А. Н. Рестеноз как основная проблема после чрескожных коронарных вмешательств / А. Н. Федорченко. – Новосибирск. – 2009. – С. 186.

3. Рестеноз: причины и механизмы развития при различных видах эндоваскулярного лечения / А.Н. Самко, Е.В. Меркулов, В.М. Власов, Д.Н.Филатов //Атеросклероз и дислипидемии. - 2014. - № 1.– С. 7.

4. A randomized comparison of coronary-stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. Stent Restenosis Study Investigators / D.L. Fischman, M.B.Leon, D.S.Baimet al. // N. Engl. J. Med. – 1994. –Vol. 331(8). – P. 496-501.

УДК: 616-002.17-002.191-053.2

МУКОВИСЦИДОЗУДЕТЕЙ (СЛУЧАЙИЗПРАКТИКИ)

Т.А. Латохо

Гомельскийгосударственныймедицинскийуниверситет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доц. С.С.Ивкина

Муковисцидоз, или кистозный фиброз поджелудочной железы, или болезнь Ландштейнера-Фанкони – наследственнаясистемная экзокринопатия с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующаяся ранней манифестацией клинических проявлений с преимущественным поражением органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и ряда других органов и систем.Муковисцидоз встречается с частотой 1 на 2000 или 1 на 4000 новорожденных [1].

Случай из практики*:* ребенок Ксения 21.05.2009 находилась на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении (с 11.04.2014 по 30.04.2014) и детском пульмонологическом отделении (с 04.06.2014 по 24.06.2014).Диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, аутосомно-рецессивный тип наследования (гомозиготное носительство мутаций dF508 в гене CFTR). Вторичный бронхо-легочный процесс, стадия обострения с клиническими проявлениями хронического бронхита. ДН 0. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы.Гепатопатия. Синдром нарушенного кишечного

всасывания:целиакия? Полип в области ануса. Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести. МАРС: ложная хорда левого желудочка.НК 0.

Ребенок от первой неотягощеннойбеременности, вес при рождении 2750г. Находился на грудном вскармливании, после введения прикорма (гречневая каша) появился жирный стул. Амбулаторно проводилось исследование кала на дисбиоз и копрологию – расценено как явления кишечного дисбиоза и синдром мальабсорбции, назначены биопрепараты, ферменты, после чего стул нормализовался. В последующем мать отмечает склонность к учащенному послабляющему стулу, в копрологии – нейтральный жир. На первом году жизни ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом, масса тела в 1 год 10 килограмм.

С 1.5 лет ребенок проживал в РФ, где и находился под наблюдением.Из медицинской документации–за второй год жизни перенесла острый бронхит, в 1год 10 месяцев и в 2 года – бронхиолит, сохранялся длительный кашель. С 2 лет отмечается неустойчивый мазевидный стул до 8 раз в день, вздутие, боли в животе, в копрограмме – стеаторея, задержка физического развития. Диагностика муковисцидоза не проводилась.

В возрасте 5 лет ребенок поступил под наблюдение детской поликлиники г. Гомеля, откуда был направлен на консультацию детского гастроэнтеролога областной консультативной поликлиники, после чего ребенка госпитализировали.При поступлении: вес 16кг, рост 96см; ребенок вялый, сонливый, аппетит снижен, кожные покровы землисто-бледные,подкожно-жировая клетчатка истончена, периорбитальные тени, язык густо обложен белым налетом, влажный, переферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет, грудная клетка несколько вздута, живот увеличен в объеме, по передней брюшной стенке выражена венозная сеть. Над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно– дыхание жесткое равномерно проводится по всем легочным полям, хрипы не выслушиваются. ЧД 24-27 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и в 5 точке. ЧСС 110-120 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены. При пальпации живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, печень +1,5см, селезенка не пальпируется, перкуторно – тимпанит. Стул 8 раз в сутки мазевидный, плохо смывается со стенок унитаза. Диурез достаточный.

Было проведено обследование.Общий анализ крови: 15.04.2014г. – Л–$8,7\times10^9$/л, Эр– $4,02\times10^{12}$/л, анизоцитоз, гипохромия умеренно выражена, Hb - 63 г/л, Tr- 394×10^9/л, п - 2%, с– 71%, э –2%, м– 3%, л –22%, СОЭ –18 мм/час. 30.04.2014г. – Л – $8,3\times10^9$/л, Эр. – $4,94\times10^{12}$/л, анизоцитоз, гипохромия умеренно выражена, Hb– 105 г/л, Tr– 194×10^9/л, п–4%, с –61%, э –2 %, м –4%, л –29%, СОЭ –5 мм/час.

Общий анализ мочи: 14.04.2014г. – светло–желтая, прозрачная, реакция щелочная, относительная плотность –1029, белок –отр., глюкоза –отр., эпителий –0-1-2, Л–0-1-2, Эр–0 в

поле зрения. 30.04.2014г. – светло–желтая, прозрачная, реакция кислая, относительная плотность –1013, белок –отр., глюкоза –отр., эпителий –0, Л–1-2-3, Эр–0 в поле зрения.

Копрограмма: 15.04.2014г. – кал неоформленный желтый кашицеобразный, pH 5.0, мышечные волокна 0-1, нейтральный жир – значительное количество, мыла – значительное количество, крахмальные зерна 1-2, непереваримая клетчатка 0-1, переваримая клетчатка 0-1. 25.04.2014г. – кал неоформленный желтый кашицеобразный, pH 6.0, мышечные волокна 0-1, нейтральный жир 0, мыла – значительное количество, крахмальные зерна 1-2, непереваримая клетчатка 0-1, переваримая клетчатка 0-1.Исследование фекалий на дисбактериоз 17.04.2014: патогенные микроорганизмы не обнаружены, E. Coli 10^8, Золотистый стафилококк $1,3\times10^5$, бифидобактерии 10^8, лактобактерии 10^7; 05.06.2014: кишечная палочка 10^8, цитробактер 10^2, бифидобактерии 10^8, лактобактерии 10^6.

Монотест кала 15.04.2014: кальпротектин – отр., скрытая кровь – резко положительная.

21.04.2014: кальпротектин – отр., скрытая кровь – резко положительная;

Мультитест кала25.04.2014: кальпротектин +лактоферрин – слабоположительная, трансферрин + скрытая кровь – положительная;

Биохимический анализ крови 14.04.14: общ.белок– 67,3, мочевина – 5,7, общ. билирубин – 9,0, АЛТ –60, АСТ– 71, щелочная фосфатаза – 247, ГГТП– 21, ЛДГ – 452, амилаза– 7.3, глюказа –4.0, СРБ – отр., холестерин 2.6, ЛПВП– 0.78, ЛПНП –1.4, ЛПОНП – 0.34, триглицериды – 0.75, коэфициент атерогенности– 2,3.

Протеинограмма 14.04.2014: альбумины – 61,43% (44,85г/л), альфа-1-глобулины – 2,23% (1,63г/л), альфа-2-глобулины – 9,04% (6,60г/л), бета-глобулины – 13,18% (9,62г/л), гамма- глобулины – 14,12% (10,13г/л).

Иммунограмма 15.04.2014: IgA общий –1.8мг/мл (норма 1,3-3,0), IgG общий – 10,3 мг/мл (норма 9,33-15,27), IgM общий – 1,4 мг/мл (норма 1,17-2,09), IgE общий – 37,577 мг/мл (норма 0-25), ЦИК – 38 ед.

Исследование на гормоны щитовидной железы 25.04.2014: TSH – 3,232 (0,23-3,4), FT4– 16,43 (10,0-23/2), А-ТРО– 47,667 (0-30).

УЗИ внутренних органов 17.04. и 06.06.2014– умеренные диффузные изменения в паренхиме печени, поджелудочной железы.

УЗИ щитовидной железы 17.04.2014– щитовидная железа не увеличена. Обычной эхоструктуры.

ЭХО-КГ 09.06.2014: глобальная систолическая функция ЛЖ сохранена. Камеры сердца не расширены. Ложная хорда ЛЖ.

Рентгенография кистей 21.04.2014–костный возраст соответствует 3-3,5 годам.

Рентгенография органов грудной клетки 17.04.2014– в прикорневых зонах с 2 сторон, больше слева и нижне-медиальных отделах усилен и деформирован легочный рисунок. Корни расширены. Диафрагма в норме. Сердце в норме. Заключение: картина может соответствовать ОРВИ.

Компьютерная томография легких, средостения 06.06.2014– пневматизация легочных полей мозаичная за счет обширных участков уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» и также обширных участков повышенной воздушности. Просвет трахеи и главных бронхов свободен. Заключение: КТ-картина может соответствовать интерстициальному заболеванию легких (пневмонит?).

Исследование ФВД 06.06.2014: ЖЕЛ– 84%, ФЖЕЛ– 60%, ОФВ1– 65%, ПОСВ– 42%, индекс Тиффно – 73%, МОС25 – 66%, МОС50 – 60%, МОС75– 189%. Заключение: умеренные смешанные нарушения.

Проба с беродуалом 10.06.2014: умеренные рестриктивные нарушения; 13.06.2014: проба с сальбутамолом слабоположительная.

С целью исключения муковисцидоза проведено: потовый тест 17.04.2014: количество пота (мг) – 83,0; концентрация ионов хлора (мМоль/л) – 77;24.04.2014 – 81,0мг, 74,07 мМоль/л.

Молекулярно-генетическая диагностика муковисцидоза: по результатам ДНК-анализа от 22.05.2014г. установлено гомозиготное носительство мутаций dF508 в гене CFTR, что подтверждает диагноз муковисцидоза.

С целью исключения целиакии проведено:

ИФА сыворотки крови на Anti-Gliadin (IgG)– 1,585 (норма 0-9.6), Anti-tissueTransglutaminase (IgA) – 3,012 (норма 0-12), ANA (IgA, IgG, IgM)– 1,328 (норма 0-1), ASCA (IgG)– 41,6 (норма 0-10).

ФГДС 14.04.2014– органической патологии не выявлено.

Патогистологическое заключение № 17457-58: по совокупности признаков может соответствовать целиакии (3).

Консультации:

Эндокринолог 25.04.2014: Задержка физического развития. Дефицит соматотропного гормона. Первичный субклинический гипотиреоз.

Гематолог16.04.14: Анемия смешанного генеза, тяжелой степени.

Гастроэнтеролог ГУ «Республиканский детский центр целиакии» 11.06.2014: Муковисцидоз, преимущественно кишечная форма, аутосомно-рецессивный тип наследования. Целиакия? Полип в области ануса.

В результате проведенных исследований был выставлен клинический диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, аутосомно-рецессивный тип наследования (гомозиготное носительство мутаций dF508 в гене CFTR). Вторичный бронхо-легочный процесс, стадия обострения с клиническими проявлениями хронического бронхита. ДН 0. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Гепатопатия. Синдром нарушенного кишечного всасывания: целиакия? Полип в области ануса. Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести. МАРС: ложная хорда левого желудочка. НК 0.

Было назначено лечение: аглютеновая диета, креон 10000 ЕД 5 капсул в сутки, урсокапс, лацидофил, трижды отмытые эритроциты В (111) группы, RH (+) 150,0, цефотаксим, амброксол, ингаляции беродуала, АЦЦ, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, постуральный дренаж.

На фоне лечения состояние ребенка улучшилось: ребенок активный, аппетит сохранен, кашель редкий, отмечается положительная динамика массы тела (за 2 месяца + 1,5кг), дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, живот уменьшился в объеме, стул 2-3 раза в сутки кашицеобразный, менее вязкий, переваренный; лабораторные данные: в общем анализе крови – купирование анемического и воспалительного синдромов, в биохимическом –сохраняется повышение активности аминотрансфераз,в копрограмме–стеаторея, мультитест кала – кальпротектин +лактоферрин – отрицательный, трансферрин + скрытая кровь – слабоположительный.

При выписке были даны рекомендации:

1. Наблюдение участкового педиатра по месту жительства;
2. Диета с повышенным калоражем до 150% от возрастной нормы за счет повышенного содержания белков и жиров, ограничение легкоусвояемых углеводов;
3. Избегать контакта с инфекционными больными и больными ОРВИ;
4. Продолжить прием: креон 10000МЕ 8 капсул в сутки (4500МЕ/кг/сутки в 6 приемов), урсосан 250мг по 1 капсуле на ночь, поливитамины с обязательным содержанием жирорастворимых (витамин А 10000 МЕ/сутки, витамин Д 500 МЕ/сутки , витамин Е 100 МЕ/сутки, витамин К 10мг/сутки (при наличии геморрагического синдрома);
5. ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки ежедневно в домашних условиях;
6. Контроль общего анализа крови, мочи, копрограммы ежеквартально, а также при появлении жирного стула или его учащении.

В настоящее время ребенок находится под динамическим наблюдениемучасткового педиатра, пульмонолога, гастроэнтеролога, принимает заместительную и поддерживающую

терапию. Отмечается положительная динамикав общем состоянии, весе, физическом развитии, лабораторных данных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гембицкая, Т.А. Муковисцидоз сегодня: достижения и проблемы, перспективы этиопатогенетической терапии / Т.А. Гембицкая, А.А.Черменский,Е.П.Бойцова// Российский журнал «Врач».– 2012.– №2. – С. 5.

2. Саванович, И.И. Целиакия у детей и подростков: пособие для врачей / И.И. Саванович. – Минск: ДокторДизайн, 2010. – 40с.

УДК 616.314-07-053.6

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ 12-15 ЛЕТ

Ю.С. Липова

Кемеровская государственная медицинская академия

Кафедра детской стоматологии, ортодонтии

и пропедевтики стоматологических заболеваний

Научный руководитель:д.м.н., проф. Е.А.Киселева

Изучение распространенности стоматологической заболеваемости у детей 12,15 лет является актуальной проблемой, поскольку позволяет определить нуждаемость детского населения в лечебных и профилактических стоматологических мероприятиях и определить эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий [2].

Данные эпидемиологического обследования, ситуационный анализ стоматологической заболеваемости школьников необходимы для рационального планирования, организации и внедрения эффективных программ профилактики, направленных на снижение показателей стоматологической заболеваемости. Недостаток этих сведений затрудняет определение научно обоснованных нормативов потребности детского населения в различных видах стоматологической помощи и снижает эффективность лечебно-профилактических мероприятий [1].

Эпидемиологическое обследование представляет основу для оценки стоматологического статуса детского населения и его потребностей в стоматологической помощи. Результаты обследования служат основой для деятельности общественного

здравоохранения, при этом с учетом полученных данных строится политика и программы здравоохранения.

Цель исследования – изучить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди детей в возрасте 12, 15 лет г. Новокузнецка.

Задачи исследования:

1. Провести осмотры детей в возрасте 12, 15 лет г. Новокузнецка.

2. На основании полученных данных изучить распространенность поражений твердых тканей зубов, определить состояние тканей пародонта, изучить распространенность и интенсивность зубочелюстных аномалий у детей в возрасте 12, 15 лет.

3. Разработать и предложить программу лечебно-профилактических мероприятий для реализации детскими стоматологами, ортодонтами и гигиенистами.

Проведено эпидемиологическое стоматологическое обследование100 детей г. Новокузнецка в возрасте 12 и 15 лет (по 50 человек в каждой группе) по унифицированной методике ВОЗ 2013г., предусматривающей регистрацию стоматологического и ортодонтического статуса населения ключевых возрастных групп, в частности, детей 12 и 15 лет,с использованием разработанной нами индивидуальной карты ортодонтического пациента (определение соотношения челюстей, аномалий формы зубных дуг, аномалий положения отдельных зубов).

На основании полученных данных выявлен высокий уровень стоматологической заболеваемости. Так, у детей в возрасте 12 лет наличие пломб в постоянных зубах составило 3,6%; кариес постоянных зубов – 2,9%; пломба/кариес – 0%, непрорезавшиеся постоянные зубы – 1,3%, пломбы в молочных зубах – 2,4%, кариес молочных зубов – 2%, пломба/кариес в молочных зубах – 1,8%, удаленные молочные зубы по причине кариеса – 5,2%. Отсутствие клыков отмечается у 52% детей, премоляров – 36%, резцов – 8%. Скученность во фронтальном отделе верхней челюсти наблюдается в 16% случаев, скученность во фронтальном отделе нижней челюсти – в 12%, переднее положение верхней челюсти – в 24%, переднее положение нижней челюсти – в 12%, вертикальная щель – в 6% случаев.

В возрасте 15 лет у детей: пломбы в постоянных зубах – 8,5%, кариес постоянных зубов – 3,2%, пломба/кариес – 0,5%, непрорезавшиеся постоянные зубы – 2,6%, удаленные постоянные зубы по причине кариеса – 0,1%, удаленные постоянные зубы по другой причине – 0,1%, пломба/кариес в молочных зубах – 0,07%, кариес молочных зубов – 0,07%. Отсутствие клыков – в 16%, премоляров – в 18%, резцов – 0%. Скученность во фронтальном отделе верхней челюсти – в 30%, скученность во фронтальном отделе нижней челюсти – в 24%, переднее положение верхней челюсти – в 28%, переднее положение нижней челюсти – в 16%, вертикальная щель – в4% случаев.

Вортодонтической помощи нуждаются 90% обследованных в возрасте 12 лет, 84% - в возрасте 15 лет, за консультацией к ортодонту обращались 12% осмотренных школьников, на ортодонтическомлечении находились 6% - в возрасте 12 лет, и 12% - в возрасте 15 лет.Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности аномалий зубочелюстной системы в возрасте 12, 15 лет и отсутствии тенденции к снижению частоты данной патологии с возрастом, что свидетельствует о существовании устойчивых механизмов их формирования, удерживающих распространенность патологии на стабильном уровне. Нарушение формирования зубочелюстной системы проще предупреждать и корректировать в период сменного прикуса, однако в этом возрасте дети редко бывают направленными на прием к ортодонту, что подтверждается результатами исследования.

Результаты эпидемиологического обследования в возрасте 12, 15 лет выявили необходимость разработки и планирования комплексных программ профилактики и лечения стоматологических заболеваний.На основании проведенных исследований была выявлена необходимость разработки и внедрения в практику детского стоматолога, ортодонта и гигиениста программы лечебно-профилактических мероприятий,способствующей повышению уровня организации стоматологической помощи детскомунаселению 12-15 лет, включающей в себя: проведение санитарно-просветительной работы среди школьников и их родителей, педагогов, повышение общего уровеня знаний по гигиене полости рта и характеру питания детей;обучение индивидуальной гигиене полости, регулярный контроль за ее выполнением; проведениегерметизации фиссури слепых ямок прорезывающихся постоянных зубов по показаниям; проведение профилактическихосмотров детей в возрасте 12,15 лет в школах с периодичностью 1 раз в год;постановка на диспансерный учет детей с зубочелюстными деформациями и с выраженнойпредрасположенностью к их возникновению (выявление наличия вредных привычек у пациентов группы риска); своевременное проведение ортодонтического лечения в период сменного прикуса на съемной аппаратуре, применяя комплекс лечебно-профилактических мероприятий, воздействующих на зубочелюстную систему (ЛФК, миогимнастика, массаж и избирательное пришлифовывание, использование съемных аппаратов функционального и функционально-механического действия, современных стандартных ортодонтических устройств: трейнеров и миобрейсов);при необходимости продолжение лечения в период постоянного прикуса с использованиемсовременной инновационной несъемной аппаратуры с последующей ретенцией досовершеннолетнего возраста пациента и контролем не реже 1 раза в год после снятияретенционных аппаратов; проведение тематическихлекций в школах для учащихся, родителей по вопросам профилактики илечения зубочелюстных аномалий и деформаций; выпусксанбюллетеней, обучающихплакатов, брошюр, буклетов.

Для пациентов с нарушением функции дыхания намисоздан комплекс упражнений в виде базы данных «Дыхательной гимнастики» (получено Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2014621136 «Дыхательная гимнастика» от 13.08.2014г.), рекомендуем его к активному внедрению в практику врача-ортодонта.

Таким образом, сочетанный комплекс мероприятий, имеющий систематический и планомерный характер, может способствовать повышению уровня организации стоматологической помощи детскому населению и улучшению качества специализированного лечения. Четко организованная система диспансеризация детей школьного возраста, ранняя профилактика и лечение стоматологической заболеваемости позволить снизить ее распространенность и тяжесть.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киселева, Е.А. Медико-социальные аспекты хронических воспалительных и неопластических стоматологических заболеваний у населения Кемеровской области / Е.А. Киселева, Е.А. Тё. – Кемерово: КемГМА, 2011. – С. 19-34.

2. Kuroda, T. Diagnosis and management of oral dysfunction / T.Kuroda, T. Ono // World J. Orthod. – 2000. - Vol.1. P. 125-133.

УДК 613.94-057.875

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КЕМГМА

Ю.С. Липова, Л.П. Липова

Кемеровская государственная медицинская академия, ООО «СилкаДент»

Кафедра экономики и управления в здравоохранении

Научный руководитель: Н.А. Садкова

Здоровье – первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является ведущей предпосылкой к познанию окружающего мира и самоутверждению человека. В современных жизненных условиях предъявляются повышенные требования к будущим врачам, которые наряду с высокой профессиональной квалификацией, должны иметь крепкое здоровье, высокую работоспособность, быть физически и психически выносливыми и служить хорошим примером в сохранении и укреплении здоровья людей [2].

Выделяют следующие факторы риска, влияющие на здоровье и жизнедеятельность

студентов: неправильное питание, гиподинамия, недостаточность сна, стресс, курение, употребление алкоголя. В настоящее время особенно актуальным является формирование сознательного выбора здорового образа жизни среди молодежив целях сохранения и укрепления здоровья [1].

Цель исследования – изучить распространенность факторов риска, влияющих на формирование здорового образа жизни студентов КемГМА, разработать и предложить рекомендации по формированию осознанного выбора здорового образа жизни среди молодежи.

Задачи исследования:

1. Выявить наличие факторов риска, влияющих на здоровье и жизнедеятельность студентов КемГМАметодом анкетирования.
2. Изучить деятельность молодежи по сохранению здоровья, определить информированность студентов КемГМА в вопросах профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни.
3. Проанализировать результаты анкетирования, сделать выводы и разработать рекомендациипо формированию осознанного выбора здорового образа жизни среди молодежи.

Для изучения распространенности основных факторов риска опрошено 200 студентов стоматологического факультета КемГМА с первого по пятый курс[138 девушек (69,0%) и 62 юноши (31,0%)] путем анонимного и добровольного анкетирования. Для проведения опроса разработана анкета, включающая вопросы, характеризующие образ жизни студента.

По данным анкетирования составлена шкала ценностей студентов: на первое место 60,0 % опрошенных поставили здоровье, на второе — семью (26,0%), на третье — беспечную жизнь и развлечения (9,0%); творчество, интересная работа и счастье других людей (5,0%).

Большинство студентов оценивают состояние своего здоровья как среднее – 48,5%, 51,4%– как удовлетворительное. Средний уровень знаний о состоянии здоровья составил 53,5%. По мнению опрошенных студентов, только 31,0% уделяет достаточно внимания своему здоровью. Наиболее значимыми причинами, которые не позволяют студентам в полной мере заботиться о своем здоровье, являются следующие: дефицит времени (31,0%), наличие более важных дел (18,0%), недостаток знаний (3,0%), недостаток материальных средств (21,0%), недостаток силы воли (15,0%), недостаток физических и моральных сил (7,0%), отсутствие единомышленников, компании (5,0%).

В результате исследования было выяснено, что 51,0% студентов принимают пищу 1-2 раза в день, причем у 44,0 % опрошенных основная часть употребляемой пищи приходится

на вечер, только 15,6% отмечают регулярное питание. Предпочитают снековую группу продуктов (бутерброды, булочки, чипсы, др.) 83,0% опрошенных, а 90,0% - газированные напитки. Средняя кратность потребления в пищу следующих продуктов недостаточно высока: мяса и мясопродуктов – в 2,7 раза в неделю, рыбы и морепродуктов –в 1,5 раза в неделю, причем юноши в 1,2 раза потребляют эти продукты больше, чем девушки. Только 6,0% студентов потребляют овощи и фрукты в достаточном количестве. Девушки в 1,3 раза потребляют их чаще, чем юноши.В соответствии с рекомендациями ВОЗ, овощи и фрукты должны потребляться не менее 500 граммов в день.

Одна треть опрошенных респондентов регулярно принимает витамино-минеральные комплексы. Ежедневно употребляют в больших количествах легкоусвояемые углеводы (шоколад, кондитерские изделия) – 75,0% опрошенных; постоянно подсаливают пищу перед употреблением – 38,0%; 49,5% отдают предпочтение высококалорийным продуктам. У 59,0% опрошенных лиц последний прием пищи приходился на позднее время суток, после 23 часов.

Наличие факта гиподинамии отметили72,0% опрошенных респондентов. Регулярно занимаются на свежем воздухе 34,5% опрошенных студентов, а 19,5% - делаютутреннюю гимнастику. Ежедневно у 67,5% студентов не менее 3-х часов времени уходит на выполнение домашнего задания, в том числеза компьютером. Используют ночное время для выполнения домашнего задания 63,5% респондентов.

Опрос показал, что никогда не курили 62,0% респондентов, 16,0% - курилив прошлом, 22,0% - курят в настоящее время.Среди курящей группы студентов 61,3% это девушки, а38,6% - юноши.Алкоголь, в основном пиво, употребляли 49,5% опрошенных студентов.

Выявлена высокая частота психоэмоциональных факторов риска: недостаток сна (менее 8 часов в сутки) отмечали 75,0% студентов, частые стрессы - 76,5%, проявления депрессии – 55,0%, нежелание продолжать обучение вследствие неуверенности в своих силах – 26,5%.

Таким образом, в ходе исследования выявлена высокая распространенность факторов риска,влияющих на формирование здорового образа жизни студентов, что свидетельствует о низкой приверженности принципам здорового образа жизни студентов и негативно отражается на их здоровье.

Студенты не уделяют должного внимания правильному питанию, что приводит к нарушениям желудочно-кишечного тракта.При выборе продуктов питания следует помнить, что низкий уровень содержания белков животного происхождения, витаминов, минеральных веществ в потребляемых продуктах ведет к калорийной недостаточности и, как следствие, к снижению физической и умственной работоспособности студентов.

Оказалось, что большинство опрошенных студентов имеют вредные привычки, чаще всего – курение. Юношей, имеющих вредные привычки, больше, чем девушек.Употребление табака и алкоголя входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье людей. Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками.

Большинство опрошенных студентов предпочитают проводить свободное время за компьютером или у телевизора. Но самым печальным является то, что молодежь не изъявляет активного желания заниматься спортом.Значительная часть опрошенных студентов не делает утреннюю зарядку.

Многие студенты КемГМА считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах человеческой деятельности,что для поднятия жизненного тонуса необходимы соблюдение режима дня, занятие спортом и регулярные прогулки на природе.

На основании данных, полученных в процессе исследования, нами разработаны рекомендации по формированию здорового образа жизни с учетом личностных характеристик студентов и особенностей учебного процесса в медицинском вузе:

1. Организация студенческих групп на базе КемГМА по продвижению здорового образа жизни среди молодежи.

2. Регулярное проведение мероприятий по формированию сознательного выбора здорового образа жизни.

3. Создание информационной базы данных по обмену опытом работы с молодежью, по обучению ответственному поведению и осознанному выбору здорового образа жизни.

Здоровье молодежи – качественнаяпредпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к сложному учебному и профессиональному труду.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковалева М.Д. Гендерные особенности развития современной стоматологии / М.Д. Ковалева, С.А. Варгина, М.Р. Джерештиева // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 60.

2. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней/ В.К. Леонтьев, Л.Н. Бутова, Е.Г. Калининская, Е.Г. Семенченко. - М.– 2009. –С. 252.

3. Ростова С.Л. Анализ динамики стоматологической заболеваемости по Кемеровской области /С.Л.Ростова, К.В. Буров - URL: http://kemerovostat.gks.ru.

УДК 614.2: 614.314-084

ПРОДВИЖЕНИЕ УСЛУГ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Ю.С. Липова, Л.П. Липова
Кемеровская государственная медицинская академия, ООО «СилкаДент»
Кафедра экономики и управления в здравоохранении
Научный руководитель: к.э.н., доц.Н.Ф. Апарина

Здоровье населения – первостепеннаязадача государства, которая должна быть основой государственной политики. Неумение решать проблему здоровья делает любое правительство непрофессиональным и безнравственным. Здоровая нация – культурнаянация, это высокий уровень производительности труда, экономики и обороноспособности самого государства. Необходимо понимать, что профилактика является основой социальной политики.

Произошедшие в 2000-е годы глубокие политические преобразования в стране, затяжной экономический кризис, укрепление рыночной инфраструктуры, выполненное без учета национальных особенностей, без должных ориентиров на ключевые показатели, характеризующие состояние здоровья населения, привели к ряду негативных последствий. Эти процессы обусловили серьезное неблагополучие в демографии и показателях здоровья населения, в том числе и стоматологического.

Одним из наиболее значимых разделов профилактики является профилактика стоматологических заболеваний, так как полость рта тесно взаимосвязана с другими системами организма, и порой отсутствие профилактики стоматологических заболеваний приводит к возникновению сочетанных патологий организма, которые с трудом поддаются лечению.

В России стоматологические заболевания занимают 2 место в структуре обращаемости населения в медицинские учреждения и 3-е – в структуре общей заболеваемости. Многие исследователи констатируют ухудшение «стоматологического здоровья» населения России, что приводит к негативным медико-социальным и экономическим последствиям [2].

Стоматология как наиболее массовая медицинская специальность характеризуется высокой, практически сплошной заболеваемостью, четкой связью с конкретными факторами внешней среды (питание, уровень цивилизации, социальные и экономические условия). Массовая заболеваемость влечет за собой необходимость сплошной, на уровне популяции, профилактики с применением таких мер, как фторирование воды и пищевых продуктов, организация профилактики на государственном, региональном, учрежденческом уровнях,

планирование профилактики, разработка специальных программ, выпуск средств профилактики в государственном масштабе, развитие специального раздела профилактики – гигиеныполости рта, организация и проведение санитарно-просветительной работы, гигиенического обучения и воспитания [1].

Цель исследования – анализ специфики продвижения услуг профилактической медицины в стоматологии на примере стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» г. Новокузнецкаи разработка рекомендаций по его усовершенствованию.

Задачи исследования:

1. Исследовать организацию продвижения профилактических услуг стоматологического кабинета ООО «СилкаДент»;
2. Разработать рекомендации по усовершенствованию продвижения профилактических стоматологических услуг стоматологического кабинета ООО «СилкаДент».

Проведена оценка деятельности стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» на предмет продвижения услуг профилактической стоматологии;определены особенности социально-гигиенических характеристик пациентов стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» - установлен уровень мотивации населения к проведению мероприятий по профилактике стоматологической патологии.

Среднее количество пациентов стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» составляет 1298 человек в год. Из них первичные пациенты – 574 человека. Удельный вес профилактической работы: проведение профессиональной гигиены полости рта, глубокое фторирование зубов, санация полости рта, использование функциональных аппаратов – трейнеров, корректоров, миобрейсов для профилактики зубочелюстных аномалий, составляет 85,8% от общего количества стоматологических мероприятий.

Экономические показатели стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» за 2011-2013 годы представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Величина дохода за 2011-2013 годы

Временной период, год	Доход, руб.
2011	990836
2012	2295776
2013	3260504

Анализируя данные из Таблицы 1, можно сделать вывод, что экономические показатели стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» имеют положительную

динамику: так, в 2012 году доход увеличился на 56,8% по сравнению с 2011 годом, что преимущественно связано с внедрением новых технологий и методов лечения врачом-ортодонтом стоматологического кабинета ООО «СилкаДент», что позволило расширить исправление разнообразных и тяжелых по сложности и течению заболеваний, что, в свою очередь, привело к притоку пациентов со значительными дефектами челюстно-лицевой области, нуждающимися в высококвалифицированной стоматологической помощи. Также в стоматологическом кабинете ООО «СилкаДент», начиная с данного периода времени, стали внедряться инновационные методы профилактики зубочелюстных аномалий у детей младшего возраста – миофункциональные аппараты.

В 2013 году доход увеличился на 29,5% по сравнению с 2012 годом, что связано с использованием таких методов продвижения стоматологических услуг, как распространение листовок, буклетов, рекламы на автобусах, рекламы на телевидении (бегущая строка на 10 канале, НТВ, рекламные ролики на 10 канале), объявления в газетах «Седьмое утро», «Франт», интернет-реклама на сайте «Франт».

В январе 2014 года был осуществлен переезд стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» по новому адресу, в чем имеются преимущества по сравнению с прежним месторасположением.

Несмотря на то, что все мероприятия по усовершенствованию работы стоматологического кабинета благотворно влияют на развитие продвижения услуг ООО «СилкаДент», по итогам 2014 год доход составил 2579636 рублей, что на 20 % ниже, чем в 2013 году. Это связано со значительными затратами на ремонт кабинета, новое оборудование, повышение квалификации специалистов, а также в связи с переездом по новому адресу – утрачена часть клиентской базы, которую составляют те пациенты, кому удобнее было посещать стоматологический кабинет по прежнему адресу, либо не имеющие информации о новом местоположении.

Итак, проанализировав текущую ситуацию по продвижению услуг стоматологического кабинета ООО «СилкаДент», значимую часть которых составляют профилактические стоматологические услуги, считаю необходимым выдвинуть предложение по усовершенствованию методов продвижения данных видов услуг, которое содержит элементы интерактивного маркетинга, имиджевой рекламы, партнерских отношений, применение инновационных технологий, а также персональных научных разработок.

По итогам исследования продвиженияпрофилактических стоматологических услуг на примерестоматологического кабинета ООО «СилкаДент» разработаны и предложены к внедрению рекомендации по усовершенствованию продвижения профилактических услуг:

мероприятия, направленные на повышение эффективности профилактики стоматологической патологии в специализированных частных учреждениях.

Для повышения эффективности работы стоматологического кабинета ООО «СилкаДент» и усовершенствования продвижения услуг профилактической стоматологии в данной организации предложена реализация следующих мероприятий:

Внедрение дисконтной системы в стоматологическом кабинете ООО «СилкаДент» с предоставлением специальных условий для семей пациентов;

Заключение партнерских соглашений с эстетическими салонами красоты города Новокузнецка, которые могут помочь в привлечении потенциальных пациентов в стоматологический кабинет ООО «СилкаДент»;

Осуществление сотрудничества с молодежными досуговыми организациями для проведения партнерских акций;

Привлечение потенциальной группы стоматологических пациентов – школьников и их родителей, а также студентов среднего звена обучения и студентов вузов посредством взаимодействия с общеобразовательными учреждениями;

Использование инновационного программного продукта для повышения имиджа стоматологического кабинета и усовершенствования продвижения профилактических стоматологических услуг;

Использование Интернет-ресурсы: создание группы «ВКонтакте», «одноклассниках», интернет-страницы с названием стоматологического кабинета ООО «СилкаДент»; осуществление сотрудничества с рекламной компанией Биглион; создание сайта организации.

Таким образом, проанализировав специфику продвижения услуг профилактической медицины в стоматологии на примере стоматологического кабинета ООО «СилкаДент», мы разработали концепцию усовершенствования деятельности стоматологического учреждения, которая позволит повысить уровень стоматологического здоровья населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / Э.М. Кузьмина. – М.: "Тонга-Принт", 2011. – С. 47.

2. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: учебное пособие /В.К.Леонтьев, Л.Н.Бутова, Е.Г.Калининская, Е. Г. Семенченко - М., 2009. - С. 252.

УДК: 616.831-005-036.88-039.71(571.51)

ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Н.В.Литвинюк, И.С. Усатова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО
Научные руководители: д.м.н., доц. П.Г. Шнякин, д.м.н., доц. Н.В. Исаева, к.м.н. Н.В. Хало

В течение последних десятилетий проблема острого инсульта приобретает все большую значимость в связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии, высоким уровнем летальности, частым развитием инвалидности и социальной дезадаптацией перенесших его больных. В России ежегодно возникает 400–450 тыс. инсультов, то есть каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян впервые развивается это заболевание [2].

В Красноярском крае 2015 год объявлен годом по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Губернатором Красноярского края перед медицинским сообществом поставлена задача снизить смертность от инсульта и инфаркта миокарда на 930 умерших в сравнении с 2014 годом. Это очень серьёзные цифры, и для достижения поставленных показателей необходима многоплановая и координированная работа на всех уровнях оказания медицинской помощи, включая первичную и вторичную профилактику, высокотехнологические методы лечения, полноценную реабилитацию.

В настоящее время во всех регионах России отмечается существенный прогресс в методах лечения острых нарушений мозгового кровообращения, что непременно сказывается на снижении смертности от данного заболевания. Внедрены высокотехнологичные методики лечения: микрохирургические, эндоскопические, пункционно-аспирационные методы хирургии геморрагического инсульта, методики селективного внутриартериального тромболизиса и тромбэкстракции при ишемическом инсульте. При этом не отмечается столь же выраженной параллельно идущей работы с ознакомлением населения о симптомах инсульта, необходимости быстрейшего попадания в стационар, о методах лечения и

реабилитации. Практически отсутствует социальная реклама об инсульте на телевидении, радио, какие-то другие масштабные мероприятия по работе с населением. И это притом, что именно про инсульт (в отличие, например от инфаркта миокарда), население имеет самое поверхностное и очень часто неверное представление.

Добиться эффективного лечения заболевания возможно лишь при своевременном обращении за медицинской помощью и грамотных действиях пациента и его родственников до прибытия врача [1,2].Соответственно, основной задачей на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи при инсульте является минимизация задержек при транспортировке.

Промежуток времени от появления первых симптомов до звонка в службу экстренной помощи является одним из значимых факторов задержек на догоспитальном этапе. Основными причинами задержек обращения за медицинской помощью является не только неосведомленность о симптомах инсульта и непонимание их серьезности, но также отрицание болезни и надежда, что симптомы пройдут сами. Это означает, что обучение населения распознавать симптомы инсульта и изменение отношения людей к острому инсульту могут уменьшить время от начала возникновения симптомов до контакта со скорой помощью [3,4,5].

Сами пациенты редко проявляют настороженность: во многих случаях обращаются за медицинской помощью члены семьи. Информирование и обучение должно быть направлено как на лиц с высоким риском развития инсульта, но также и на людей, их окружающих[6,7].

Цель исследования - проанализировать эффективность популяционных ознакомительных мероприятий по симптомам инсульта у жителей города Красноярска в плане ранней обращаемости за медицинской помощью.

Задачи исследования:

1. Определить уровеньосведомленности населения г. Красноярска о симптомах острого нарушения мозгового кровообращения.

2. Провести работу по ознакомлению населения с симптомами инсульта

3. Оценить влияние проводимых мероприятий на раннее поступление пациентов в специализированные отделения.

Проведен анкетированный опрос жителей Красноярска о симптомах инсульта и действиях при возникновении этих симптомов (700 человек в сентябре 2014 года – до начала просветительских мероприятий и 600 человек в марте 2015 года – после проведения просветительских мероприятий). В период с октября по февраль распространено 500 листовок о симптомах инсульта в муниципальном транспорте. Распечатаны рекламные плакаты формата А1, которые были размещены во всех ЛПУ города. 7 февраля 2015 года

проведен городской день профилактики инсульта, на котором обследованы и даны рекомендации по первичной и вторичной профилактике инсульта 315 человек. Информационные листки о симптомах инсульта раздавались всем пациентам, проходившим лечение в кардиологических и неврологических отделениях крупных стационаров г. Красноярска и 6 поликлиниках (январь-февраль) – 400 листовок и 4000 листовок распространены по каналу скорой помощи, вызываемой ко всем пациентам неврологического и кардиологического профиля. В феврале-апреле 2015 года проведены ознакомительные лекцмии по симптомам инсульта и розданы ознакомительные листовки в крупных предприятиях и учебных заведениях (Цементный завод, Красмаш, Крамз, педагогический университет, СФУ).

Проанализировано количество человек, поступивших в первые 3 часа от развития симптоматики в городе Красноярске и других городах Красноярского края (по данным за 2014г.). По полученным данным, только от 5 до 15% людей с клиникой ОНМК поступают в первые 3 часа в специализированные стационары, в то время как большая часть пациентов проступают в интервале 6-12часов, а некоторые и через несколько суток.

Поздняя госпитализация пациентов с инсультом в стационары города и края в большинстве случаев обусловлена низкой грамотностью населения о том, что такое инсульт, чем он опасен и что нужно делать при подозрении на это грозное заболевание.

Проведен опрос 700 жителей разных районов города Красноярска о том, знают ли они симптоматику инсульта и что делать при подозрении на инсульт.

В итоге правильные симптомы инсульта называли всего 23% опрошенных. Чаще всего прохожие определяли инсульт, только как «головную боль», «потерю сознания», часть людей считали, что инсульт – заболеваниесердца. Представляет интерес тот факт,что, несмотря на то, что симптомы инсульта знали только 23% опрошенных, 47% опрошенных правильно ответили, что при подозрении на инсульт необходимо срочно вызывать «скорую помощь».

В связи с низкой грамотностью населения об инсульте и при этом важностью временного фактора для лечения и прогноза заболевания, региональный сосудистый центр, при поддержке МЗ Красноярского края, с сентября 2014 по февраль 2015года провели активную работу по ознакомлению населения с симптомами инсульта.

Наиболее крупным образовательным мероприятием стал проведённый городской день профилактики инсульта, который прошёл 7 февраля 2015года. По результатам опроса, большинство посетителей узнало о мероприятии из листовок, полученных в больницах и поликлиниках (45%). В этом сильное отличие от «скорой помощи», где на вызовах было роздано 4000 листовок, при этом только 2% пришедших узнали о мероприятии по этому

каналу. Вторым по значимости способом, который привлек население на мероприятие, оказалась информация в СМИ, социальных сетях, рекламах в супермаркетах – 23% посетителей.На третьем месте (16% посетителей) – лица, узнавшие о данном мероприятии от своих знакомых.

Только 9% пришедших –лица, которым позвонили из регионального сосудистого центра (из 680 пациентов перенесших инсульт, которым дозвонились, на мероприятие пришло только 27 человек). При этом согласие во время телефонного разговора дало почти 80%. Видимо, это связано с тем, что население не сильно доверяет телефонным разговорам и без подкрепляющей информации (например, рекламы по телевидению) на такое мероприятие не пойдёт.

Насколько по-разному относятся к своему здоровью мужчины и женщины, можно понять по следующим цифрам: в мероприятии участвовало 86% женщин и только 14% мужчин. Это притом, что в России заболеваемость и смертность от инсульта у мужчин выше, чем у женщин.

Посетители были разделены на 3 категории: 1. Лица, перенесшие инсульт – 26% 2. Лица, у которых имеется ближайший родственник, перенесший инсульт – 11% 3. Люди, пришедшие узнать об инсульте – 63%.

Выявлено, что один-два из симптомов инсульта (паралич конечностей, нарушение речи, ассиметрия лица) назвали 75% опрошенных. Это цифра существенно выше той, что была получена при анкетировании случайных прохожих осенью 2014 г, когда правильно назвали хотя бы один симптом инсульта только 23% опрошенных. Это,во-первых, связано с тем, что 37% пришедших на мероприятие – это люди, перенесшие инсульт или их родственники, во-вторых – среди пришедших узнать о риске инсульта и его профилактике, некоторые уже имели информацию о симптомах инсультаиз рекламных листовок и информации в СМИ. При этом есть основания считать, что имеется некоторый вклад в данный показатель проводимой нами системной просветительской работы с населением г.Красноярска с осени 2014 года.

Из симптомов инсульта (в соответствии с FAST-тестом) наиболее часто называли парализацию конечностей(56%), намного реже асимметрию лица (10%).55% опрошенных знали, что при инсульте не бывает способов первой помощи и лечения на дому и необходимо срочно вызывать «скорую помощь». Это почтисопоставимо с цифрами, полученными при опросе случайных прохожих (осень 2014г), когда о необходимости срочного вызова скорой помощи ответило 47%.

Измерение артериального давления у посетителей «дня профилактики инсульта» выявило следующие показатели: 63% посетителей имели гипертоническую болезнь 1-3

степени; 46% посетителей имели в анамнезе ишемическую болезнь сердца и нарушения ритма.Представляет интерес тот факт, что при расчете индекса массы тела пришедших было выявлено, что 73% имели избыточный вес

На основании Фрамингеймской шкалы риска инсульта, среди посетивших «городской день профилактики инсульта», были выявлены следующие показатели риска в ближайшие 10 лет: 38% пришедших на мероприятие имели высокий и очень высокий риски развития инсульта в ближайшие 10 лет. Врачами-неврологами были даны рекомендации по первичной и вторичной профилактике инсульта всем пациентам (и с низким, и с очень высоким риском инсульта).

По результатам повторного соцопроса, проведенного в марте, из симптомов инсульта наиболее часто называли «нарушение речи»(34,1%), слабость и или онемение в ноге (руке) (25,8%) и ассиметрию лица (24,1%). 92,6% опрошенных правильно ответили, что при подозрении на инсульт необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

Таким образом, значимость проводимых мероприятий не вызывает сомнений, при этом для того, чтобы это повлияло на реальное снижение смертности от инсульта, необходимо проводить их системно, регулярно, в разных форматах, максимально возможно используя возможности СМИ для наибольшего охвата населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ворлоу, Ч.П. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу и др., пер. с англ. под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. - СПб., 1998.
2. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М., 2009.
3. DhamoonM.S. etal. // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 1752.
4. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee // Cerebrovasc. Dis. –2008. –Vol. 25. –P 457.
5. Furie K.L. et al. // Stroke. –2011. –Vol. 42. –P. 227.
6. Rashid R. et al. // Stroke. –2003. –Vol. 34. –P. 2741.
7. Schrader J.S. et al. // Stroke. 2005. V. 36. P 1218.

УДК616.379-008.64-06

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ,

НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Н.В.Лифа, Д.Б.Кручинин
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель:к.м.н., доц. А.П. Фролов

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. 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–провестианализ клинических проявленийосложнений СДС у больных, находящихся на лечении в общехирургическом стационаре.

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 осложнениеСДС,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±0,4 ммоль/л, уровень гликилированного гемоглобина –8,9±0,2 при должном 7,6±0,2. У всех 151 больного имелась диабетическаяангиопатия, из них:микроангиопатия в сочетании с макроангиопатией – у133 больных, макроангиапатия – 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 целлюлиом, имелась 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±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±0,5 ЕД/сут., который в 109 случаях сочетался с приемом продленного инсулина в дозе 27,2±1,3 ЕД/сут. В 14 наблюдениях инсулинотерапия сочеталась с приемом сахароснижающих таблетированных препаратов. В 12 наблюдениях уровень глюкозы корригировался только таблетированными препаратами, в 6 – коррекция медикаментозными препаратами не проводилась.

Таким образом, в отделении гнойной хирургии больные с 3-5стадией СДС по Wagner составляли 75,5%.В подавляющем числе наблюдений (92,7%) у больных отмечается наличие нейроишемической формы СДС. Госпитализируются больные через 1 месяц от начала развития гнойных осложнений, с высоким уровнем гликилированного гемоглобина и глюкозы крови на фоне постоянного приема относительно высоких доз простого и продленного инсулина.

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 нейропатия. 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.

УДК 616.89-008.46-085,851.8-06:616.832-004.2

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОРСКИХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

О.В. Логинова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО
Научный руководитель: д.м.н., доц., Е.Ю. Можейко, клин. орд. С.А. Кайгородцева

Рассеянный склероз является хроническим демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы, имеющим в большинстве случаев на ранних стадиях волнообразное течение с чередованием периодов обострений и ремиссий, реже неуклонно прогрессирующее течение [1]. Клинические проявления рассеянного склероза (РС) очень разнообразны, включают двигательные, чувствительные, координаторные и когнитивные нарушения, при этом роль последних часто недооценивается. Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе представлены снижением памяти, темпа психической деятельности, нарушением внимания, функций обобщения, абстрагирования и другими расстройствами. Сегодня доказано, что примерно у половины больных уже в начале болезни при нейропсихологическом тестировании можно выявить когнитивные расстройства. Выраженные интеллектуальные нарушения (деменция) встречаются на поздних стадиях РС в 20–30%. При этом сами пациенты могут не предъявлять жалоб на снижение познавательных функций, часто отмечая лишь повышенную «умственную утомляемость». Дебют заболевания РС, как правило, приходится на молодой возраст, поэтому реабилитация пациентов, включающая воздействие на когнитивные нарушения, является важным аспектом сохранения профессиональной и бытовой независимости пациентов [2].

Когнитивная реабилитация в клинике нервных болезней, имея многолетнюю историю, в последние десятилетия получила мощное развитие, что может быть связано с прорывом высокотехнологических методов диагностикии лечения нарушений когниций (познавательных функций), либо с активным общественным вниманием к проблеме формирования и прогрессирования заболеваний, касающихся нарушений когнитивной сферы. Однако, исследование познавательных функций, в том числе базовых (память, внимание), продолжает оставаться факультативным «аксессуаром», как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе ведения неврологических больных, в том числе пациентов с рассеянным склерозом. В то же время, как показали последние исследования, снижение когнитивных функций, являясь прямопропорциональным снижению как качества жизни больных, так и ее продолжительности, повышает процент не только смертности, но и инвалидизации, наносит бесспорный социально-экономический ущерб обществу, ставя данную проблему в разряд общегосударственных [4].

Сущность тренировок при восстановлении восприятия, памяти и внимания больного заключается в дозированном предъявлении пациенту самых простых, однокомпонентных заданий. Они рассчитаны на преимущественную активизацию и восстановление отдельных элементов психической деятельности. Необходимым условием подобных тренировок является постепенное усложнение заданий и увеличение их объема по мере улучшения функциональных возможностей пациента, а также предоставление больному положительной обратной связи и поощрение достигаемых им даже самых небольших, успехов [3]. Золотым стандартом когнитивной реабилитации является индивидуальное занятие со специалистом-нейропсихологом. Однако существует недостаток специалистов нейропсихологического профиля, а в современных стандартах стационарной и амбулаторной помощи больным рассеянным склерозом отсутствует когнитивная диагностика и реабилитация. Эти факты, в сочетании с высокой трудоемкостью и дороговизной нейропсихологичских занятий в режиме индивидуальных тренировок, в течение последних лет способствовали появлению других форм тренирующих воздействий, с большей пропускной способностью и меньшей потребностью в высокоспециализированном персонале. Такие подходы могут включать использование компьютеризированных программ когнитивной тренировки, активно разрабатывающихся как за рубежом, так и в России. Так, на кафедре нервных болезней с курсом медицинской реабилитации КрасГМУ разработан пакет когнитивно-стимулирующих компьютерных программ для лечения пациентов, перенесших инсульт.

Целью нашего исследования стало исследование эффективности авторской компьютерной программы для когнитивной реабилитации у пациентов с рассеянным склерозом в кратковременном и долговременном аспектах.

Авторские компьютерные программы были созданы на основе распространенных полиграфических стимульных материалов для нейропсихологической диагностики:

1) Тренировка внимания с использованием компьютеризированных таблиц Шульте. Испытуемому поочередно предлагаются таблицы разных уровней сложности (1 и 2), на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Задание выполняется на время.

2) Тренировка оптико-пространственного гнозиса с использованием компьютеризированной пробы «фигура-фон». Представленная пациенту картинка «зашумлена» фоном из крапа различной интенсивности и представлено во весь экран монитора компьютера большим квадратом. В процессе узнавания происходит постепенное уменьшение интенсивности шума, вплоть до полного исчезновения крапа. Скорость узнавания обозначается баллами от 0 до 10. Правильность выполнения отмечается аплодисментами или сигналом «неправильно».

3) Тренировка зрительно-пространственной памяти с использованием проб на запоминание положения картинки. Сущность задания заключается в запоминании расположения постепенно увеличивающегося количества предметов в ячейках таблицы. После демонстрации расположения картинок в ячейках они пропадают на несколько секунд, а пациенту дается задание самому указать курсором мыши, в каких из ячеек находились предметы.

Кроме перечисленных проб, в занятие входили компьютеризированные задания на запоминание серий символов, расстановку стрелок на часах, серийный счет.

В пилотном исследовании эффективности авторских компьютерных тренирующих программ приняли участие 3 пациента с рассеянным склерозом. Все пациенты были обследованы, у них выявлены когнитивные нарушения легкой или умеренной степени. С каждым пациентом в режиме через день проводились занятия длительностью 1 час. Всем пациентам до и после реабилитации когнитивных нарушений были проведены оценочные шкалы: MMSE, FAB, EQ-5D, опросник самооценки здоровья MSIS, шкала оценки влияния рассеянного склероза на самочувствие, шкала тревоги и депрессии (HADS), SDMT, PASSAT, проба Шульте. Ниже представлены пациенты, результаты оценки когнитивного статуса которых приведены в таблице 1.

1 пациент: мужчина 42 года, диагноз: ремиттирующий рассеянный склероз. В качестве базисной иммуномодулирующей терапии регулярно принимает препарат «Ребиф» с марта 2015 года. МРТ головного мозга от 25.01.2015г.: МР картина демиелинизирующего процесса головного мозга, наиболее вероятно SD, с наличием «активного очага» в левой теменной доле. Умеренно выраженная наружная заместительная гидроцефалия. Латеровентрикулоасимметрия. При нейропсихологическом тестировании обнаружено: ие темпа психической деятельности (Т.Шульте 50 сек.), сохранность оптического, акустического, пространственного гнозиса. Отмечалась сохранность счета, при этом темп исчисления резко снижен. При исследовании моторных динамических проб на мануальный праксис – ошибки (путается в последовательности) с двух сторон. Исследование памяти выявило непосредственное воспроизведение слов в полном объеме, отсроченное воспроизведение в полном объеме. Таким образом, по данным нейропсихологического осмотра выявляется дисфункция подкорково-лобных связей. Степень снижения ВКФ соответствует умеренным когнитивным нарушениям нейродинамического характера, присутствует тревожный синдром.

2 пациент: Женщина 46 лет, диагноз: ремиттирующий рассеянный склероз. В качестве базисной иммуномодулирующей терапии регулярно принимает препарат «Ребиф». МРТ головного мозга от 29.08.2014г.: МР – признаки демиелинизирующего процесса головного

мозга (SD). Наружная гидроцефалия. Ретроцеребеллярная киста. При нейропсихологическом тестировании обнаружено: общий фон настроения снижен, темп работы резко снижен (Т. Шульте 1 мин. 35 сек), снижение общего внимания; относительная сохранность счета (единичная ошибка), темп исчисления снижен, нарушения мнестической деятельности, отсроченное воспроизведение не в полном объеме (4 из 6 слов), замедление понимания логико-граматических конструкций. По данным нейропсихологического осмотра определяются признаки дисфункции подкорковых образований, медиальных отделов височной доли, заинтересованность лимбико-ретикулярного комплекса: ведущий синдром: умеренные когнитивные нарушения, нейродинамический тип, депрессивный синдром.

3 пациент: Женщина 27 лет, ремиттирующее течении РС с частыми обострениями. Регулярно принимает «Генфаксон». МРТ головного мозга от 29.07.2014г. – определяются очаговые изменения вещества мозга, соответствующие демиелинизирующему процессу головного мозга, «пустое» турецкое седло. При нейропсихологическом тестирование обнаружено: темп работы средний, отмечаются головные боли при усиленной концентрации внимания. Т. Шульте 35 сек; Легкое снижение тактильного гнозиса слева; моторные пробы на динамический праксис выполняет с единичными ошибками, хуже слева, графические пробы на переключение с легкими персеверациями, с самокоррекцией. Объем слухоречевой памяти сохранен, не воспроизводит порядок символов после 6 предъявлений. По данным нейропсихологического тестирования определяются признаки легкой дисфункции со стороны: правой височной доли, верхне-теменной области справа, премоторных отделов лобной коры слева и справа. Ведущий синдром: легкий амнестический синдром.

Таблица 1 – Оценка когнитивного статуса пациентов

		MMSE	FAB	EQ-5D опросник по здоровью	шкала рассеянного склероза	шкала тревоги и депрессии (HADS)	SDMT	PASSAT	проба Шульте (сек)
Пациент 1	до	28	17	3	66	11/10	51	21	50
	после	28	17	3	70	13/10	48	20	42
Пациент 2	до	26	18	4	72	5/12	28	29	95
	после	27	18	4	70	5/11	32	28	60
Пациент 3	до	30	18	5	73	11/10	43	10	33
	после	29	18	5	63	11/10	60	11	30

Таким образом, у всех пациентов, несмотря на относительно недавний анамнез заболевания, выявлялись когнитивные расстройства, которые до настоящего времени не были вынесены в диагноз, а значит, не предпринимались попытки их лечения, несмотря на

влияние указанных нарушений на повседневное функционирование. Обращает внимание преобладание нарушений, связанных с замедлением темпа психической деятельности, то естьсвязанных с дисфункцией первого функционального блока по А.Р. Лурия.

Результаты тестирования, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что у пациентов после 2-3 недельного курса тренировок произошли некоторые положительные сдвиги в виде улучшения внимания, счета, запоминания. Все пациенты субъективно отметили выявляемое улучшение концентрации внимания, сосредоточения, один пациент отметил улучшение повседневной активности (расчетов в магазине). Вместе с тем, сдвиги показателей были в небольшом диапазоне, что, с одной стороны, связано с негрубой исходной тяжестью когнитивных расстройств, а с другой – позволяет предположить то, что выбранная длительность тренировочного курса может быть недостаточной. Все пациенты занимались с удовольствием и согласились пройти повторные тренировки через 2-3 месяца.

Выводы:

1. Первый опыт использования авторских компьютеризированных программ когнитивной коррекции оказал положительный эффект воздействия на скорость психической деятельности, внимание, отсутствие побочных эффектов, хорошую переносимость и мотивацию пациентов во время занятий.

2. С учетом особенностей течения заболевания, по нашему мнению, необходим длительный курс тренировок для достижения более выраженного когнитивного улучшения, не менее 1-2 месяцев регулярных занятий. Основным «прицелом» тренировок может стать преодоление замедленности психической деятельности, как симптома, ярко выраженного у всех наблюдаемых пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев, Е.И. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы / Е.И. Гусев, А.Н. Бойко // Consiliummedicum. – 2000. – № 2(2). – С. 84-86.

2. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: 3-е изд., перераб. и доп. / А.Н. Белова, С.В. Прокопенко. М., 2010. - 1288 с.

3. Храковская, М.Г. Оптимизация нейропсихологических реабилитационных стратегий на примере восстановления зрительного гнозиса / М.Г. Храковская // Материалы I Международного конгресса «Нейрореабилитация-2009»2-3 июня 2009. – М., 2009. – С. 48.

4. Киспаева, Т.Т. К вопросу о когнитивной реабилитации пациентов, перенесших острый церебральный инсульт / Т.Т. Киспаева // Лечащий Врач. –2010. –№9.

УДК 615.012

ПРОБЛЕМА ХИРАЛЬНОЙ ЧИСТОТЫ ЖИВОЙ ПРИРОДЫ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

М.Е.Логинова, Ю.А.Дробноскок, С.А.Алексахин, А.В.Павловский
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской и биологической физики, кафедра гигиены
Научные руководители: к.ф.-м.н., доц.Шаповалов К.А., к.б.н., доц. Чиненков В.А.

Выявление фармакокинетических особенностей отдельных оптических изомеров открывает перспективное направление совершенствования уже известных лекарственных средств. Лишь 15% синтетических препаратов, находящихся на европейских рынках, производится в виде отдельных стереоизомеров, остальные 85% представляют собой смеси изомеров. Однако современные методы позволяют получать в чистом виде отдельные изомеры и выбирать из них те, которые обладают наиболее выраженными эффектами и (или) наименьшей токсичностью [1-3].

Цельюработыявляется оценка степени хиральной чистоты конечного продукта - лекарственных препаратов, а также возможного влияния хиральности различных лекарственных веществ на степень экологической чистоты человека и природы.

Задачи исследования:

1. Измерение вращения плоскости поляризации лекарственными препаратами;
2. Анализ полученных результатов.

Использовался поляриметр круговой СМ-3, предназначенный для измерения угла вращения плоскости поляризации оптическими активными прозрачными и однородными жидкостями и растворами.В поляриметре применен принцип уравнивания яркостей разделенного на две части поля зрения. Разделение поля зрения на части осуществлено введением в оптическую систему поляриметра хроматической фазовой пластинки. Яркости полей сравнения уравнивали вблизи полного затемнения поля зрения. Свет от лампы, пройдя через конденсор и поляризатор, одной частью пучка проходит через хроматическую фазовую пластинку, защитное стекло, кювету и анализатор, а другой частью пучка только через защитное стекло, кювету и анализатор.Уравнивание яркостей полей сравнения проводили путем вращения анализатора: разность двух отсчетов по шкале угла поворота анализатора, соответствующих равенству яркостей частей поля зрения с оптически активной жидкостью и без нее, и определяет угол вращения плоскости поляризации.

По углу вращения плоскости поляризации возможно определение концентрации вещества по формуле:

$$C = \frac{\varphi}{\alpha L},$$

где С - концентрация вещества, г/см^3;φ - угол вращения плоскости поляризации; α - удельное вращение измеряемого оптически-активного вещества для длины волны 589 нм и температуры 20°Сна 1 дм;L - длина трубки с раствором вещества, дм.

Использовалась чистая, сухая посуда, разведение проводилось при помощи весов с погрешностью 0,1г (5%).Калибровочные вещества – сахароза и фруктоза.Также нами был использован пенициллин трех разных производителей:

1) "Биосинтез"г.Пенза, 2) "Биохимик" г.Саранск, 3) "Синтез" г.Курган.

Были получены следующие результаты:

1. Измерен удельный угол вращения для сахарозы: 68 град·см^3/(г·дм); для фруктозы: -77 град·см^3/(г·дм).

2. Определен удельный угол вращения для каждого пенициллина в отдельности в 4х разведениях (каждое разведение проверялось в 3х сериях).

Таблица 1- Коэффициент удельного вращения [α] для пенициллина разных производителей.

Пенициллин	**[α],град·см^3/(г·дм)**
"Биосинтез"	283,3564
"Биохимик"	269,7682
"Синтез"	269,6914

3. Построены графики зависимости угла вращения плоскости поляризации φ от концентрации исследуемых растворов С в %. (рисунки 1-3), проведен расчет коэффициентов регрессии: $\varphi = b \cdot C + a$.

Таблица 2 -Коэффициенты регрессии

Пенициллин	**b±σ$_b$**	**a±σ$_a$**
"Биосинтез"	3,53 ± 0,06	0,67 ± 0,52
"Биохимик"	3,33 ± 0,05	0,81 ± 0,24
"Синтез"	3,46 ± 0,01	0,19 ± 0,05

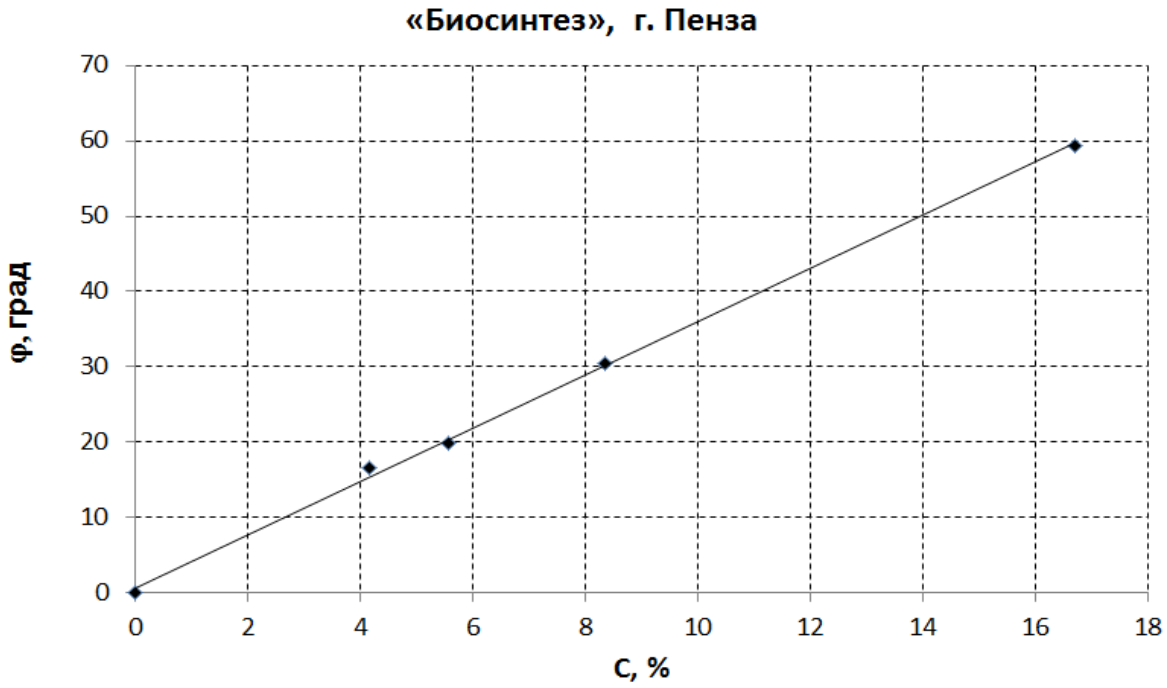


Рисунок 1 – График зависимости угла вращения плоскости поляризации φот концентрации раствора пенициллина «Биосинтез».

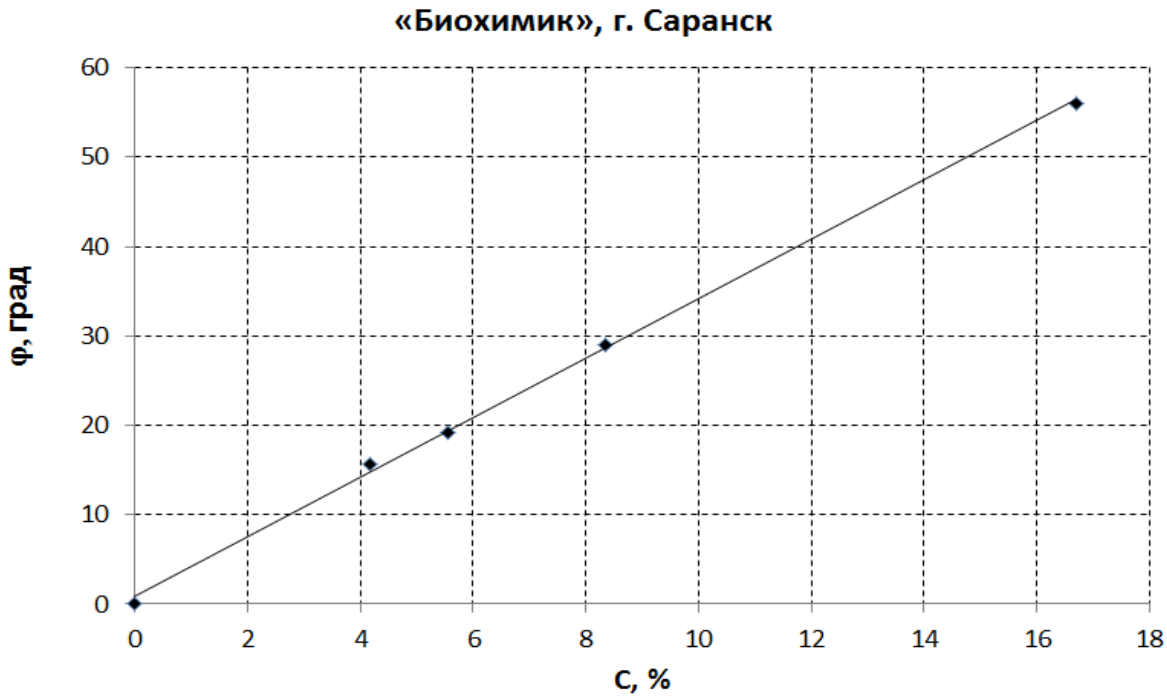


Рисунок 2 – График зависимости угла вращения плоскости поляризации φот концентрации раствора пенициллина «Биохимик».

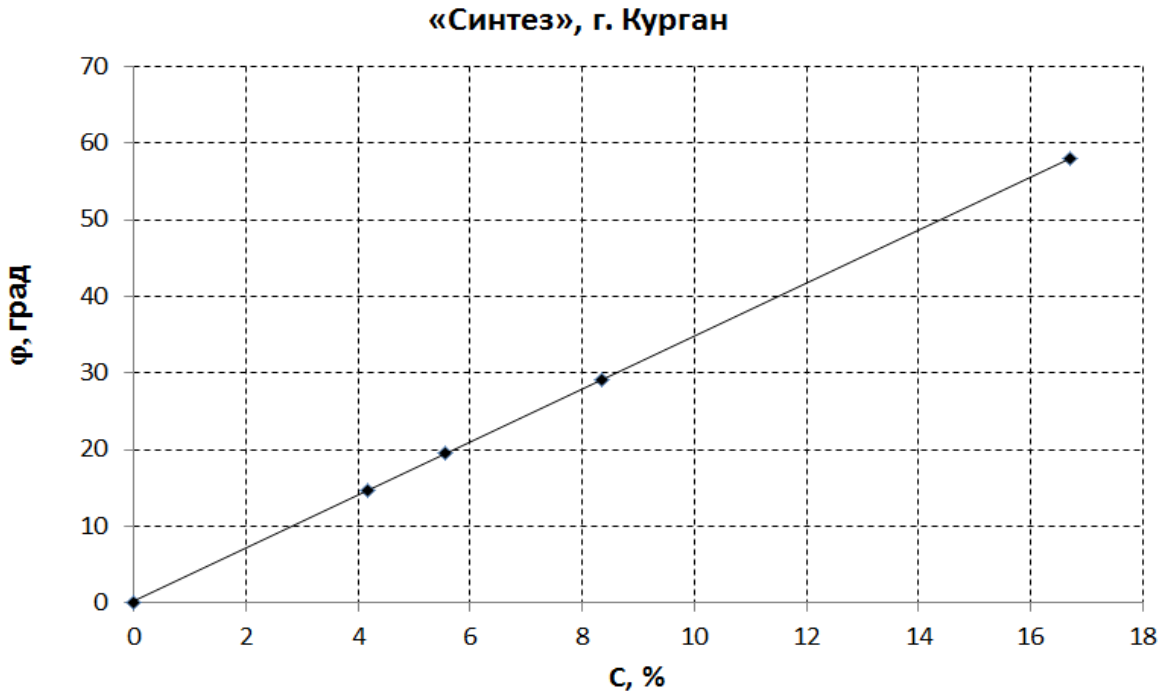


Рисунок 3 – График зависимости угла вращения плоскости поляризации φот концентрации раствора пенициллина «Синтез».

Справочные данные для различных видов пенициллина: от 280 до 310 град·см^3/(г·дм).

Выводы:

1. Таким образом, исходя из полученных значений, можно сделать вывод, что лекарственные препараты на отечественном рынке в целом соответствуют стандартам качества.

2. Анализ результатов показал, что пенициллин «Биосинтез» незначительно отличается от пенициллина «Синтез» и «Биохимик».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кизель,В.А. Физические причины диссиметрии живых систем/ В.А.Кизель.–М.: Наука, 1985.–120 с.

2. Смирнова, И.Г.Оптическая изомерия и биологическая активность лекарственных средств/И.Г. Смирнова, Г.Н. Гильдеева, В.Г. Кукес // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 2. Химия.– 2012.– Т. 53, №3.– С.147-156.

3. Твердислов, В.А. Хиральная асимметрия биомолекул и экологическая безопасность/ В.А.Твердислов, В.В.Сидорова, Л.В.Яковенко // Технологии живых систем.– 2005.– Т.2, №1-2.– С. 69-74.

УДК 159.922

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВ

Д.Ю.Ломанова
КГБПО «Лесосибирский технологический техникум»

Изучение проблем социализации подростков является одним из направлений социологии молодёжи - отрасли, которая в наше время становится очень значимой для общества. Вот что говорит об объекте социологии молодёжи И.С. Кон: «Молодёжь - социально-демографическая группа, выделяемая на основе совокупности возрастных характеристик, особенностей социального положения и обусловленных тем и другим социально - психологических свойств.Молодость как определённая фаза, этап жизненного цикла биологически универсальна, но её конкретные возрастные рамки, связанный с ней социальный статус и социально-психологические особенности имеют социально-историческую природу и зависят от общественного строя, культуры и свойственных данному обществу закономерностей социализации».

Проблемы молодежи исследуются как в контексте всего общества, его основных характеристик, структурных сдвигов и изменений, так и дифференцировано — как особой социальной группы, с присущими ей признаками и свойствами.

Каждый родившийся человекнеизбежно входит в общество и вовлекается в процесс социализации, т.е.становления личности, постепенного усвоения ею требований общества,приобретения социально значимых характеристик сознания и поведения, которые регулируют её взаимоотношения с обществом. Социализация осуществляется в семье, школе, на работе; мощными средствами социализации выступают СМИ; в процесс социализации включается передача социального опыта человека; наконец, социализация личности связана с трудовой, общественно-политической и познавательной деятельностью человека. На каждом из этих этапов могут возникать противоречия.

То, как подросток социализируется в обществе в свои 15-20 лет, непременно отразится на его будущем социальном положении, на ситуациобщества в целом.

Современное общество требует новых подходов к изучению проблем молодёжи, новых путей их разрешения. В своей работе мы попытаемся разобраться в особенностях процесса социализации подростков.

В ходе социализации можно выделить отдельные этапы. Для каждого из них характерно формирование новых потребностей, их осознание и перевод в систему ценностей.

1. Восприятие индивидом социальной информации на уровне ощущений, эмоций, знаний, умений и навыков. При этом следует непременно учитывать фактор своевременности подачи информации.

2. Соотнесение получаемой информации с генетически заложенным кодом, собственным опытом и формирование собственного к ней отношения.

3. Выработка установки на принятие или отторжение полученной информации.

4. Формирование ценностных ориентаций и установка на действие.

5. Поступки, логически выстроенная система поведения. В одних случаях поступки следуют сразу за получением информации словно «взрывная реакция», в других они возникают лишь в результате неоднократного повторения определенных воздействий извне, проходя через этап обобщения и закрепления.

6. Формирование норм и стереотипов поведения.

7. Осмысление и оценка своей социальной деятельности.

Таким образом, социализация как поэтапный процесс протекает в сознании и поведении детей во множестве параллелей по поводу каждой социальной информации, причем, придя к своему логическому завершению – самооценке, на определенном этапе жизни этот процесс повторяется вновь по тому же поводу, но уже на новом качественном уровне.

Особенности проявлений подросткового возраста определяются конкретными социальными обстоятельствами, и, прежде всего, изменением места ребенка в обществе, когда подросток субъективно вступает в новые отношения с миром взрослых, что составляет новое содержание его сознания, формируя такое психологическое новообразование этого возраста, как самосознание.

1. Характерной чертой самосознания является проявление у подростка способности и потребности познать самого себя как личность, с ее специфическими качествами. Это порождает у подростка стремление к самоутверждению, самовыражению и саморазвитию. Прежде всегоэто повышенные требования к подростку со стороны взрослых, товарищей, общественное мнение которых определяется не столько успехами школьника в учении, сколько многими другими чертами его личности, взглядами, способностями, характером, умением соблюдать «кодекс нравственности», принятый среди подростков, все это порождает мотивы, побуждающие подростка обратиться к анализу самого себя и к сравнению себя с другими. Так, у него постепенно формируются ценностные ориентации, складываются относительно устойчивые образцы поведения, которые подростки предъявляют к людям и к самому себе.

2. На определенном этапе развития прежнее место, занимаемое ребенком в системе окружающих его человеческих отношений, осознается им как не соответствующее его возможностям, и он стремится изменить его. Возникает открытое противоречие между его образом жизни и его возможностями, уже определившими этот образ жизни. В связи с этим его деятельность перестраивается.

3. В подростковом возрасте происходит известный «скачок» в психофизиологическом развитии индивида. На данном этапе адаптации подростку свойственны: категоричность суждений, стремление казаться взрослым, бравируя при этом своей мнимой самостоятельностью, лишь подчеркивает маргинальную природу подросткового этапа социализации. Резкие изменения, происходящие в этот период в организме и психике подростка, делают его раздражительным и легко ранимым. Он пытается сформировать собственную систему взглядов на мир, однако многое в ней еще не продумано до конца, многое основано на наблюдениях и подросток довольно легко меняет свои взгляды либо под влиянием новых впечатлений, либо в ходе более глубокого осмысления.Подростков в это время характеризует импульсивность, эмоциональность, чувствительность, негативизм, критический склад ума, максимализм, мечтательность. Все эти качества делают подростков социально подвижной и противоречивой частью общества. С одной стороны, несостоявшиеся социальные позиции, неусвоенные социальные роли, а с другой – стремление брать на себя самостоятельное решение вопросов. Этот возрастной этап часто называют «кризисным».

4. В этом возрасте у подростков нередко падает успеваемость.

Наблюдаются конфликты с окружающими, в том числе со старшими, сопровождаемые болезненными и мучительными переживаниями.

5. Этот возраст отличается коренными сдвигами, обусловленными перестройкой ранее сложившихся психологических структур. Здесь закладываются основы сознательного поведения, вырисовывается общая направленность в формировании нравственных представлений и социальных установок, происходит переоценка ценностей.

6. Важнейшим средством художественного познания подростка становится его художественная деятельность, которая выступает и как усвоение, и как создание художественных ценностей. Это активный процесс, требующий творческих сил личности, определенных знаний и умений, которые в этой деятельности и приобретаются, и проявляются.

7. В подростковом возрасте значительно расширяется объем деятельности ребенка, качественно изменяется ее характер. Существенные сдвиги происходят в интеллектуальной

деятельности детей. Возрастает желание заниматься сложными, требующими творческого напряжения видами деятельности.

С вступлением ребенка в новую возрастную фазу – подростковую – существенно изменяется его социальное положение в школе, семье, на улице.Им изучаются новые дисциплины, в семье на него возлагают более ответственные обязанности. Он уже не ребенок, но еще и не взрослый. Возникает благоприятная атмосфера для воздействия на его социально-возрастное самоопределение.

К подростковому возрасту у ребенка накапливается довольно большой объем разнообразной информации. С вступлением в новую возрастную фазу, он научается выстраивать логические схемы, улавливать причинно- следственные связи. Количество полученного знания переходит в новое качество, а в купе с расширяющимся жизненным опытом у него возникает более высокий уровень самосознания, он обращает свой взор на внутренний мир и духовный облик других людей и на этой основе выстраивает устойчивый нравственный идеал.

Для подростков огромное значение имеет мнение, оценка сверстников и, в то же время, в подростковой среде существует своеобразный поведенческий устав. Именно в этой связи подростковый возраст подходит для формирования сильной воли, в частности таких черт как целеустремленность, самостоятельность, выносливость, решительность, смелость, инициативность, выдержка, мужественность и т.д. Все эти черты так или иначе разовьются, а если не эти, то альтернативные и направлены будут если не на созидание, то на разрушение, поэтому обществу важно не упустить шанс «воспитать гражданина».

В совершенно иное качественное русло процесс нравственно-этического формирования индивида входит в подростковом периоде, когда подросток оценивает себя через соотношения своего внутреннего мира с внутренним миром других людей. У подростка формируется понятийное мышление, ему доступно понимание связей между конкретным поступком и качествами личности, на основе чего и появляется потребность в самоусовершенствовании.

Подростка, в процессе накопления им жизненного опыта, начинают волновать глубоко этические вопросы о смысле жизни и человеческом счастье, о справедливости, чести и достоинстве, а также о его собственной роли в формировании нравственно-этической среды в его ближайшем окружении.

Нравственно-этические нормы подростка очень далеки от идеала, они фрагментарны и нестабильны, но они, и это более всего важно, впервые формируются осознанно и самостоятельно. Отличительной чертой этого процесса, впрочем, скоро угасающей, вернее

удушенной обществом является искренность и непримиримость, вот откуда берется непримиримость к тому, что он отрицает.

В подростковом возрасте происходят существенные биологические изменения – значительный рост мышечной силы, общей стойкости организма и работоспособности, причем как у мальчиков, так и у девочек. Возникает естественная потребность «применить физическую силу». Обозначенное обстоятельство создает более чем благоприятные условия для активных занятий спортом и физического труда как дома, так и за его пределами – труда общественного (причем не только безвозмездного, но и оплачиваемого).

Подростковый возраст характеризуется как пубертатный период, связанный с глубокой перестройкой эндокринной системы, появлением вторичных половых признаков, а также полового влечения, вызываемого обильным выделением гормонов. Это период, когда вопрос принадлежности к полу следует подкреплять поведенческими актами отношений между мальчиками и девочками, это наиболее благоприятное время формирования мужественности и женственности.

Итак, социализация подрастающих поколений есть сложный непрерывный процесс, при котором, с одной стороны, потребности отдельно взятой личности адаптируются к потребностям общественным, но эта адаптация носит не пассивный характер. Это активный творческий процесс присвоения общечеловеческих ценностей, когда индивид проявляет всю мощь своих сущностных сил, добровольно выстраивая свою роль в обществе. С другой, общество формирует норму морали и поведения, педагогически целесообразных форм отношений между людьми в семье, в школе, в досуговых учреждениях, в иных окружающих человека социальных средах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксёнов, И.Н. Социализация подростков/ И.Н. Аксёнов - М., МАИ, 1996. - 215 с.

2. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева - М., Аспект пресс, 1996. – 327 с.

3. Кравченко, А.И. Социология /А.И. Кравченко - М.: Академический проект, 2000. – 347 с.

4. Морозов, В.В. Противоречивость социализации и воспитаниямолодёжи в условиях реформ / В.В. Морозов, А.П. Скробов // Социально-политический журнал. –1998. – №1.

616-001.4-089:616.881

ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПУНКТЕ КРУПНОГО ГОРОДА

А.И. Лутфлаева
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом урологии ИГМУ
Научный руководитель: к.м.н. Д.Б. Цоктоев

Актуальность предлагаемого исследования обусловлена необходимостью получения объективных данных о количестве и видах открытых ран мягких тканей, установления причин и условий, способствующих получению ран мягких тканей, выявления факторов риска в современном крупном городе.

Цель работы – определение оптимальной нагрузки на врачей травматологов, вусловиях крупной городской больницы с учетом выполнения первичной хирургической обработки ран (ПХО) ран в зависимости от сезонности.

Задачи работы: определить наиболее типичные повреждения мягких тканей и их локализации с учетом сезонности травматизма.

Материалы и методы: в травматологическом пункте №2 г. Иркутсказа 2014 год было выполнено ПХО у 1296пострадавших.

В результате проведенного исследования установлено,что ПХО выполняли при разных вариантах ран: резаных-531, рваных-181, ушибленных-364, при открытых переломах-22, удаление инородного тела-14, при ампутациях-24, колотых ран-34, огнестрельных ран-11, рубленых-32, скальпированных- 22, укушенных-16,резаных ран после суицидальных попыток-45. По локализации ранв исследуемом периоде проведено больше операцийпри ранении верхней конечности-665, в 2 раза менее при ранах нижних конечностей-394 и еще реже при ранах волосистой части головы-201.Среди всех травмированных было 345 (26,6%) женщин и 951 (73,4%) мужчина.Среди пострадавших лиц преобладают лица мужского пола трудоспособного возраста от 20 до 50 лет (таблица1).

Таблица 1 –Распределение пациентовпо возрастным категориям.

Возраст	2014 год
До 20 лет	95
21 – 30 лет	592
31 – 40 лет	266

41 – 50 лет	142
51 – 60 лет	109
61 – 70 лет	44
Более 70 лет	48

Около 30% обращений пациентов за медицинской помощью было летние месяцы(июнь, июль, август), что представлено в таблице 2.

Таблица 2 –Частота обращений травмированных в разные периоды.

Месяц 2014 года	Количество ПХО ран	%
Январь	103	7,9%
Февраль	92	7%
Март	93	7%
Апрель	77	6%
Май	88	6,8%
Июнь	148	11,4%
Июль	140	10,8%
Август	128	9,9%
Сентябрь	118	9,1%
Октябрь	87	6,8%
Ноябрь	91	7%
Декабрь	131	10,1%

При анализе данных (таблица 3) установлено, что резаные раны левой кисти, а также резаные раны стопы как у мужчин, так и у женщин чаще были в июне. В сентябре за оказанием помощи чаще обратились травмированные, получившие ушибленные раны волосистой части головы, в ноябре – с ушибленными ранами коленных суставов у женщин и рублеными ранами.

Таблица 3 –Частота различных повреждений тканей в разные периоды.

Месяц 2014 года	резаные	рваные	Ушибленные	Открытый перелом	Инородное тело	ампутации	колотые	огнестрельные	рубленные	Резаные раны предплечья	Скальпированные	Укушенные

Январь	16	23	49	3	2	3	9	4	8	3	4	2
Февраль	18	10	23	3	0	4	2	1	3	1	1	2
Март	19	11	22	1	0	3	3	1	2	1	1	2
Апрель	30	8	20	1	3	1	3	1	2	4	1	1
Май	49	10	25	1	2	1	2	0	2	4	0	2
Июнь	72	22	29	3	1	1	3	0	3	7	1	0
Июль	90	15	24	3	0	0	1	0	1	7	2	3
Август	60	19	44	1	0	2	1	1	1	7	5	1
Сентябрь	47	20	39	0	1	1	2	0	0	3	2	3
Октябрь	37	8	25	2	3	1	3	1	1	5	0	1
Ноябрь	40	16	19	2	1	3	1	0	2	2	2	1
Декабрь	53	20	45	2	1	4	4	2	7	1	3	0

Таким образом, при анализе результатов исследования выявлены некоторые тенденции: среди пострадавших лиц преобладают лица мужского пола трудоспособного возраста от 20 до 50 лет. Получение ими рани проведение ПХО чаще происходит в летние месяцы года (июнь, июль, август – 30% от всех случаев за 2014 г.). Это возможно связано с тем, что населения в этот период времени, находится на дачах, в лесу, на водоемах и т.д. В июне превалируют резаные раны левой кисти, а также резаные раны стопы как у мужчин, так и уженщин. В сентябре за оказанием помощи чаще обратилисьтравмированные, получившие ушибленные раны волосистой части головы, в ноябре –с ушибленными ранами коленных суставов у женщин ирубленными ранами. В связи с тем, что самое значительное количество ПХО ран приходится на периоды июнь – август идекабрь, возрастает нагрузка на врачей травматологов. С учетом изложенного,прослеживается необходимость в выделении дополнительных ставок врачей травматологов и медицинских материалов для обеспечения указанного вида деятельности.

Литература:

1. Колшенская, Н.А. Оптимизация организации оперативной амбулаторной помощи при травмах опорно-двигательной системы у взрослых в крупном городе: автореф. дис. … канд. мед.наук / Н.А. Колшенская. –Санкт-Петербург, 2007. –160 с.

УДК 582.29.581.52:581.522.5:614.7

ВОЗМОЖНОСТИ ЛИХЕНОИНДИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОКРЕСТНОСТИ Г. КРАСНОЯРСКА

Н.В. Лучко

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

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

Промышленные выбросы фабрик, заводов, электростанций приводят к накоплению в атмосфере большого количества загрязняющих веществ – поллютантов, которые попадая в организм человека, через органы дыхания, приводят к ухудшению его самочувствия, снижают работоспособность и продолжительность жизни. Для обоснования и качественного проведения профилактических мероприятий следует диагностировать состояние окружающей среды. Инструментальные методы не всегда эффективны для диагностики, они показывают концентрацию загрязнителей в окружающей среде только на данный момент времени, не учитывая суммарного биологического действие целого комплекса загрязняющих веществ.

Лишайники обладают уникальными биологическими свойствами, позволяющие использовать их в качестве биомаркеров состояния окружающей среды. Такие микроорганизмы способны показать суммарный биологический эффект поллютантов в атмосфере, к тому же и ретроспективно.

Цель исследования – лихеноиндикациясостояния антропогенно трансформированной среды в пригородной зоне г. Красноярска.

Задачи исследования: определить видовой состав лишайников в экотопах антропогенно трансформированных территорий Емельяновского района Красноярского края, станции Пугачево; изучить лихенофлору на основе систематического и экологического анализов; изучить экологические особенности распространения видов лишайника; установить экологические особенности лихеноиндикации техногенного загрязнения антропогенно трансформированной среды.

При проведении лихенологических исследований были использованы методы светооптического определения видов лишайников [2,4]; биоэкологического анализа и статистической обработки полученных данных. Экологический анализ видов лишайников проводили согласно схемы экоморф растений А.Л. Бельгарда [1] оптимизированной для

целей фитоиндикации экотопа и биотопа [3]. Для количественной оценки состояния загрязнения экотопа был использован лихеноиндикационный индекс чистоты воздуха Де Слувера и Ле Блана [5,6].

Сборы изучаемого материала проводились на территории Красноярского края, Емельяновского района, станция Пугачево.Группировки разных видов лишайников произрастали на деревьях и деревянных строениях с северо-восточной стороны населенного пункта. Наблюдается тенденция к росту лишайников на горизонтальных поверхностях в пределах 1,5 – 2 метров над уровнем земли, образуя лишайнико-моховые синузии.

Полученные результаты: на изученной территории были найдены виды лишайников 4 семейств: Physciaceae, Parmeliaceae, Candelariaceae, Psoraceae.

При проведении исследований было установлено, что по приуроченности к субстрату 12 видов лишайников из 17 являются эпифитами (70,6 %) (таблица 1), их встречаемость на территории является наибольшей. 5 видов лишайников (29,4 %) являются сциофитами (произрастают в затемненных местах), таким же количеством видов представлены сциогелиофиты, 6 видов (35,3 %) насчитывают группы гелиофитов и только 1 вид (5,9 %) – гелиосциофит.

Таблица 1 – Основные экологические группы лишайников станции Пугачево

Вид лишайника	Экологические группы			
	Субстратоморфы	pH – морфы	гелиоморфы	гигроморфы
Candelariella aurella (Hoffm.) Zahlbr.	Эпилит	Bs	He	Ms
Candelariella vitellina (Hoffm.) Müll. Arg	Эпилит	Nt	He	MsKs
Evernia prunastri (L.) Ach	Эпифит	In	He	KsMs
Flavoparmelia caperata(L.) Hale	Эпифит	Ac	Sc	Ms
Parmelia sulcata Taylor	Эпифит	Ac	Sc	Ms
Phaeophyscia ciliata (Hoffm.) Moberg	Эпифит	Bs	He	Ks
Phaeophyscia nigricans (Flörke) Moberg	Эпифит	In	HeSc	Ms
Phaeophyscia orbicularis	Эпифит	Ac	Sc	Ms

(Neck.) Moberg				
Physcia adscendens (Fr.) H. Olivier	Эпифит	Bs	Sc	KsMs
Physcia aipolia (Ehrh. Ex Humb.) Fürnr	Эпифит	Nt	ScHe	Ks
Physcia caesia (Hoffm.) Fürnr.	Эпифит	Nt	ScHe	Ks
Physcia dubia (Hoffm.) Lettau	Эпифит	Nt	ScHe	Ks
Physcia sp.	Эпифит	Nt	ScHe	Ks
Physcia tribacia (Ach.) Nyl	Эпилит	In	ScHe	Ks
Ramalina polymorpha Ach.	Эпилит	Ac	Sc	Ks
Xanthoparmelia somloensis (Gyeln.) Hale	Эпифит	Ac	He	Ks
Xanthoria elegans (Link) Th. Fr.	Эпилит	Ac	He	Ks

Лишайники, найденные в данной местности, произрастают как на засушливом (ксерофиты и ксеромезофиты – 11 видов, 64,7 %), так и на влажном субстрате (мезофиты и мезоксерофиты – 6 видов, 35,3 %). Данный факт можно объяснить тем, что в утренние часы солнце не является особо активным и северо-восточная часть населенного пункта, на которой произрастают лишайники, освещается лишь частично, а в основное время в течение суток лихенофлора не подвергается солнечной инсоляции.

Также почти половина от всех видов лишайников (6 видов, 35,3 %) произрастает на кислой почве (ацидофилы), 5 видов (29,4 %) – на нейтральном субстрате, и лишь группы инцертофилом и базофилов насчитывают по 3 вида (17,6 %) каждый.

Лишайники распространены на территории в большом количестве, встречаются достаточно часто, в больших популяциях, произрастают колониями.

Нами для лихеноиндикации состояния окружающей среды исследуемого района был использован индекс чистоты воздуха Де Слувера и Ле Блана, вычисляемый по формуле [5, 6]:

$$\hat{E}\times\hat{A} = \sum_{i=1}^{n}\frac{Q_i}{10}\sum_{j=1}^{m}\frac{a_{ij}\cdot b_{ij}}{m},$$

где: Q – экологический индекс каждого вида лишайников, то есть среднее количество видов лишайников, обнаруженных рядом с данным видом на всех исследованных участках; a_{ij} и b_{ij} – отвечают индексам проективного покрытия и частоты встречаемости эпифитных лишайников «j» класса; m – число классов покрытия "i" вида; n – количество видов в данной точке описания.

Если, например, на 100 площадках вместе с видом А растет 10 – 20 видов, а среднее число сопутствующих виду 13,5, то Q этого вида и есть 13,5. Чем больше показатель Q, тем более полефобный (чувствительный к антропогенным условиям) данный вид; чем выше показатель индекса, тем чище воздух местообитания.

На основании показателей индекса проведено индикационное картирование многих городов, индустриальных центров (в том числе Санкт-Петербурга и Владивостока) и их окрестностей [5, 6]. Индекс также коррелирует со среднегодичной концентрацией SO_2 в атмосферном воздухе (таблица 2) [5].

Таблица 2 – Индекс чистоты воздуха, характеризующий состояние атмосферного воздуха

Индекс чистоты воздуха	Характеристика условий атмосферного воздуха
> 50	Практически чистый воздух, могут встречаться лишь среды, едва заметные концентрации загрязнителей; обильная естественная флора
31 – 49	Слабое загрязнение, без ощутимого влияния на жизнь организмов
21 – 30	Среднее загрязнение, наблюдается влияние на чувствительные организмы
11 – 20	Сильное загрязнение, ясное влияние на многие чувствительные и среднетолерантные виды
0 – 10	Очень сильное загрязнение, выживают лишь некоторые виды или эпипокров отсутствует

В результате проведенных нами лихеноиндикационных исследований было установлено, что индекс чистоты воздуха в пригороде Красноярска, Емельяновского района, станции Пугачево равен 53, что свидетельствует о практически чистом воздухе. Могут встречаться лишь следы и едва заметные концентрации загрязнителей; а лихенофлора природно-обильная.

СПИСОК ЛИТЕРЫТУРЫ:

1. Бельгард, А.Л. Лесная растительность юго-востока УССР / А.Л. Бельгард. – Киев: Изд-во Киевск. гос. ун-та, 1950. – С. 28-45.

2. Голубкова, Н.С. Определитель лишайников средней части СССР / Н.С. Голубкова. – М.: Наука, 1966. – 256 с.

3. Матвеев, Н.М. Оптимизация системы экоморф растений А.Л. Бельгарда в целях фитоиндикации экотопа и биотопа / Н.М.Матвеев // Вестник Днепропетровского университета. – Днепропетровск: Изд-во Днепр.ун-та, 2003. – Т. 2, № 11. – С. 105-113.

4. Окснер, А.Н. Определитель лишайников СССР. Морфология, систематика и географическое распространение / А.Н. Окснер. – Л.: Наука, 1974. – Вып. 2. – 283 с.

5. Трасс, Х.Х. Лихеноиндикационные индексы и SO_2 / Х.Х. Трасс // Биогеохим. круговорот веществ в биосфере. – М.: Наука, 1987. – С. 111 – 115.

6. Трасс, Х.Х. Частные методы лихеноиндикации / Х.Х. Трасс // Биогеохимический круговорот веществ: симпозиум по биоиндикации Всесоюз. конф., 7-9 дек. 1982 г.: тез.докл. – Таллин, 1982. – С. 33-34.

УДК 616.62-008.22-073.48-06:616.379-008.64

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ И СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦИСТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

К.А.Львова

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

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО, кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. З.А.Павловская, к.м.н., доц.Н.Б.Осетрова

Дисфункции мочевого пузыря являются частыми осложнениями сахарного диабета и объединяют в себе нарушения мочеиспускания в широком диапазоне — от ГАМП до задержки мочеиспускания [1-6]. Совокупность этих нарушений, по предложению Frimodt-MollerC., с 1976 года стали называть «диабетической цистопатией» (ДЦ). Клинически ДЦ протекает бессимптомно.При детальном изучении уродинамических показателей выявляется, что частота ДЦ у больных сахарным диабетом (СД) длительностью 15-20 лет составляет

40%, а при большей длительности может достигать 80%. Нарушения иннервации мочевого пузыря, проявляющейся как учащением позывов к мочеиспусканию, так и их отсутствием, часто сопровождается застоем мочи, неадекватным опорожнением мочевого пузыря с появлением остаточной мочи, зиянием устьев мочеточников, атонии их, развитием пузырно-мочеточниковогорефлюкса (ПМР). Больные сдиабетической цистопатией склонны к инфекциям мочевых путей, поэтому в условиях ПМР происходит поражение инфицированной мочой сосочков и интерстиция почки с формированием рефлюкс-нефропатии и рефлюксогенного пиелонефрита с наиболее тяжелым его проявлением некротическим папиллитом. А.А. Давлатян (2013) считает, что нарушениям уродинамики нижних мочевых путей принадлежит основная роль в развитии необструктивных форм острого, нередко гнойного пиелонефрита - грозногоосложнения СД, приводящих к развитию ПМР, некротического папиллита. Следует помнить о том, что инфекционно-воспалительные заболевания почек у больных СД наблюдаются в 4 раза чаще, чем при отсутствии его.Причины высокой частоты инфицирования мочевого тракта при СД объяснимы, поскольку при этом заболевании существуют факторы, способствующие развитию мочевой инфекции: глюкозурия, нейропатия мочевого пузыря, снижение иммунной защиты. В большинстве случаев (около 90 %) встречается малосимптомное или бессимптомное течение. Заподозрить обострившуюся мочевую инфекцию у больного СД нередко можно на основании необъяснимой декомпенсации углеводного обмена и появления кетонурии. При подобнойатипичности (бессимптомность) мочевых инфекций рекомендуется активный поиск возможного инфицирования мочевых путей. Это определяет необходимость адекватных мер для ранней диагностики уродинамических нарушений нижних мочевых путей у больных СД.

Цель исследования – разработкаметодов ранней диагностики уродинамических и воспалительных изменений мочевых путей при сахарном диабете 2 типа.

Задачи исследования:

1. Исследовать влияние нарушений функций нижних мочевых путей на развитие доклинической диабетической нефропатии стадии микроальбуминурии у больных СД 2 типа.

2. Определить прогностическое значение показателей NGAL в моче для ранней диагностике диабетической цистопатии и нефропатии у больных СД 2 типа.

На базе ККБ проведено обследование 25 больных СД 2 типа (средний возраст 50,3±4,7 года) Среди наблюдавшихся пациентов было 10 мужчин и 15 женщин. Длительность СД 2 в среднем составила 9,3±6 лет. Всем пациентам проводили комплексное урологическое обследование. Критерием исключения из исследования являлось наличие других помимо

СД2 заболеваний или патологических состояний, которые могли бы повлиять на функцию нижних мочевых путей. Функциональное состояние МП оценивали по наличию жалоб пациентов, данных анамнеза, результатам физикального обследования, дневников мочеиспускания пациентов, результатов лабораторных исследований ОАК, ОАМ,УЗИ мочевого пузыря с определением его эффективного объема и остаточной мочи. В течение 3 суток пациенты заполняли дневники спонтанных ритмов мочеиспускания с регистрацией частоты, времени, длительности каждого акта и объема выделенной мочи в это время. Характер суточного диуреза анализировался путем определения в течение суток выделенной мочи в дневное и ночное время с учетом количества выпитой жидкости. Анализ дневников позволил выявить наличие/отсутствие ирритативных и обструктивных симптомов, императивных позывов на мочеиспускание, определить среднюю его скорость. УЗИ МП проводили дважды: при его физиологическом наполнении и после опорожнения, что позволяло как определять эффективную емкость МП, ответственную за императивность позывов, так и объем остаточной мочи после мочеиспускания.Также есть прямая зависимость развития латентной нефропатии у 7 больных СД 2 типа с длительностью заболевания 10 лет и более, уменьшением толщины паренхимы почек, появлением в моче кетоновых тел. Практически у всех больных СД2 типа (СД2) наблюдалась субклиническая стадия микроальбуминурии, свидетельствующая о поражении клубочков почки. В тоже время, по данным исследования NGAL, в моче нами отмечены более выраженные нарушения функции тубулярного аппарата почки. Повышение его в моче достигало 67,73±7,2 нг/л у всех пациентов СД2. В тоже время исследование креатинина, мочевны крови, скорости клубочковой фильтрации ни у одного пациента не выявили нарушений функции почек. Практически у всех пациентов СД2 повышенные показатели NGAL в моче - маркера воспаление свидетельствуют о раннем вовлечении тубулярного аппарата почки, которое, по-видимому, связано с нарушением уродинамики нижних мочевых путей и развитием ПМР. О развитии у больных СД2 анатомических изменений в почках, связанных с воспалительными поражениями нефрона свидетельствуют данные УЗИ почек: у 7 пациентов выявлено уменьшение паренхиматозного слоя почки, а у 4 - уменьшение размеров ее.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о влиянии клинических проявлений диабетической цистопатии, раннем развитии нарушений как клубочкового, так и канальцевого аппарата почки у больных СД 2 типа. Исследование субклинических признаков ДЦ, микроальбуминурии, содержания NGAL в моче позволяют рано выявить ренальные нарушения у больных СД 2 типа. Правильная оценка характера происходящих в мочевом пузыре изменений при диабетической цистопатии, ее влияния на

состояние клубочкового и канальцевого аппаратов почки позволит повысить уровень качества жизни, раннюю профилактику, а возможно и лечение доклинической нефропатии у больных СД 2 типа.

Список литературы

1.Давлатян, А.А. Почечные осложнения сахарного диабета / А.А. Давлатян – М.: Изд-во Бином. Лаборатория знаний, 2013.–308 с.

2.Диабетическая автономная нейропатия: диагностика и метаболическая нейропатия / А.Л.Верткин, О.Н.Ткачева, Н.Г Подпругина и др. // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – №4. – С. 4-8.

3. Строков, И.А. Клиника, патогенез и лечение болевого синдрома при диабетической полиневропатии / И.А.Строков, А.Н. Баринов // Неврологический журнал. – 2010. – №6. – С. 47-54.

4. Аль-Шукри, С.Х.Дисфункции нижних мочевых путей у больных сахарным диабетом / Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Шабудина Н.О. // Уральский медицинский журнал. – 2012. – №3.– С. 114-119.

5. Пушкарь, Д.Ю. Диабетическаяцистопатия у больных, страдающих сахарным диабетом/ Д.Ю.Пушкарь, Г.Р.Касян, В.А. Рубанов // Пленум Российского общества урологов: материалы. - Кисловодск,2011. – С. 145-146.

6. Bansal, R. Urodynamic profile of diabetic patients with lower urinary tract symptoms: association of diabetic cystopathy with autonomic and peripheral neuropathy / R.Bansal, M.M.Agarwal, M. Modi // Urology. – 2011. – Vol. 77, N.3. – P. 699-705.

УДК 1 616.62-008.22-037-039.3-06:616.379-008.64

СИМПТОМАТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИСТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

К.А.Львова

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

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО, кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. З.А.Павловская, к.м.н., доц.Н.Б.Осетрова

Сахарный диабет (СД) - одно из самых распространенных заболеваний, к концу XX века охватившее от 3до 15% населения экономически развитых стран. Ежегодный прирост

вновь выявленных случаев СД достигает 6-10%, число больных удваивается каждые 10-15 лет. При длительном течении СД развивается хроническая периферическая полиневропатия (ХППНП), сопровождающаяся появлением и вегетативнойнейропатии. Диабетическая ХППНП, определяемая на основании жалоб, клинических симптомов, выявляется у 25% больных, но при проведении электромиографических исследований обнаруживается практически у всех пациентов СД [1,2,7,10].Вегетативная нейропатия, наблюдающаяся более чем у половины больных с диабетической нейропатией, у больных СД 2 выявляется в среднем через 2 года от начала заболевания. Но ее признаки часто имеются уже при первичной диагностике СД 2. Метаболические, дистрофические, дегенеративные изменения периферических соматических (чувствительных, двигательных) и вегетативных нейронов при диабетической ХППНП обычно сопровождаются и нарушениями иннервации нижних мочевых путей[3-5]. Так, поражение афферентных волокон проявляется снижением чувствительности мочевого пузыря, нарушение парасимпатической иннервации приводит к снижению тонуса и слабости детрузора, а симпатических путей – к сфинктерным расстройствам. Развивающаяся диабетическая сенсорная и моторная нейропатии проявляются симптомами дисфункции мочевого пузыря (МП), объединяющие в себе нарушения мочеиспускания в широком диапазоне. Для обозначения совокупности этих нарушений в 1976 году был предложен термин «диабетическаяцистопатия»[5]. Таким образом, перифирическую, в том числе и вегетативную, нейропатию рассматривают как ведущую причину появления дисфункции нижних мочевых путей у больных с СД. Корреляция между ДЦ и периферическойнейропатией составляет 75-100%. Развивающуюся при этом диабетическую цистопатию (ДЦ) относят к одному из вариантов нейрогенного мочевого пузыря. Скорее всего ДЦ является полиэтиологическим состоянием и развивается вследствие как периферической нейропатии, так и миопатии детрузора и дисфункции уротелия [6; 9]. Практические врачи часто не уделяют достаточного внимания диагностике периферической и вегетативной нейропатии, между тем наличие ее - один из важнейших факторов, предопределяющих неблагоприятный прогноз СД, высокий риск инсульта и повышенную смертность (смертность у больных с вегетативной невропатией превышает смертность больных без вегетативной невропатии почти в 5 раз). Развивающаяся в этих условиях ДЦ встречается в 43-87% случаев инсулинзависимого СД без различий возраста и пола, у 25% больных СД, находящихся на пероральной сахароснижающей терапии, у 30% больных СД 2 типа (СД2). При стаже СД 10 лет ДЦ выявляется у 25% пациентов, а при стаже СД 45 лет – у 50%. Точную заболеваемость и распространенность ее трудно определить из-за коварного начала, дискретных признаков и различий в определении дисфункции МП. Сложность изучения ДЦ связана с бессимптомным началом, длительным

течением, а также недостатком точных рутинных методов диагностики [6,7].Ставшие доступными в настоящее время различные чувствительные методы исследования позволяют выявить рано ДЦ, как правило, при отсутствии четких жалоб и клинических проявлений, практически в субклиническую стадию ее до развития уродинамических и воспалительных нарушений мочевых путей.

Цель исследования - азработать алгоритмы ранней диагностики ДЦ при СД2.

Задачи исследования:

1. Изучитьклинико-анемнистические особенности развития ДЦ при СД2.

2. Определить прогностические значения анкетирования спонтанного ритма мочеиспускания, сонографические исследования мочевого пузыря в ранней диагностики ДЦ у больных СД.

На базе ККБ проведено обследование 25 больных СД 2 (средний возраст 50,3±4,7 года) Среди наблюдавшихся пациентов было 10 мужчин и 15 женщин. Длительность СД 2 в среднем составила 9,3±6 лет. Всем пациентам проводили комплексное урологическое обследование. Критерием исключения из исследования являлось наличие других помимо СД2 заболеваний или патологических состояний, которые могли бы повлиять на функцию нижних мочевых путей. Функциональное состояние МП оценивали по наличию жалоб пациентов, данных анамнеза, результатам физикального обследования, дневников мочеиспускания пациентов, результатов лабораторных исследований ОАК, БАК, ОАМ, УЗИ мочевого пузыря с определением его эффективного объема и остаточной мочи. В течение 3 суток пациенты заполняли дневники спонтанных ритмов мочеиспускания с регистрацией частоты, времени, длительности каждого акта и объема выделенной мочи в это время. Характер суточного диуреза анализировался путем определения в течение суток выделенной мочи в дневное и ночное время с учетом количества выпитой жидкости. Анализ дневников позволил выявить наличие/отсутствие ирритативных и обструктивных симптомов, императивных позывов на мочеиспускание, определить среднюю его скорость. УЗИ МП проводили дважды: при его физиологическом наполнении и после опорожнения, что позволяло определять как эффективную емкость МП, ответственную за императивность позывов, так и объем остаточной мочи после мочеиспускания.

Среди наблюдаемых 25 пациентов оказалось возможным уточнить развитие расстройств мочеиспускания в зависимости от длительности течения СД 2: до 5 лет- у 7 больных, от 5 до 10 лет - у 8 больных, при продолжительности более 10 лет - у 10 больных. Жалобы на нарушения со стороны нижних мочевых путей предъявляли лишь 5(20%) пациентов. Анализ дневников спонтанных мочеиспусканий и результатов непрямых уродинамических исследований позволили дополнительно выявить симптомы ДЦ еще у

13(52%) больных СД 2. У 5 из 18 пациентов с ДЦ наблюдалось уменьшение скорости потока мочи. Таким образом, у 18(72%) больных СД 2 были выявлены при анализах дневников мочеиспусканий как ирритативные, так и обструктивные нарушения функции МП. Они заключались в постоянном отсутствии удовлетворения после акта мочеиспускания, связанного как с уменьшением эффективного объема МП, так и гиперчувствительностью, раздражением шейки его и уретры. Нами отмечена четкая зависимость появления расстройств мочеиспускания от длительности течения СД и своевременности начала его терапии. Лишь у 2 из 7(28,6%) больных с длительностью СД 2 типа в течение 4±2,7 года наблюдалась гипоактивность МП, у других же 5 отсутствовали симптомы ДЦ. Повышение чувствительности детрузора, учащение актов мочеиспус-кания выявлено у 16(64%) пациентов с продолжительностью СД 2 в течение 8,9±2,4лет. Снижение сократительной активности детрузора в связи с его гипоактивностью наблюдалось у 2(8%) больных, страдающих СД 2 в течение 14,7±3,7 лет. При сроке длительности СД до 5 лет ДЦ была у 2 больных, при его продолжительности от 5 до 10 лет у 6, при длительности заболевания более 10 лет у 10 больных, у них же наблюдалась как дневная поллакиурия, так и никтурия (до 5 раз малыми порциями мочи). О тяжести течения СД и его запущенности свидетельствует и появление кетоновых тел в моче, выявляемых у 9 больных СД 2,из них у 7 с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, при этом у пациентов по данным УЗИ МП было выявлено наличие остаточной мочи до 30мл.

Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что диабетическая дисфункция нижних мочевых путей в своем развитии проходит последовательно три стадии: латентную, гиперактивности мочевого пузыря и гипоактивности мочевого пузыря. Такой характер клинического течения ДЦ обусловлен ее патогенезом: начальная гиперкомпенсациядетрузора сменяется декомпенсацией и снижением его сократительной активностью [6,7,10]. Приблизительная длительность каждой стадии продолжается 5 лет, но это зависит и от стадии компенсации СД, исходного состояния нижних мочевых путей. Четко даже на небольшом клиническом материале прослеживается зависимость клинических проявлений ДЦ от длительности СД 2. Правильная оценка характера происходящих в мочевом пузыре изменений при диабетической цистопатии и ее клинического течения позволяет повысить как уровень качества жизни, четко проводить рекомендуемое лечение, способное предупредить раннее развитие диабетических расстройств мочеиспускания. Таким образом для раннего выявления ДЦ при СД2 необходимо проводить изучение анкетирования спонтанного ритма мочеиспускания и сонографического исследования мочевого пузыря.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Верткин, А.Л. Диабетическая автономная нейропатия: диагностика и метаболическая нейропатия. / А.Л. Верткин, О.Н. Ткачева, Н.Г Подпругина и др. // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – №4. – С. 4-8.

2. Строков, И.А. Клиника, патогенез и лечение болевого синдрома при диабетическойполиневропатии. / И. А.Строков, А.Н. Баринов // Неврологический журнал.– 2010. – №6. – С. 47-54.

3. Аль-Шукри, С.Х. Дисфункции нижних мочевых путей у больных сахарным диабетом / С.Х.Аль-Шукри, И.В.Кузьмин, Н.О. Шабудина // Уральский медицинский журнал. –2012. – №3.–С. 114-119.

4. Пушкарь, Д.Ю. Диабетическаяцистопатия у больных, страдающих сахарным диабетом/ Д.Ю.Пушкарь, Г.Р.Касян, В.А. Рубанов –Пленум Российского общества урологов. Материалы. Кисловодск,7–9 сентября 2011. С. 145–146.

5. Frimodt-Moller, C. Diabeticcystopathy. A clinical study of the frequency of bladder dysfunction in diabetics / C.Frimodt-Moller// Dan. Med. Bull. –1976. –N 23. –P. 267-278.

6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care – 2009. – Vol. 32 (Suppl. 1). – P. S62-7.

7. Diabetic autonomic neuropathy. / A.I.Vinik, R.E.Maser, B.D. Mitchell etal. // DiabetesCare. –2003. – Vol. 26. – P. 53-81.

8. Bansal, R. Urodynamic profile of diabetic patients with lower urinary tract symptoms: association of diabetic cystopathy with autonomic and peripheral neuropathy / R.Bansal, M.M.Agarwal, M. Modi // Urology. – 2011. – Vol. 77, N 3. – P. 699-705.

9. Bioavailability assessment of the lipophilic benfothiamine as compared to a water-solubile thiamin derivate. / R. Bitsch, M. Wolf, J. Moller et al. // Ann. Nutr. Metab. –2011. – Vol. 35. – P. 292-296.

10.Recent advances in understanding the biology of diabetes-associated bladder complications and novel therapy / N.Yoshimura, M.B.Chancellor, K.E. Andersson etal. // British Journal of Urology.–2005. –Vol. 95. –P. 733-738.

11. Diabetic neuropathies: astatement by the American Diabetes Association. / A.J.Boulton, A.I.Vinik, J.C.Arezzo et al. // Diabetes Care. –2009. – Vol. 28(4). – P. 956-962.

12. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. / M.Davies, S.Brophy, R.Williams, A. Taylor // DiabetesCare–2009. – Vol. 29. – P. 1518-1522.

УДК 618.7

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ АВТОМАТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

О.А. Любчич

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

Кафедра экономики и менеджмента

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 являютсяпрежде 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 2014г. 8,5:1000 родившихся живыми за 2014 г. (9,9 на1000 за 2013г).

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]. Сложившаяся 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 значимоесоглашение 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 иот 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 осложнениямив 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 оказанияпомощив 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 госзаданияи отсутствием финансирования объемов сверх запланированных в виду ошибок диагностики в учреждениях 1 уровня (1, 3).

Указанные противоречия предопределили проблему исследования: оптимизация акушерско-гинекологической помощи в Республике Хакасия.

Цель исследования: снижение младенческой смертности в РХ путем организации автоматического мониторинга беременных высокой группы риска.

Были постановлены задачи:

1. Провести ретроспективный анализ структурыперинатальных потерь в ГБУЗ РХ «РКРД» как в наиболее крупном учреждении родовспоможения РХ за 2014 г. и определить долю предотвратимых и условно-предотвратимых потерь.

2. Определить роль организаций 1 уровня в прогнозировании неблагоприятных исходов, возможность предотвращения потери (на основании заключений комиссии по изучению летальных исходов, экспертных комиссий МЗ РХ).

3. Обосновать медико-социальнуюзначимостьорганизацииавтоматического мониторинга беременных высокой группы риска на территории Республика Хакасия.

4. Разработка и внедрение автоматического мониторинга беременных высокой группы риска на территории РХ.

5. Оценить результаты внедрения мониторинга на территории РХ

Теоретическая часть исследования:

- Проанализировать значимость социально-биологических, анамнестических факторов, особенностей течения беременности в выделении группы беременных высокого риска.

Практическая часть исследования:

- Разработать программу автоматического мониторинга,
- Внедритьавтоматический мониторинг беременных высокой группы риска в Республике Хакасия,
- Оценить медико-социальную значимость внедрения мониторинга.

Ожидаемые результаты: в результате проводимой работы планируется внедрить автоматический мониторинг беременных высокой группы риска на территории РХ, что позволит своевременно выявлять управляемые факторы риска репродуктивных потерь и проводить адекватные лечебно-диагностические, организационные мероприятия, недопустить предотвратимых случаев в структуре летальности.

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 / Л.В. Вопилова: 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 / И.А.Кульбаева:автореф. дис. …канд. мед.наук. –Ростов-на-Дону, 2005.
5. Любчич, О.А. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при беременности с маловодием / О.А.Любчич: 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. –2011. №3. –URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/lang,ru/

УДК 004:616.31:614.258.1(479.26)

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВАVMEDE.RU В УПРАВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АСОЦИАЦИЕЙ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (САКО)

Ю.Г.Ляпин, К.В.Мазурова, Н.С.Смолин, В.В.Харитов

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

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. Д.А. Россиев

В настоящее время использование информационных технологий в управлении медицинскими профессиональными сообществами, в том числе САКО, недостаточно.

Единое информационное пространство медицинского образования РФ vmede.ru способно предоставить необходимые инструменты и технологии для организации непрерывного профессионального образования медицинских работников и информационной поддержки врача. Применение этих технологий может значительно повысить эффективность управления стоматологической ассоциацией.

«Неотъемлемой частью повседневной жизни уже стали коммуникации и поиск информации с использованием сети "Интернет", а также общение в социальных сетях. С каждым годом информационные технологии открывают все более широкие перспективы для повышения эффективности бизнеса и качества жизни граждан» [2].

«Вопреки относительной обеспеченности органов и организаций системы здравоохранения компьютерной техникой, используемые прикладные системы не позволяют в полной мере обеспечить поддержку решений актуальных задач как в области управления отраслью, так и в области непосредственного оказания населению медицинской помощи. Отмечается низкий уровень нормативного и методического обеспечения процесса информатизации здравоохранения»[1].

В то время как производственные корпоративные информационные системы (КИС) и КИС в сфере управления бизнес-процессами динамично внедряются в повседневную деятельность, доказывая свою эффективность и многократно оправдывая капитальные инвестиции, развитие КИС в отечественном здравоохранении, и в стоматологии в частности, нельзя считать удовлетворительным. Например: из 85 субъектов Российской Федерации (ст. 65 Конституции РФ) стоматологические ассоциации созданы в 78 из них. Только 14 ассоциаций (17,94%) из указанных 78 имеют свои интернет-сайты, еще 5 ассоциаций (6,41%) разместили общюю информацию о себе и своей деятельности на сайтах трех республиканских, одной краевой и одной областной стоматологических поликлиник. В 40 субъектах РФ имеются медицинские ВУЗы, в которых готовят врачей-стоматологов. Среди регионов, имеющих стоматологические факультеты, в 11 (27,5%) стоматологические ассоциации имеют свои интернет сайты и 4 (10%) имеют представительства на сайтах региональных стоматологических поликлиник. При этом, ни один из сайтов стоматологических ассоциаций не интегрирован в информационную систему региональных медицинских ВУЗов.

Основными проблемами в области управления здравоохранением, а также в области непосредственного оказания медицинской помощи и взаимодействия органов управления здравоохранением, медицинских организаций и медицинского персонала с населением и организациями по вопросам здравоохранения, являются проблемы информационного обеспечения связанные с:

оптимизацией распределения и загрузки людских и материальных ресурсов в соответствии с потребностями отрасли;

своевременным принятием мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

профилактикой и ранним диагностированием заболеваний;

максимально эффективным использованием имеющихся ресурсов в здравоохранении;

поддержкой принятия врачебных решений, в том числе за счет предоставления оперативного доступа к полной и достоверной информации о здоровье пациента, внедрением автоматизированных процедур проверки соответствия выбранного лечения стандартам оказания медицинской помощи;

качественным образованием, непрерывным обучением, проведением эффективных научных исследований, а также активным профессиональным взаимодействием медицинских и фармацевтических специалистов;

интеграцией используемого медицинского оборудования с медицинскими информационными системами и внедрением цифровых систем для получения, диагностики и архивирования медицинских изображений и данных;

обеспечением надежности поставляемых цифровых систем для получения, диагностики и архивирования медицинских изображений и данных;

повышением уровня медицинской грамотности граждан;

более полным и эффективным вовлечением граждан в процесс наблюдения за собственным здоровьем;

предоставлением возможности выбора гражданином места лечения при наличии альтернативных вариантов;

упрощением административных процедур, связанных с получением организациями необходимых разрешений на осуществление деятельности в сфере здравоохранения, иных разрешительных документов[2].

Все перечисленные проблемы в полной мере относятся и к информационным системам в управлении Стоматологической Ассоциацией Калининградской Области.

Сбор, анализ, хранение и передача информации о стоматологии (п. 2.2 «о» устава САКО), являются основными для достижения целей и решения задач, стоящих перед ассоциацией и утвержденных в уставе организации (пп. 2.2 а-е, з-о устава САКО).

По данным САКО в г. Калининграде и Калининградской области находятся более 150 стоматологических кабинетов и клиник различных форм собственности и около 650 врачей стоматологов.

К сожалению, нет исследований, дающих четкое представление о структуре оснащенности стоматологических организаций Калининградской области компьютерной техникой и специализированным программным обеспечением.

По предварительным данным, на основании анализа более 20 клиник и стоматологических кабинетов г. Калининграда и Калининградской области, оснащенность компьютерной техникой и специализированным программным обеспечением (программы

учета типа IT-клиника) составляет 100%. При этом, АРМ администратора имеется в 100% клиник и кабинетов, в то время как АРМ врача имеется не во всех случаях. Доступ в интернет имеют не все АРМ администраторов и врачей. Большинство врачей стоматологов имеет базовый уровень владения компьютерной техникой, т.е. умеет пользоваться текстовыми программами и приложениями для работы в интернете.

Степень интеграции информационных систем в процессы управления организацией и в лечебную деятельность значительно разнятся, от учета исключительно финансовых взаимоотношений с пациентами, до использования элементов планирования ресурсов предприятия.

Многие стоматологические организации имеют свои интернет-сайты, основной целью которых является исключительно реклама оказываемых услуг. Внедрение сервисов для пациентов носят эпизодический характер. Системная работа по обучению населения правилам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний посредством информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) ведется на крайне низком уровне.

Интернет-представительство САКО http://sakoprofdent.ru в настоящее время выполняет исключительно информирующую роль (сайт - визитная карточка). САКО не имеет возможности собирать и анализировать текущую информацию о потребностях стоматологического сообщества в обучающих программах и нуждаемости медицинского персонала в курсах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Одновременно с этим оповещение стоматологических организаций посредством ИКТ о предстоящих событиях и мероприятиях, имеющих значение для стоматологической общественности, крайне затруднительно.

Исходя из приведенного анализа, можно сказать, что на сегодняшний день в КО назрела необходимость в создании Корпоративной Информационной Системы для обеспечения повседневной деятельности Стоматологической Ассоциации. При этом в целом САКО и стоматологические организации региона готовы для внедрения КИС.

Учитывая тенденции рынка ИКТ развитие средств коммуникации, как между членами САКО, так и между ассоциацией и другими заинтересованными лицами, прежде всего населением и органами государственной власти, является важным направлением деятельности ассоциации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения/ Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 N 364 (ред. от 12.04.2012).

2. Об утверждении Стратегии развития отрасли информационных технологий в РФ на 2014-2020 гг. и на перспективу до 2025 г./ Распоряжение Правительства РФ от 1 ноября 2013 г. N 2036-р.

УДК: 614.2+616-082(470.61)

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТО-ПОТОКА В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 3-ГО ЭТАПА

К.Н.Ляшенко
Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья
Научный руководитель: д.м.н., доц. Т.Ю. Быковская

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)является на сегодняшний день одним из наиболее востребованных населением видов бесплатной медицинской помощи. Частичная смена источника финансирования ВМП и включение основных ее объемов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), безусловно, является позитивным преобразованием, связанным с повышением доступности указанного вида помощи. Однако структура пациенто-потока в новых условиях не претерпела принципиальных изменений.

Научная гипотеза. Ассиметричное распределение пациенто-потока ВМП приводит к снижению ресурсной базы большей части медицинских организаций (МО) 3-го этапа оказания медицинской помощи, их технологическому отставанию и снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Цель работы - изучить особенности пациенто-потока ВМП в медицинских организациях 3-го этапа Ростовской области.

В работе использовались данные Министерства здравоохранения (МЗ) Ростовской области (РО), а также литературные источники, находящиеся в открытом доступе. Методическую основу исследования составили исторический и статистический методы, а также метод структурно-функционального анализа.

Анализ оказания ВМП жителям РОв целом и по отдельным профилям показывает, что число жителей области, нуждающихся в ВМП, ежегодно увеличивается. Так, число поданных заявлений о выделении соответствующей квоты на рассмотрение специальной

комиссии МЗ РО последнее время имело устойчивую тенденцию к росту: в 2011 году по сравнению с 2010 годом на 14,6 %; в 2012 году по сравнению с 2011 годом на 3,1 %; в 2013 году по сравнению с 2012 годом на 21,5 %.

Получали ВМП в среднем 83,4% от числа подавших соответствующие заявления. Оставшиеся пакеты документов(заявления) получали отказ в оказании ВМП по объективным причинам, связанным, как правило, с недоукомплектованностью пакета. При этом заблокированные заявленияоткрывалисьв январе следующего года как вновь поданные в системе мониторинга ВМП, т.е. эти пациенты переходили в новый лист ожидания и, в конечномсчете, обеспечивались необходимой ВМП.

В соответствии с демографическими пропорциями при рассмотрении общего объема поданных документов доля сельских жителей, получавших ВМП, обычно не превышала 30%. На долю городских жителейв среднем приходилось около 70%.

При этомфактические объемы оказания ВМП жителям РО были освоены за счет собственных мощностей здравоохранения РО в среднем только на 87,2%.В 12,8% случаев оказания ВМП пришлось прибегать к помощи специализированныхмедицинских учреждений из других регионов. К специализированным учреждениям, оказывающим ВМП жителям РО в г.Ростове-на-Дону, относятся:Ростовский государственный медицинский университет (РостГМУ), Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (РНИОИ),Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии(РНИИАП),Южный окружной медицинский центр ФМБА РФ(ЮОМЦ), Ростовская областная клиническая больница(РОКБ), Областная больница №2(ОБ № 2), Областная детская больница(ОДБ), Областной консультативно-диагностический центр(ОКДЦ), Больница скорой медицинской помощи№2 (БСМП 2), перинатальный центр(ПЦ).

Безусловный интерес представляет общая картина пациенто-потока по профилям ВМП (рисунок 1).

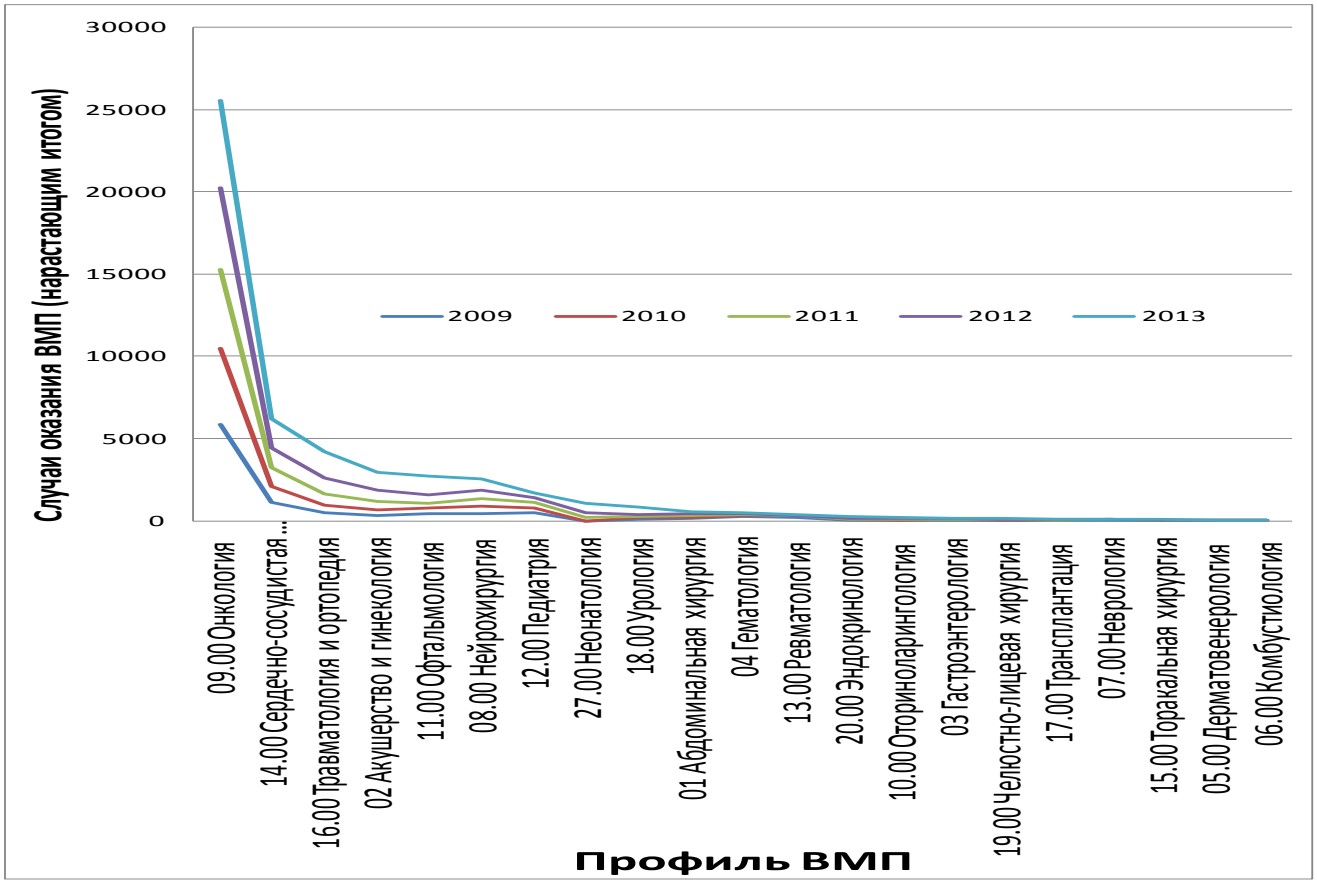


Рисунок 1 – Динамика случаев оказания ВМП (нарастающим итогом) по Ростовской области за период с 2009 по 2013 гг. с учетом профиля ВМП.

Первое ранговое место занимает профиль 09.00 «Онкология» - 20273 пролеченных за 4 года (более 5000 человек в год); далее 14.00 «Сердечно-сосудистая хирургия» - 4432 пролеченных (более 1100 человек ежегодно); 16.00 «Травматология и ортопедия» - 2608 (652 в год); 02 «Акушерство и гинекология» - 1859 (более 460 в год) и пятое ранговое место занимает профиль 11.00 «Офтальмология» - 1561 пролеченных за 4 года (более 390 человек ежегодно). Все вместе взятые оставшиеся профили составили поток, равный 6117 человек со средней загруженностью 62 пациента в год. Не меньший интерес представляет распределение пациенто-потока по конкретным МО (рисунок 2).

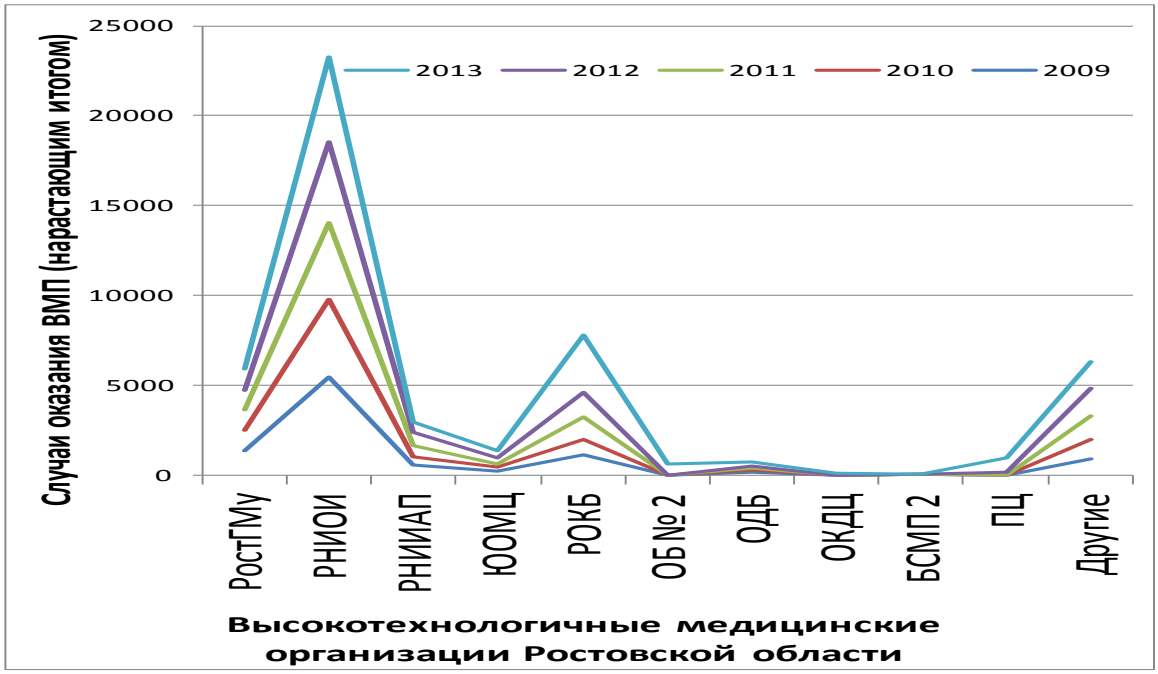


Рисунок 2 – Динамиказагруженности отдельных МО Ростовской области ВМП (нарастающим итогом) за период с 2009 по 2013 гг.

В соответствии с «Дорожной картой» развития здравоохранения РО на 2014 год (постановление Правительства Ростовской области от 28.02.2013 №106 в редакции от 07.05.2014 №184), были решены вопросы включения в систему ОМС отдельных видов ВМП, определен перечень медицинских организаций РО, в которых она оказывается, а также форма оплаты ВМП – по тарифу законченного случая с учетом выделяемой квоты [3]. По данным директора ТФОМСа РО А.В. Решетникова, в 2014 были переведены в систему ОМС такие, получившие широкое распространение видов медицинской помощи, как стентирование коронарных сосудов, эндопротезирование тазобедренных суставов, ЭКО, неонатология [4]. Однако объемы финансирования ВМП продолжают ограничиваться в рамках системы ОМС экстренностью страхового случая, а при бюджетном финансировании –количеством и размерами выделенных квот.

Совершенно очевидно, что ВМП является локомотивом здравоохранения, так называемой инновационной площадкой, на основе которой новые медицинские знания и новые технологии будут распространяться по всей сети МО. Однако масштаб капиталовложений в упомянутые точки роста медицинской отрасли на Дону оставляет желать лучшего. Так, в сравнении со средствами ОМС объемы ВМП в 2013 г. по РО составили 1,85%. Не претерпели изменения эти цифры и после перехода ВМП в ОМС. При этом средняя стоимость квоты на 1 человека составила в том же году 45 322,34 руб., 1 койка ВМП за год принесла МО средств на сумму 906 446,78 руб., средняя стоимость койко-дня составила 2 483,42 руб., всего коек ВМП работало по области в 2013 году 667 шт. [1]. В

соответствии с аналогичными данными РОФОМСа [2] средняя стоимость койко-дня в 2013 году приближалась к 2000,00 руб., 1 койка принесла в среднем за год более 600 000,00 руб. каждой МО, работавшей в ОМС.

Выводы:

1. Более 55% пациенто-потока ВМП (первое ранговое место) направляется по профилю 09.00 «Онкология».

2. Второе ранговое место (12% пациенто-потока ВМП) направляется по профилю14.00 «Сердечно-сосудистая хирургия».

3. Основной медицинской организацией, принимающей пациенто-поток ВМП (около 5000 человек ежегодно) является РНИОИ, далее следуют РОКБ (до 2500 пациентов) и РостГМУ (около 1000 пациентов в год). Выражая указанные характеристики пациенто-потока ВМП через койки, получим соответственно 140, 70 и 30 высокотехнологичных коек для МО, чей коечный фонд приближается к 1000.

4. Развитие ВМП в РО тормозится малыми объемами пациенто-потока, низкими тарифами на указанные виды помощи, т.е. отсутствием у МО достаточных средств для поддержания и развития имеющихся медицинских технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Реализация национального проекта "Здоровье". – URL: http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=124053&mid=128713&itemId=125744

2. ОМС Ростовской области в цифрах и фактах.– URL: http://www.rostov-tfoms.ru/oms-na-donu/oms-v-cifrah

3.. Деятельность областной комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области в I полугодии 2014 года. – URL: http://www.donland.ru/Default.aspx?pageId=127748

4. В Ростовской области высокотехнологическую медицинскую помощь включили в программу ОМС 2014 года. –URL: http://www.medvestnik.ru/news/v_rostovskoy_oblasti_vysokotehnologicheskuyu_medicinskuyu_pomosch_vklyuchili_v_programmu_oms_2014_goda/

УДК:616. 832 – 009.54

САМООЦЕНОЧНАЯ, УЧЕБНАЯ И МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Э.М. Магомедова, К.Д. Яковлева, Е.С. Соломатова, К.А. Газенкампф
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, НОЦ Морфология
Научные руководители:д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, д.м.н., проф., Н.Н. Медведева

Тревожность - постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях связанных или с экзаменационными испытаниями, или с повышенной эмоциональной или физической загруженностью, порожденной причинами иного характера.Одной из форм нарушения нормальной жизни человека является напряженность, вызванная эмоциональным состоянием человека. Часто повышенная эмоциональная напряженность сопровождается страхами, беспокойством, опасениями и перерастает в устойчивое состояние тревожности. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Получение высшего образования в современных условиях – процесс, требующий колоссального эмоционального и физического напряжения, и сопряжённый с большой умственной нагрузкой: ненормированный учебный день, дефицит времени, необходимость усваивать в сжатые сроки большой объем информации, повышенные требования, жесткий контроль и регламентация режима. В совокупности эти факторы оказывают значимое влияние на психическое состояние студентов, подвергая его большим испытаниям.

В процессе адаптации первокурсников к вузу возникают такие трудности как:

- отрицательное переживание, связанное с уходом вчерашних школьников из школьного коллектива:

- недостаточная психологическая подготовка к профессии;

-неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения и деятельности;

- недостаточно развитое стремление к самообразованию и т.д.

Таким образом, тревожность влияет на межличностное взаимодействие студентов, на само поведение, а, следовательно, и на учебу. Студенты, имеющие высокий уровень тревожности не могут быть лидерами, т.к. не уверены в себе, замкнуты, стеснительны, не общительны. Как правило, такие студенты одиноки. Повышенный уровень тревожности

может свидетельствовать о недостаточной эмоциональной приспособленности к ситуации, в которой находится студент. Крометого, студенты, имеющие высокую тревожность, относятся к группе риска по развитию неврозов и психосоматических заболеваний.

Для того, чтобы процесс подготовки медицинских работников был более эффективным, а эмоциональная сфера студентов адекватной ситуации учебной деятельности, система высшего профессионального образования отводит большое значение исследованиям различных психических состояний студентов, уделяя колоссальное внимание уровню тревожности, так как это играет важную роль в создании условий для эффективности и успешности учебного процесса, поскольку, нередко наблюдая явные признаки учебной дезадаптации у студентов факультета фундаментального медицинского образования КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (КрасГМУ), педагоги высшей школы не всегда усматривают ее психосоматический генез.

Цель исследования– изучение уровня тревожности у студентов первых курсов медицинского университета.

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). Объект исследования - совокупность здоровых молодых людей (добровольцев), которые 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 156 добровольцев. Выбор объекта исследования обусловлен сопоставимым уровнем образования, возраста, степени умственной и физической нагрузки. Участие обследуемых было добровольным и осуществлялось в рамках работы студенческого научного общества (СНО). Исследование проводилось бесплатно и не представляло риска для здоровья испытуемых, в дневное время суток. Распределение по полу: девушек – 114 (73%) средний возраст 18 ± 0,8 [18;19] лет, юношей – 42 (27%) средний возраст 19 ± 1,04 [18;20] лет. Исследование уровня самооценочной (личностной), школьной и межличностной тревожности проводилосьс использование компьютерного программного обеспечения АПК «НС-ПсихоТест», элитная версия (Нейрософт, Иваново). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики

и уровня тревожности использовали «Шкалу тревожности». Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью гистограммной оценки. Для сравнения параметрических (количество нормально распределенных признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента с учетом параметра равенства дисперсий. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v.7.0 (StatSoft, USA).

В результате проведенного исследования нами показано, что, в целом, у студентов первых курсов КрасГМУ отмечается низкий уровень личностной, межличностной и ситуативной тревожности, что можно объяснить организацией на базе нашего университета факультета фундаментального медицинского образования (ФФМО), слаженной работой деканов, кураторов студенческих групп и органов студенческого самоуправления (таблица 1).

Таблица 1 – Результатытестирования по "Шкале тревожности"

	Самооценочная тревожность		Школьная тревожность		Межличностная тревожность	
	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %
Чрезмерное спокойствие	48,4%	78,3%	12,5%	39,1%	23,4%	52,2%
Нормальный уровень	35,9%	17,3%	70,4%	47,8%	56,2%	43,5%
Повышенный уровень	9,4%	4,4%	6,2%	8,7%	9,4%	0%
Высокий уровень	4,7%	0%	6,2%	4,4%	3,2%	4,3%
Критичный уровень	1,6%	0%	4,7%	0%	7,8%	0%

Обращает на себя внимание наличие большого процента студентов с «чрезмерным спокойствием» по шкале самооценочной и межличностной тревожности. Частота встречаемости «чрезмерного спокойствия» среди юношей по вышеуказанным шкалам (78,3% и 52,2%, соответственно) была ниже, чем среди девушек (48,4% и 23,4%, соответственно).

Подобное безразличие в студенческой среде носит, как правило, компенсаторный, защитный характер и препятствует адекватному восприятию действительности (университетской среды, в частности) и себя как личности [4,5]. Кроме этого, следует помнить, что испытуемые с низким уровнем тревожности в значительно большей степени

воспринимают окружающий их мир более дружелюбным, не видят угрозы со стороны других людей по сравнению с высоко тревожными респондентами [5], что также является фактором риска социальной и учебной дезадаптации этой группы студентов, особенно проживающих в студенческих общежитиях и в арендованных (съемных) квартирах без психологической поддержки родителей, друзей и близких, фактором риска развития астено-депрессивных состояний у студентов. С другой стороны, для группы респондентов с низким уровнем тревожности в большей степени характерна способность находить формы поведения, обеспечивающие решение необходимых социальных задач.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при оценке состояния различных видов тревожности (самооценочной, школьной и межличностной) у студентов 1-2 курсов КрасГМУ преобладали нормальные показатели. В среднем у 50% респондентов выявлены признаки «чрезмерного спокойствия». Полученные нами данные требуют продолжения исследования: привлечения к углубленному обследованию студентов ФФМО специалистов факультета клинической психологии, уточнения причин гендерных различий по данным показателям, включая общесоциальные и межличностные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

6. Березовин, Н.А. Адаптация первокурсников к педагогическому процессу вуза / Н.А. Березовин, Л.И. Морозова //Педагогика высшей и средней специальной школы. -В.2.- Минск, 1988.

7. Брагина, К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К. Р. Брагина // ВісникВінницького державного медичногоуніверситету. – 2003. – Т. 7 (2) / 2. – С. 849-851.

8. Воротникова, Е.Ю. Психологические методы коррекции состояния тревожности у студентов / Е.Ю.Воротникова, Е.В. Соколова, В.И. Мельников// Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: Сб. докл. межрегион. науч. - практ. конф.: В2-х ч. – Новосибирск, - 2003. - Ч. 1. – С.451-453.

9. Ротштейн, В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, М.Е. Суетин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, №2. – С. 56-58.

10. Смирнов, Ю.А. Стиль жизни и личностная тревожность / Ю.А. Смирнов // Знание. Понимание. Умение. - 2007. - № 1. - С. 212-214.

11. Туманник, Е.В. Место тревожности в динамике психосоматических расстройств человека / Е.В. Туманник –Актуальные проблемы специальной психологии в

образовании: Сб. докл. межрегион. науч. - практ. конф.: В 2-х ч. - Новосибирск, - 2003. - Ч. 2. – С.148-150.

12. Уровень тревожности у студентов первых курсов медицинского университета / Пищиков О.В., Говорина Ю.Б., Васильева Е.Э.и др. – 78-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 95-летию со дня рождения профессора Ю.М. Лубенского.- Красноярск, 2014.- С.495-496.

УДК 331.101.3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМ СТИМУЛИРОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ УЦС КРАСГМУ

П.В. Макаров

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

Факультет медицинской кибернетики и управления в здравоохранении

Научный руководитель: д.м.н., проф. К.А.Виноградов

Создание и поддержание высокого уровня трудовой мотивации персонала организации - одна из главных целей управления человеческими ресурсами. Если сотрудники мотивированы на достижение нужных для организации целей, то вероятность того, что ее деятельность будет успешной, значительно возрастает. В последнее время многократно увеличился объем научных знаний о трудовой мотивации, а понимание основных принципов трудовой мотивации необходимо для создания эффективной системы стимулирования персонала организации.

Учитывая актуальность данной темы, целью работы является определение типов трудовой мотивации сотрудников с последующим определением форм стимулирования для повышения экономической и медицинской эффективности организации.

Для достижения поставленной цели использован тестовый вопросникMotype В.И.Герчикова[1], состоящий из 18 вопросов, сгруппированных в следующие блоки: паспортная часть (вопросы 1-4);отношение работника к своей работе, работа как деятельность (вопросы 5-8);отношение работника к заработной плате (вопросы 9-10);работник и организация, коллектив (вопросы 11, 13);работник и совладение организацией (вопрос 14);работник и занимаемая им должность (вопросы 12, 15-18).Все вопросы анкеты закрытые.

Варианты ответов сформулированы таким образом, что каждый из них соответствует какому-либо типу мотивации; они чаще однозначны, но иногда могут работать и на два-три типа сразу.

У респондента имелась возможность дать два ответа на большинство вопросов. Это сделано с целью, чтобы определить не только преобладающий тип, а всю структуру трудовой мотивации данного человека (т.е. его мотивационный профиль).

По итогам анкетирования были определены средние индексы по каждой группе типов трудовой мотивации (сложив индексы по всем анкетам респондентов по каждому типу трудовой мотивации и разделив получившиеся по каждому типу мотивации числа на общее количество анкет):

В настоящей работе для оценки результатов выделялись следующие типы трудовой мотивации.

Инструментальный тип. Сама работа не является для такого работника сколько-нибудь значимой ценностью и рассматривается только как источник заработка и других благ, получаемых в качестве вознаграждения за труд. Но его интересуют не любые деньги, а именно заработок; поэтому он будет работать с максимальной отдачей на любой работе, если его труд будет справедливо и высоко (в его понимании) оплачиваться.

Профессиональный тип. Работник этого типа ценит в работе ее содержание, возможность проявить себя и доказать (не только окружающим, но и себе), что он может справиться с трудным заданием, которое не каждому посильно. Эти работники предпочитают самостоятельность в работе и отличаются развитым профессиональным достоинством.

Патриотический тип. Работников этого типа интересует участие в реализации общего, очень важного для организации дела. Им свойственна убежденность в своей нужности для организации, отличаются готовностью взвалить на себя дополнительную ответственность ради достижения результатов общего дела. Для них важно общественное признание участия в общих достижениях.

Хозяйский тип. Выражается в добровольном принятии работником на себя полной ответственности за выполняемую работу. Работник с таким типом мотивации будет выполнять свою работу с максимальной отдачей, не настаивая на ее особой интересности или высокой оплате, не требуя ни дополнительных указаний, ни постоянного контроля.

Избегательная мотивация (странный тип). Работник этого типа обладает очень слабой мотивацией к эффективной работе. У него низкая квалификация и он не стремится ее повышать; он безответственен и старается избежать любой работы, связанной с личной ответственностью; он сам не проявляет никакой активности и негативно относится к

активности других. Работник с избегательной мотивацией – единственный, по отношению к которому административный стиль управления может быть эффективным, а потому оправданным.

Зная мотивы и тип трудовой мотивации работника, можно эффективно воздействовать на его мотивацию и направить его деятельность на достижение целей компании.

Под мотивацией понимается воздействие на работника посредством стимулов. Стимулом является конкретный вид блага или наказания, который использует организация для побуждения работника к действию[5].

Существуют различные виды стимулов. Так, В.И. Герчиков выделяет шесть групп видов стимулирования персонала организации[1]: материальные стимулы (денежные, не денежные), моральное стимулирование, организационные стимулы, участие в совладении и управлении, патернализм (забота о работнике), негативные стимулы.

Связь между чистыми мотивационными типами и приемлемыми для них видами стимулирования отражена в таблице 1.

Таблица 1 - Соответствие мотивационных типов и форм стимулирования

Формы стимулирования	Мотивационный тип				
	Инструментал	Профессионал	Патриот	Хозяин	Странник
Негативные	Нейтральна	Запрещена	Применима	Запрещена	Базовая
Денежные	Базовая	Применима	Нейтральна	Применима	Нейтральна
Натуральные	Применима	Нейтральна	Применима	Нейтральна	Базовая
Моральные	Запрещена	Применима	Базовая	Нейтральна	Нейтральна
Патернализм	Запрещена	Запрещена	Применима	Запрещена	Базовая
Организационные	Нейтральна	Базовая	Нейтральна	Применима	Запрещена
Участие в управлении	Нейтральна	Применима	Применима	Базовая	Запрещена

Термин «базовая» означает наибольшую ориентированность данной формы стимулирования на человека с данным типом мотивации, «применима» - данная форма стимулирования может быть использована по отношению к данному типу мотивации, «нейтральна» - применение данной формы стимулирования не окажет никакого воздействия на человека, и он будет продолжать действовать как прежде, «запрещена» - применение данной формы стимулирования проведет прямо к противоположному эффекту.

При разработке систем стимулирования с учетом выявленных мотивационных профилей возможны две постановки задачи:

первая - исходя из анализа интересов и характера членов трудового коллектива, построить такую систему стимулирования, которая вызывала бы предельно конструктивное поведение, обеспечивающее эффективную коммуникацию и достижение совокупного результата деятельности коллектива;

вторая - построить такую систему стимулирования, которая бы, решая задачи организации, приводила к увольнению сотрудников, чьи интересы и характер нас не устраивают. Таким образом, можно добиться, что в организации останутся только те, кто, например, любит большие деньги, или, наоборот, равнодушен к материальным стимулам.

Исследование проводилось на базе Университетского центра стоматологииКрасноярского государственного медицинского университета(УЦС КрасГМУ), в котором приняли участие все работники трудового коллектива. Трудовой коллектив УЦС КрасГМУ состоит из 20 человек, из них 3 сотрудника администрации, 9 врачей, 6 ассистентов и 2 медрегистратора

В таблице 2 представлены результаты среднего индекса типов трудовой мотивации.

Таблица 2 - Средний индекс типов трудовой мотивации

Тип мотивации	Средний индекс
Инструментал	0,26
Профессионал	0,3
Патриот	0,16
Хозяин	0,13
Странный тип (люмпен)	0,1

Далее определялось количество анкет, в которых каждый тип мотивации имеет ранг 1. Первый ранг присваивается в каждой анкете тому типу мотивации, который соответствует наибольшему количество ответов. Количество ответов, полученных по каждому типу мотивации, делится на общее число ответов в анкете. Таким образом рассчитывается индекс конкретного типа трудовой мотивации. Полученные числа разделили на количество анкет. Например, инструментальный тип присутствовал на первом месте в 7 анкетах: 7/20= 0,35. Профессиональный тип трудовой мотивации – в 13 анкетах: 13/20= 0,65. Хозяйский тип трудовой мотивации- в 1 анкете: 1/20= 0,05. Патриотический тип трудовой мотивации- в 1 анкете: 1/20= 0,05. Люмпенизированный тип трудовой мотивации не присутствовали в

первом ранге ни в одной из анкет. В результате проведенных расчетов были выявлены средние индексы мотивационных типов, которые преобладают в группе (таблица 3):

Таблица 3 - Индекс типа трудовой мотивации

Тип мотивации	Индекс типа мотивации
Инструментал	0,35
Профессионал	0,65
Патриот	0,05
Хозяин	0,05
Странный тип (люмпен)	0

Результаты проведенного тестирования сотрудников УЦС КрасГМУ показали, что основными мотивационными типами в группе являются: профессиональный (коэффициент 0,65) и инструментальный (коэффициент 0,35). Согласно характеристике мотивационных типов В.И. Герчикова сотрудникам данной организации очень важно содержание работы; возможность самовыражения (так, на вопрос № 5 анкеты «Что Вы больше всего цените в своей работе?» 12 из 20 опрошенных (60%) ответили, что «она дает мне возможность проявить то, что я знаю и умею»); заинтересованность в доходе (на вопрос анкеты «Представьте, что Вы сейчас ищете работу. Вам предлагают несколько работ. Какую из них Вы выберете?» 10 человек из 20 (50%) ответили «За которую больше платят»). Для работниковважна также обоснованность цены труда. Например, на вопрос анкеты «Попробуйте определить, что для Вас означает Ваш заработок?» 8 из 20 опрошенных, что составляет 40 % от общего числа респондентов, ответили «Плата за время и усилия, потраченные на выполнение работы», что свидетельствует о наличии инструментальных мотивов почти у половины сотрудников коллектива.

Для работников данной организации важно как содержание работы, так и сумма вознаграждения, которая предлагается за выполнение этой работы.

Таким образом, для сотрудников УЦС Крас ГМУ наиболее действенными формами стимулирования являются организационные и денежные, могут быть использованы натуральные, моральные формы стимулирования, а также участие в управлении. К запрещенным формам стимулирования относятся патернализм и негативная форма. Предлагается уделить особое внимание организации рабочего процесса, в первую очередь обеспечить организацию современным оборудованием и материалами, кроме того, рассматривая формирование команд необходимо обеспечить скоординированную работу

врача и ассистента. Рассматривая денежные формы стимулирования необходимо выделить наличие и совершенствование сдельной формы оплаты труда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герчиков, В.И. Мотивация, стимулирование и оплата труда персонала. / В.И. Герчиков – М.: ГУ- ВШЭ, 2007.

2.Стародубов, В.И. Управление персоналом: учебник. / В.И.Стародубов, П.И.Сидоров, И.А. Коноплева – М.: Геотар-Медиа, 2006.

3. Грачев, М.В. Управление трудом (теория и практика капиталистического хозяйствования). / М.В. Грачев – М., 2007.

4. Соколова, М.И. Управление человеческими ресурсами: учебник. / М.И. Соколова, А.Г. Дементьева. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005.

5. Шапиро, С.А. Мотивация и стимулирование персонала / С.А. Шапиро. – М.: ГроссМедиа, 2005.

УДК 159.923–053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧИЙ В АКЦЕНТУАЦИЯХ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ ВХОДЯЩИХ В РАЗЛИЧНЫЕ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ (СМГ, ОСНОВНАЯ ГРУППА)

Л.Ф. Маковецкая, Е.И.Стоянова

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

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

Подростковый возраст – 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 корригировать ожидаемые действия и поступки. 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].

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 акцентуаций характера подростков входящих в различные группы здоровья.Экспериментальная база: МАОУ Гимназия №11 города Красноярска.

Для реализации поставленных задач был использована методика диагностики акцентуаций характера Леонгарда-Смишека. 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.

В результате проведения диагностики исследуемых, мы получили следующие результаты по методике акцентуаций характера Леонгарда-Смишека для основной и СМГ групп.

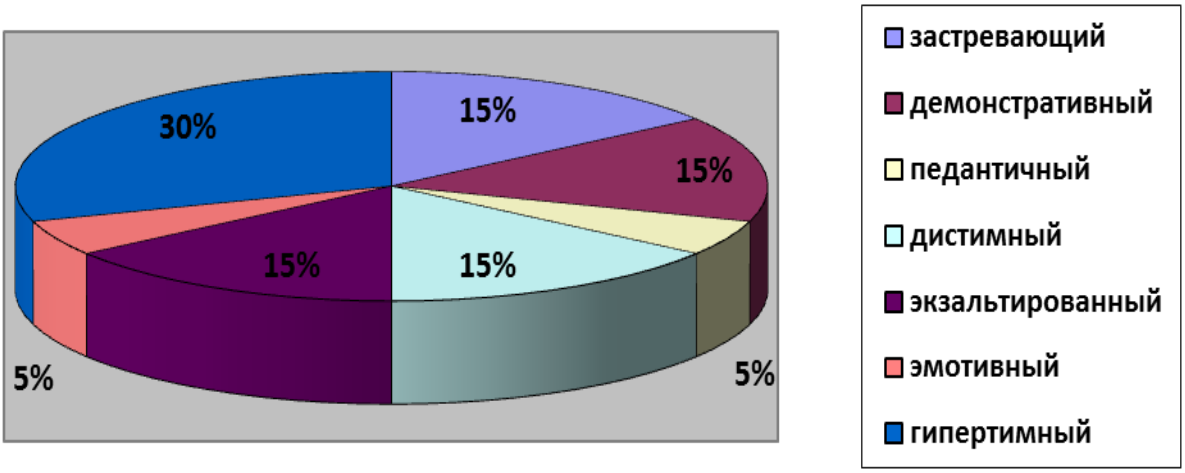


Рисунок 1 – Общие показатели акцентуаций характера (основная группа).

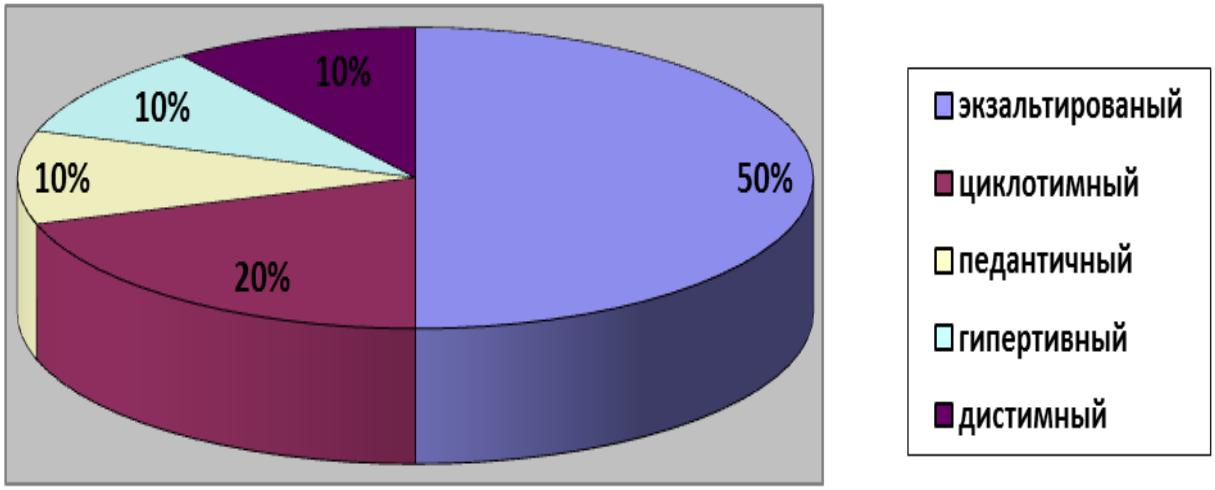


Рисунок 2–Общие показатели акцентуаций характера (СМГ группа).

Анализируя результаты исследования по методике Леонгарда-Смишека, можно констатировать, что у основной группы по (15%) приходится на застревающий, демонстративный и дистимный тип личности; (5%) педантичный и эмотивный; наибольший результат (30%) исследуемых относятся к гипертимному типу акцентуаций характера (рисунок 1). В группе СМГ по 10% исследуемых относятся к педантичному, гипертимному и дистимному типу; 20% составляет циклотимный тип; преобладает экзальтированный тип акцентуаций характера- (50%) (рисунок 2).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что подростки относящиеся к специальной медицинской группе демонстрируют больше экзальтрованный тип акцентуации характера, что может говорить о компенсаторной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Паршукова, Л.П. Акцентуации характера: учебник. / Л.П. Паршукова СПб.: изд-во ЮУрГУ, 2007.- 16 с.

2. Батаршев, А.В. Акцентуации характера: учебник. / А.В. Батаршев. - М., 2005.- 86 с.

3. Захаров, А.И. Диагностика черт акцентуаций личности: Практическое Руководство. / А.И. Захаров- М., Психотерапия, 2006.- 156 с.

УДК:616.72: 616.517-079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Ю.С. Малькова

ГБОУ ВПО 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. А.Ф. Макаров

Псориатический артрит (ПА) является одним из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. Это наиболее частое экстрадермальное проявление псориазаи развивается у 10-30 % больных псориазом.У больных с таким осложненным псориазом часто наблюдаются не только стойкая потеря трудоспособности,которая отмечается в первые 5 лет болезни, и суставная деформация,но и повышение смертности,у мужчин на 59% и у женщин на 65% [3].Размытость клинической картины, разнообразное течение патологического процесса представляет трудности для верификации,а отсутствие общепринятых диагностических критериев ПА ведет к позднему началу лечения,вследствие этого к ранней травматизации и повышенной частоте осложнений,что требует тщательного обследования, настороженности врачей соответствующих специальностей в отношении ПА[1].

ПА – хроническое системное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом и характеризующееся преимущественной локализацией процесса в тканях опорно-двигательного аппарата с развитием эрозивного артрита,костнойрезорбции,множественныхэнтезитов и спондилоартрита.

ПА, как правило,развивается в течение нескольких лет после презентации кожных высыпаний,но может и предшествовать им. При этом вовсе не обязательно поражаются суставы, находящиеся непосредственно под пораженным участком кожи.

Национальный фонд псориаза и другие организации обследовали множество больных псориазом(в самом крупном участвовали более 20000 человек) и выявили факторы, которые могут быть связаны с ПА. Так, вероятность когда-нибудь заболеть этим недугом выше у тех,кто страдает тяжелой формой псориаза или псориазом ногтей.

Распределение частоты вовлечения суставов в патологический процесс при ПА имеет приблизительно следующий вид: коленные суставы (72,4%), голеностопные (59,2%), лучезапястные (48%), височно-нижнечелюстные (28,8%), грудино-ключичные(21,2%), грудино-реберные (9,2%) [2].

Несмотря на то, что ПА трудно дифференцировать с другими видами артритов,все же есть ряд клинических признаков, которые более характерных именно для него.К ним относятся: асимметричное поражение суставов; изменение пальцев в виде «сосиски» (дактилит)-этот симптом выявлен у 32% больных.;артрит всехсуставов одного пальца (осевой артрит); поражение дистальных межфаланговых суставов;энтезит; отсутствиеревматоидногофактора (РФ); наличиесакроилиита, паравертебральныхоссификатов и синдесмофитов на рентгенограмме позвоночника;псориаз у больного или отягощеннаянаследственность по псориазу и ПА; изменения ногтевых пластинок, включающие образование вдавлений, поперечныхскладок, пожелтения, онихолизиса, гиперкератоза.Остеолиз-один из наиболее значимых симптомов ПА(ценное диагностическое значение,так как не встречается ни при какой другой ревматоидной болезни). Лизис приводит к обезображивающему(мутилирующему)артриту с укорочением пальцев,разнонаправленнымиподвывихами,симптом«разболтанного»пальца.Могут вовлекаться новые суставы.Сочетание остеолиза одновременно с развитием костных анкилозов является особенностью ПА.

Интересно отметить, что часть авторов серонегативность по РФ невключали в критерии. Обосновывалось этотем, что РФ нередко выявляется и у лиц безартритов, а такжеобнаруживается в 9–12%случаев даже среди больных ПА.

При ПА в настоящеевремя выявлены многочисленные аутоантитела кнуклеиновым кислотам и нуклеопротеиду, в частности антинуклеарные антитела(АНА) (14% случаев), антитела к двухспиральной ДНК (3%), антитела к РНП (1%), антиперинуклеарныеантитела.В диагностике также может помочь выявление человеческого лейкоцитарного антигена-HLAB*27, HLA-B*38 и HLA-C*06.

Выводы: ПА смертельной угрозы чаще всего не представляет,однако оказывает очень серьезное отрицательное влияние на качество жизни пациентов, страдающих псориазом, поэтому имеет важное социальное и медицинское значение. Проблема дифференциальной диагностики требует особого внимания. Знание клинической картины,раннее выявление, а

также правильный подход к лечению ПА позволит существенно облегчить причиняемые им страдания, улучшить результат исхода заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Корсакова, Ю.Л. Псориаз и псориатический артрит/ Ю.Л. Корсакова //Современная ревматология.– Москва.– 2012.–№ 3.

2. Псориаз и псориатический артрит/ В.А. Молочков, В.В. Бадокин, В.И. Альбанова, В.А. Волнухин. – КМК, 2007.

3. Эрдес, Ш.Ф. Является ли псориатический артрит действительно псориатическим? /Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2014.– № 52(6).– С.678-681.

4.Taylor, W. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study./ W.Taylor, D.Gladman, P.Helliwell // Arthritis Rheum. – 2006. – Vol. 54(8). – P.2665-2673.

УДК: 611.314.43.05:378.016:616.31

ОПЫТ СОЗДАНИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ФИЛЬМА ПО ОТРАБОТКЕ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА ПО ЧАСТНОЙ АНАТОМИИ ЗУБОВ ДЛЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»

Д.В.Мартынчук, Н.А.Федорова, В.В.Кундик, Н.В.Петриди, К.Н.Углев, Т.А. Моисеева

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

Научные руководители: к.м.н., доц. В.П. Ефремова, д.м.н., доц. Л.В.Синдеева

Первой ступенью на пути познания медицины для будущего врача является анатомия человека. Это одна из самых трудоемких дисциплин в системе медицинского образования. Она требует большой самостоятельности в овладении программным материалом. По этой причине в педагогическом процессе на кафедре анатомии человека важная роль отводится самостоятельной работе студентов, раскрытие творческих способностей. Самостоятельная работа студентов осуществляется как в учебное, так и во внеучебное время.

На первом-втором курсах любого вуза внеучебная деятельность является важнейшим способом приобщения к избранной профессии, формирования умений и качеств, необходимых будущему специалисту, обладающего высокой культурой, гражданской ответственностью и самореализацией. Общение студентов с преподавателем, начавшееся на занятиях, получает естественное продолжение во внеучебной работе, направленной на

усвоение обучающимисяпрофессиональных умений и навыков. Внеучебная деятельность, находясь в тесной связи с учебной, рассматривается как совокупность разнообразных видов и форм воспитательной работы со студентами, проводимыми за пределами занятий и учебного времени.

На кафедре анатомии и гистологии человека КрасМУ ежегодно проводится конкурс морфологических препаратов им. проф. М.Г. Привеса. Работа в рамках конкурса проводится по трем номинациям: изготовление анатомических препаратов, изготовление гистологических препаратов и создание учебно-методических фильмов, что является новым направлением в структуре данного конкурса и одной из форм организации внеучебной работы студентов.

Рабочая программа дисциплины «Анатомия человека – анатомия головы и шеи» предусматривает овладение рядом важнейших практических навыков для будущего врача-стоматолога, одним из которых является определение группы зубов и их латерализации. С **целью** обеспечения возможности закрепления практических умений во время внеаудиторной самостоятельной работы был создан учебно-методический фильм «Определение групп зубов, их принадлежности верхней или нижней челюсти и их латерализация».

Был создан видеоролик, продолжительностью 20 минут. Для реализации работы использовались следующие программы: FlashPro, Blender, SonyVegasPro 11, Cubase 5, Photoshop.

Фильм начинается с демонстрации ортопантомограммы, позволяющей увидеть все группы зубов, их корни и окружающие ткани. Затем следует демонстрация на натуральных препаратах анатомического строения каждого зуба верхней и нижней челюстей (резцов, клыков, премоляров и моляров). Детально представлены особенности строения коронок (бугорки, борозды, валики на пяти составляющих поверхностях) и корней различных групп зубов. Особое внимание уделяется латерализации зубов. Все особенности строения зубов параллельно сопровождаются демонстрацией 3D-моделей с анимационными эффектами, акцентирующими внимание на основных признаках. Основу закадрового текста составил материал учебника «Анатомия человека» под ред. Л.Л. Колесникова, предназначенного для студентов медицинских вузов специальности «Стоматология [2]. Весь фильм выполнен в строгом соответствии с Международной анатомической терминологией [1].На рисунках представлены фрагменты фильма.

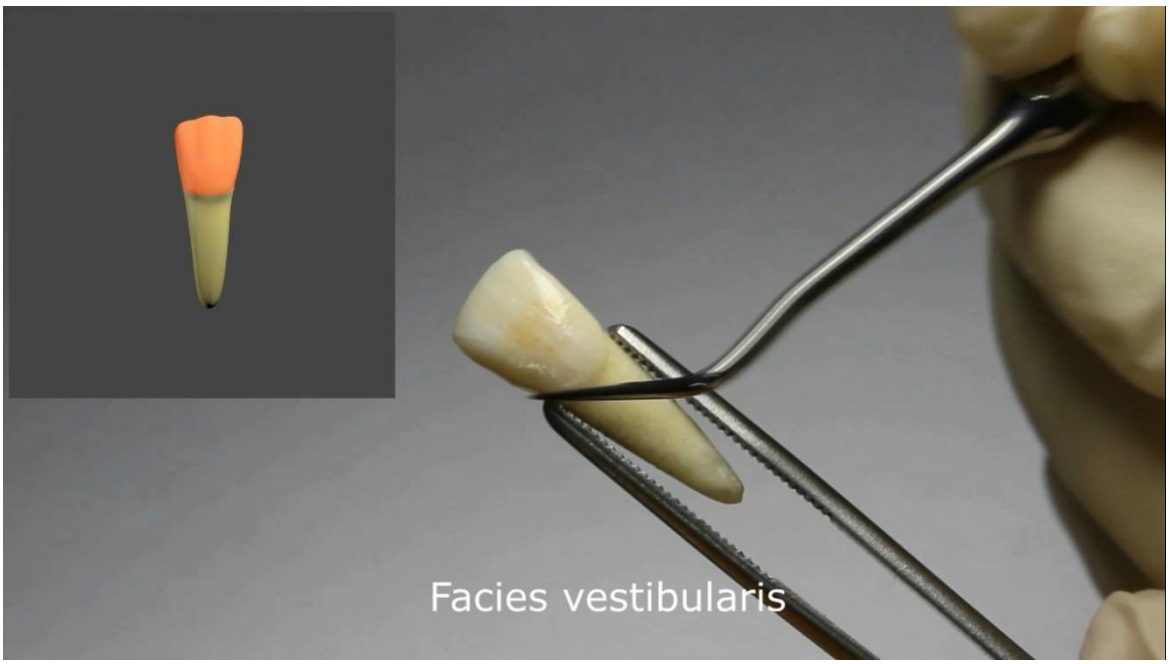


Рисунок 1 -Фрагмент демонстрации резца верхней челюсти.

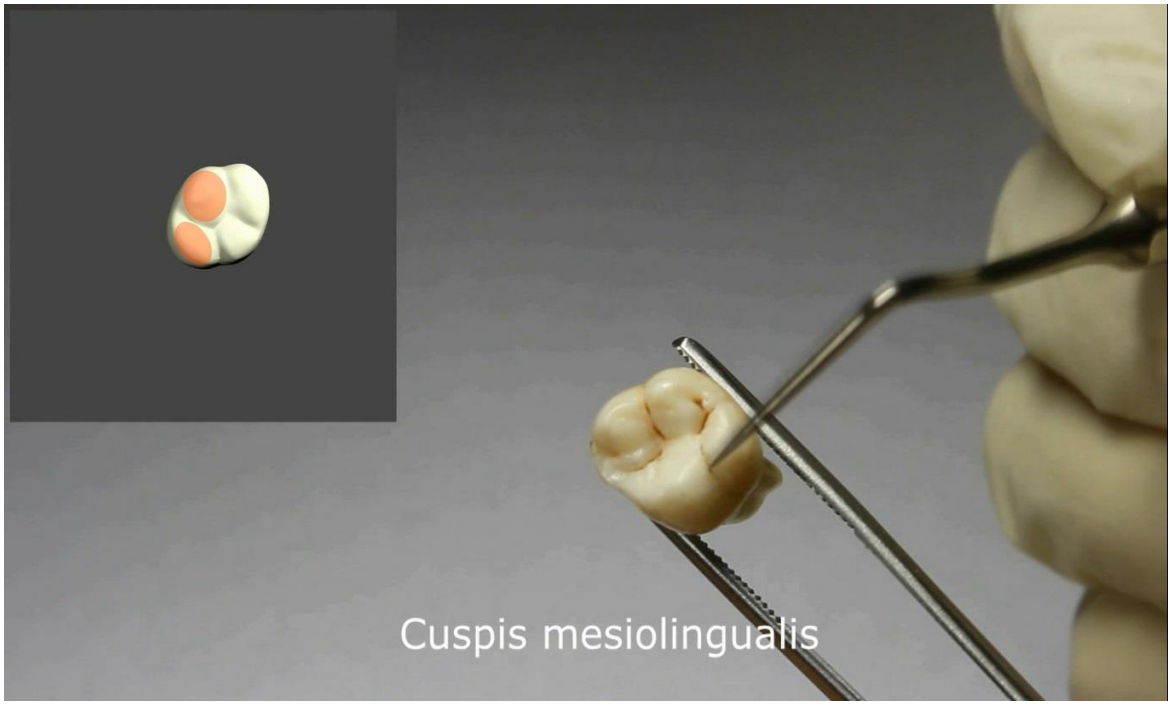


Рисунок 2 -Фрагмент демонстрации 1-го моляра верхней челюсти.

Таким образом, аудиовизуальное представление информации играет важную роль для самостоятельной работы студента, способствуют закреплению полученных знаний и систематизации изученного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесников, Л.Л. Международная анатомическая терминология / Л.Л. Колесников. – М.: Медицина, 2003 . – 424 с.

2. Михайлов, С.С. Анатомия человека / С.С. Михайлов, А.В. Чукбар, А.Г. Цыбулькин, под ред. Л.Л. Колесникова. – М.: Гэотар-Медиа., 2011. – Т. 2. – 608 с.

УДК 616.8-001-036.88-053.31-07

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

М.В Марудов, Н.В Сизых

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., доц.С.Л Парилов

Младенческая смертность – смертность детей первого года жизни – представляет собой значимую медико-социальную и демографическую проблему.

Принципиальными особенностями младенческой и перинатальной смертности являются, во-первых, их очевидная демографическая значимость, во-вторых, обусловленность социальными условиями жизни населения, в-третьих, высокая зависимость от медико-организационных факторов[1].

В структуре заболеваемости и смертности детей в раннем неонатальном периоде частой причиной является родовая травма нервной системы [2,3].

Целью исследования являлось составление алгоритма вскрытия трупов новорожденных и грудных детей для выявления повреждений нервной системы.

В ходе исследования перед нами была поставлена задача, используя материалы современной литературы, изучить применяемые методы исследования трупов новорожденных и грудных детей для выявления морфологических маркеров родовых повреждений нервной системы.

Предлагаемая медицинская технология предназначена для проведения исследований трупов новорожденных. Она позволяет, применяя модифицированный алгоритм вскрытия и новые секционные методы, выявить повреждения нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни. Разработать и обосновать критерии дифференциальной диагностики родовой травмы нервной системы и травмы иного происхождения [2].

В технологии впервые показана возможность обнаружения повреждений центральной и парасимпатической нервной системы, ранее не констатировавшихся в случаях смерти новорожденных.

Показанием к применению метода является исследование трупа новорожденного и грудного ребенка.

С целью углубленного изучения нервной системы был расширен спектр исследования структур ЦНС и ПсНС и их окружения, по сравнению с регламентом, определенным приказом МЗ РВ № 161 от 24 апреля 2003 г. «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы». Это позволило модифицировать алгоритм исследования ЦНС и ПНС и диагностировать родовые и другие их повреждения, которые ранее либо не выявлялись во время вскрытия или были редкой находкой.

Добавлено при вскрытии трупов новорожденных и детей в возрасте до 1-го года жизни обязательное исследование:

−синхондрозов и швов основания черепа с полной отсепаровкой твердой мозговой оболочки;

−атланто-затылочных суставов и атланто-аксиального сустава;

−обеих атланто-затылочных мембран;

−позвоночных артерий;

−вагусного треугольника продолговатого мозга;

−шейной части блуждающего нерва и синокаротидного синуса;

−яремных ганглиев системы блуждающего нерва;

−шейных нервных стволов и ганглиев ПНС.

Для наиболее полного исследования ЦНС и ПсНС и исключения артефициальных изменений в нервных образованиях унифицирована секционная техника для новорожденных, аутопсия проводится в следующем порядке [2]:

−наружный осмотр.

При осмотре производят анатомо-антропометрическую характеристику трупа, измерение массы и длины трупа, описание общего строения тела, приступают к измерениям отдельных его частей, затем определяют массу.

Характеризуют пуповинный остаток (если отделена пуповина и плацента), наличие наложений и загрязнений, трупных, изменений, повреждений их локализацию, размеры.

Характеризуя телосложение младенца, обращают внимание на пропорциональность развития головы, туловища и конечностей, их точные замеры, отмечают врожденные

изменения и уродства развития. При пальпации производят оценку консистенции каких-либо образований повреждений, и состояния окружающих тканей [5].

−кожные разрезы спереди по методу Медведева с полной отсепаровкой кожи лица;

Этот метод с успехом может быть применен для широкого доступа к органам шеи, подмышечным и надключичным областям, плечевым суставам и особенно для детального вскрытия челюстей и лица.

−послойное исследование мягких тканей шеи по методу Спирова, в ходе которого выделяется блуждающий нерв с каждой стороны, и отсепаровывается вместе с сонной артерией до максимально возможного уровня.

−исследование позвоночных артерий;

Выявление их повреждений и выделение для гистологического исследования [4].

−исследование мягких тканей волосистой части головы и позвоночного столба;

Проводится для выявления гематом, родовых опухолей, повреждений мягких тканей в зоне «проводной точки».

−исследование свода черепа;

Проводится для выявления переломов и деформаций костей свода черепа, повреждений синдесмозов, кефалогематом и родовой конфигурации костей свода черепа (для детей, переживших срок более 3х суток) [4].

−вскрытие полости черепа;

−исследование ТМО, извлечение головного мозга;

Для выявления надрывов, индуральных кровоизлияний в серпе и мозжечковом намете проводится исследование ТМО [4].

Извлечение головного мозга проводится для выявления субарахноидальных кровоизлияний и других повреждений при дальнейшем исследовании мозга. У детей в возрасте до 1 месяца мозг извлекают методом Фишера, а у детей старше месяца - по методу И.И. Медведева

−исследование синхондрозов основания черепа (метод Парилова С. Л.);

Проводится для выявления повреждений клиновидно-затылочного, каменисто-затылочного и внутризатылочного (переднего и заднего) синхондрозов [4].

−вскрытие позвоночного канала с исследованием спинного мозга, межпозвоночных связок и связок шейно-затылочного сочленения (по методу Парилова С.Л.);

Данная методика позволяет избежать дополнительных разрывов связок и артефициальных переломов позвоночного столба, а также обнаружить изолированные переломы дужек, особенно 1 и 2 шейных позвонков не разрывая анатомические связи [4].

−исследование яремных ганглиев блуждающего нерва;

Для их осмотра и изъятия у детей старше 3-х месяцев.

Разработанные секционные подходы к исследованию структур ЦНС и ПсНС позволили выявить множественные родовые повреждения [2].

При родовой травме нервной системы стабильно диагностируется сочетание следующих повреждений: кровоизлияния в коже волосистой части головы в области «проводной точки» родов, кефалогематома в области «проводной точки», повреждения ТМО стока пазух, выраженная конфигурация головы, кровоизлияния в переднюю и заднюю атлантозатылочные мембраны, кровоизлияния в связки атлантозатылочных и атлантоаксиального суставов, кровоизлияния в межсуставные связки в шейном отделе, деформация позвоночного столба, локальные эпидуральные кровоизлияния, повреждения позвоночных артерий или их радиальных ветвей, повреждения вещества спинного мозга.

Сложность дифференцировки травмы и родовых повреждений заключается в том, что при закрытии отверстий рта и носа у новорожденного одновременно сдавливается голова во фронтальной или сагиттальной плоскостях, а в некоторых случаях – одновременное сдавление в обеих плоскостях. Действие травмирующих сил накладывается на физиологическую родовую конфигурацию головы, увеличивая смещение костей черепа по синдесмозам вплоть до их повреждений, разрывов перегородочных частей твердой мозговой оболочки, повреждений костей свода черепа. Одномоментно происходит деформация шейного отдела позвоночника.

При травмах иного происхождения отсутствует морфологический маркер из 9-ти повреждений, характерных для давления снизу вверх на основание черепа и осевого сжатия шейного отдела позвоночного столба. Не возникают кефалогематомы в области «проводной точки», повреждения позвоночных артерий, симметричные кровоизлияния в связки атлантозатылочных и атлантоаксиального суставов, перелом основного шва, локальные повреждения вещества субэпендимной зоны продолговатого мозга, локальные повреждения только мягких оболочек и вещества коры головного мозга [2, 3].

Таким образом, выявлен комплекс морфологических маркеров родовой травмы нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни: повреждения твердой мозговой оболочки области стока пазух, интрадуральные кровоизлияния и надрывы перегородочных частей ТМО, трещины и консолидированные переломы затылочных синхондрозов, повреждения системы блуждающего нерва, деформация позвоночного столба, кровоизлияния в межсуставные связки шейного отдела, повреждения позвоночных артерий или их радиальных ветвей, повреждения вещества спинного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боброва, И.Н. Анализ показателей младенческой смертности в субъектер Российсцой федерации (Десятилетнее наблюдение) / И.Н. Боброва, Н.Ю. Перепелкина // Медицинский альманах – 2010. - № 4. - С. 40-42.
2. Парилов, С.Л. Критерии судебно-медицинской дифференциальной диагностики родовой травмы цен тральной и парасимпатической нервных систем от травм иного происхождения. / С.Л. Парилов // М. – 2008.
3. Парилов, С.Л. Судебно-медицинские аспекты диагностики родовой травмы нервной системы. / С.Л. Парилов, А.В. Плахотников, З.Ю. Соколова // Медицинская экспертиза и право. –2014. –№ 4. –С. 24-26.
4. Парилов, С.Л. Судебно-медицинская оценка родовой травмыцентральной и парасимпатической нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук / С.Л. Парилов. – М., - 2009.
5. Хрущелевски, Э. Секция трупов плодов и новорожднненных/ Э. Хрущелевски, Г. Шперль-Зейфридова. // Медгиз - 1962. - С. 26-30.

УДК 615.214

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОДИНАМИКИ И ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Е.А.Марчук

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Фармацевтический колледж

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Т.В. Потупчик

Когнитивные расстройства (нарушение памяти, сознания, мышления) наиболее часто встречаются в клинической практике и служат главным маркером хронической цереброваскулярной недостаточности. Формирование памяти начинается с изменения активности нейронов, контролируемой нейротрансмиттерами на синаптическом уровне.

Острые и хронические формы цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) у взрослых являются социальной и медицинской проблемой и составляют 700 на 100000 населения по данным амбулаторного звена медицинских организаций. Одним из основных клинических проявлений ЦВЗ является снижение памяти и других когнитивных функций.

Прогрессирование расстройств функций мозга может быть вызвано такими заболеваниями как артериальная гипертония, церебральный атеросклероз, сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения и хроническая ишемия головного мозга [10].

Учитывая вышесказанное, при нарушении когнитивных функций применяют ноотропные препараты, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулирующие память, улучшающие умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи [9].

Цель исследования - выявить особенности фармакодинамики ноотропных препаратов с высокой клинической доказательной базой.

Задачи:

1.Провести литературный обзор.

2.Изучить фармакодинамику ноотропных препаратов

3.Определить ноотропные препараты, которые по данным клинических исследований имеют высокую доказательную базу.

Исследование проводилось по материалам статей из научных журналов поисковым методом.

Основными причинами инвалидизации после перенесенного инсульта являются нарушения двигательных функций, а также когнитивные нарушения. Как было показано во многих исследованиях, сосудистые факторы риска способствуют также более быстрому появлению и прогрессированию когнитивных расстройств нейродегенеративного характера (болезни Альцгеймера) [6]. По данным ВОЗ, за последнее десятилетие отмечается устойчивый рост (до 2% в год) частоты черепно-мозговых травм (ЧМТ). Это приводит к нарушению когнитивных функций, астении, эмоциональным и вегетативным нарушениям [3]. Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой синдром расстройств памяти и других высших мозговых функций, которые выходят за рамки возрастной нормы, но не вызывают дезадаптации в повседневной жизни. Распространенность УКН составляет 11–17 % среди лиц старше 65 лет и 44 % среди неврологических пациентов [5].

В мире проведено более 13 клинических исследований по холину альфосцерату с участием более 4 тысяч пациентов. Проведенное слепое двойное мультицентровое рандомизированное исследование холина альфосцерата и плацебо показало, что когнитивные функции оказались более сохранными в группе холина альфосцерат [8]. При попадании в организм холина альфосцерат расщепляется под действием ферментов на холин и глицерофосфат. В свою очередь холин участвует в биосинтезе ацетилхолина - одного из основных медиаторов нервного возбуждения, а глицерофосфат является предшественником

фосфолипидов (фосфатидилхолина) нейронной мембраны. Таким образом, препарат облегчает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах и улучшает пластичность нейрональных мембран. Кроме того холина альфосцерат положительно влияет на метаболические и биоэнергетические процессы в нейроне за счет активации аденилатциклазы, которая поддерживает стабильность выработки в клетке АТФ без участия кислорода, а в условиях гипоксии переводит метаболизм мозга в оптимально сохраняемый режим. Препарат хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), повышают скорость утилизации глюкозы (особенно в коре головного мозга, подкорковых ганглиях, гипоталамусе и мозжечке). Улучшают обмен нуклеиновых кислот, активируют синтез АТФ, белка и РНК. При применении холина альфосцерата констатирована хорошая переносимость препарата и малая частота нежелательных побочных эффектов проводимого лечения, что позволяет использовать его среди широкого контингента больных.

Доказано, что применение этилметилгидроксипиридинасукцината (ЭМГПС) при хронической цереброваскулярной недостаточности способствует уменьшению выраженности когнитивных расстройств, особенно улучшению памяти. Препарат обладает комплексным механизмом действия, позволяющим ему реализовывать свои эффекты на трех уровнях – нейрональном, сосудистом и метаболическом: ингибирует процессы свободно-радикального окисления и подавляет окислительный стресс, который рассматривается в качестве одного из наиболее значимых факторов патогенеза нейродегенеративных заболеваний. Благодаря наличию в формуле янтарной кислоты, принимающей участие в синтезе АТФ, ЭМГПС улучшает энергетический обмен в клетках, оптимизирует энергосинтезирующие функции митохондрий в условиях гипоксии, способствует улучшению структурных и функциональных свойств клеточных мембран, улучшает синаптическую передачу. Его применение способствует повышению запасов дофамина в головном мозге и таким образом – улучшению дофаминергической передачи, нарушению которой, как и холинергической, отводят существенное место в патогенезе деменции [1].

Одним из наиболее эффективных и широко использующихся энергокорректоров, синтезированных из соли янтарной кислоты, является 2-метил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат (мексидол). Препарат обладает широким спектром воздействия на различные механизмы регуляции метаболической активности клеток. Является антиоксидантом, ингибитором свободных радикалов и мембранопротектором, уменьшает активацию перекисного окисления липидов и повышает активность физиологической антиоксидантной системы. Оказывает модулирующее влияние на мембрансвязанные ферменты, ионные каналы-транспортеры нейромедиаторов, рецепторные комплексы, в том числе

бензодиазепиновые, ГАМК и ацетилхолиновые, улучшает синаптическую передачу и взаимосвязь отдельных церебральных структур [7].

Деменция достаточно частый неврологический синдром, наиболее распространенными формами которого, являются сосудистая деменция (СД) и болезнь Альцгеймера (БА). СД имеет широкий спектр клинико-патологических проявлений, связанных с корковыми и подкорковыми ишемическими изменениями, обусловленными системными, кардиологическими или локальными изменениями сосудов [11]. В настоящее время получены данные, свидетельствующие об эффективности антагониста NMDA-рецепторов мемантина при СД. Важно заметить, что применение мемантина замедляет прогрессирование когнитивных нарушений. Фармакодинамика препарата обусловлена блокадой N-метил-D-рецепторами (NMDA), снижением чрезмерного стимулирующего влияния кортикальных глутаматных нейронов на неостратум на фоне недостаточного выделения дофамина. Кроме того мемантин регулирует ионный транспорт, блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал, улучшает передачу нервного импульса [4].

На сегодняшний день завершено достаточное количество исследований, в результате которых были получены сведения об улучшении когнитивных функций вследствие применения актовегина у различных групп пациентов. Так в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании когнитивных функций у пожилых лиц с возрастным снижением памяти терапия актовегином вызывала достоверное по сравнению с плацебо улучшение памяти и других когнитивных функций [6]. Актовегин – антигипоксант, депротеинезированный гемодериват крови телят. Оказывает на организм многообразное действие: стимулирует утилизацию тканями глюкозы и кислорода, благодаря чему повышается устойчивость к гипоксии, увеличивает интенсивность процессов энергетического обмена за счет активации переносчиков глюкозы. Ключевую роль в указанных биохимических процессах, играет способность компонентов Актовегина (инозитолфосфат-олигосахаридов) стимулировать пируватдегидрогеназу – важнейший фермент аэробного гликолиза. Стимуляция энергетического метаболизма сопровождается повышением в тканях АТФ, АДФ, фосфокреатина. Кроме того, по данным последних экспериментальных исследований, препарат оказывает дозозависимое защитное действие в отношении нейронов (увеличивается как их число, так и количество синаптических связей). Актовегин защищает нейроны от апоптоза и снижает уровень оксидантного стресса [2].

По результатам проведенного литературного обзора в зависимости от фармакодинамики были сформированы группы ноотропных препаратов.

1) с доминирующим мнестическим эффектом:

1.1. Пирролидоновые ноотропные препараты, с преимущественно метаболическим действием (пирацетам, оксирацетам, анирацетам);

1.2. Холинергические вещества (холина альфосцерат, фосфотидил-серин, лецитин, ацетил-L-карнитин);

1.3. Нейропептиды (эбиратид, соматостатин, семакс);

1.4. Вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот(глутаминовая кислота, мемантин, милацемид);

2) ноотропные препараты смешанного типа:

2.1. Активаторы метаболизма мозга (актовегин, ацетил-L-карнитин, эфиры гомопантотеновой кислоты);

2.2. Церебральные вазодилятаторы (инстенон, винпоцетин, ницерголин);

2.3. Антагонисты кальция (нилюдипин, циннаризин, флунаризин);

2.4. Антиоксиданты (мексидол, эксифон, пиритинол);

2.5. Вещества, влияющие на систему ГАМК (гаммалон, пантогам, пикамилон);

2.6. Вещества из разных групп (оротовая кислота, оксиметацил, беглимин, нафтидрофурил, цереброкраст, экстракт гинкго билоба).

Однако, по данным ряда исследований, более оправданным с патогенетической точки зрения является применение при когнитивных нарушениях предшественников ацетилхолина (холина альфостцерата), энергокорректоров, синтезированных из соли янтарной кислоты:

2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат (мексидол), антигипоксантов (актовегин) и средств для лечения деменции и болезни Альцгеймера (мемантин).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян, О.Л. Возможности применения нейрокса в комплексном лечении хронической ишемии мозга. / О.Л. Бадалян, А.А. Савенков, О.Ю. Таншева // Российский медицинский журнал. – 2010. –№ 8. – С. 455-459.

2. Бугрова, С.Г. Эффективность актовегина в коррекции когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. / С.Г. Бугрова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. - № 11. – С. 54-57.

3. Воропай, Н.Г. Опыт применения церетона (холина альфосцерата) при сотрясении головного мозга / Н.Г. Воропай, О.Б. Доронина, Б.М. Доронин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2010. –№ 4. – С. 76-78.

4. Дамулин, И.В. Когнитивные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга: некоторые аспекты диагностики и терапии. / И.В. Дамулин // Фарматека. - 2011. - № 19. – С. 30-35.

5. Захаров, В.В. Умеренные когнитивные расстройства: диагностика и лечение. / В.В. Захаров // Фарматека.- 2010. - № 5. – С. 33-38

6. Камчатнов, П.Р. Предупреждение когнитивных нарушений после перенесенного инсульта. / П.Р. Камчатнов, Д.Б. Денисов // Фарматека. - 2011. - № 5. – С. 46-50.

7. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности мексидола в комплексной терапии ишемического инсульта в остром периоде. Приложение Инсульт. / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, Я.Р. Нарциссов и др. // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. –2006. – №18.

8. Ушкалова, Е.А. Применение холина альфосцерата и его комбинации с этилметилгидроксипиридинасукцинатом в терапии соматических больных с когнитивными расстройствами. / Е.А. Ушкалова, А.В. Ушкалова // Фарматека. - 2013. – №20. – С. 71-79.

9. Ягудина, Р.И. Школа фармаколога: эффективность и безопасность ноотропныз средств / Р.И. Ягудина, Л.К. Овчинникова // Российские аптеки. -2008. - № 10. – С. 35-39.

10. Яхно, Н.Н. / Когнитивные расстройства в неврологической практике. / Н. . Яхно // Неврологическийжурнал. – 2006. № 6. – С. 4-12.

11. Ramanan, V.K.; Saykin, A. J. Pathways to neurodegeneration: mechanistic insights from GWAS in Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, and related disorders. / Am. J. Neurodegene. Dis. –2013. –Vol. 2(3). –P. 145-175.

УДК 612.821:61-057.875

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Т.С.Маховская, А.Ю.Галась

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

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО

Научные руководители: к.м.н., асс. Е.А. Кантимирова, д.м.н., проф. М.М.Петрова, асс.К.А.Газенкампф

К нарушениям сна относятся множество синдромов, которые характеризуются изменением количества сна, его качества, временного распорядка, нарушением поведения, различных физиологических состояний, связанных со сном. Считается, что около четверти населения в той или иной степени страдают от различных расстройств сна. Студенты вузов – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки, резкие

изменения привычного образа жизни, формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям труда, проживания и питания позволяет отнести их к группе значительного риска развития заболеваний [1]. По данным различных исследований, студенты ВУЗов отмечают значительно худшее качество сна по сравнению с общей популяцией людей аналогичного возраста [2].При этом, студенты-медики занимают особое положение, так как учебная нагрузка в медицинском ВУЗе в среднем в 2 раза выше, чем у студентов технического вуза [3]. Плохое качество сна и дневная сонливость ассоциируются с кардиоваскулярными заболеваниями, дорожно-транспортными происшествиями, низкой академической успеваемостью и психологическим стрессом. Причем для студентов-медиков характерен не эпизодический, а хронический или персистирующий стресс, нарастающий к концу периода обучения.

Цель исследования – изучение особенностей нарушений сна у студентов медицинского ВУЗа.

Работа выполнена на базе кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии института последипломного образования, кафедры поликлинической терапии с курсом семейной медицины последипломного образования, и Неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга (НЦ УК) ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск) 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). Проведение исследования одобрено на заседании локального этического комитета.В течение первого семестра было проведено анкетирование студентов первого, третьего и шестого курсов по протоколу обследования больных с нарушениями сна. Протокол состоял из вопросов об имеющихся в настоящее время и случавшихся ранее нарушениях сна, их продолжительности и частоте, общей субъективной характеристики сна, Эпвортскую шкалу дневной сонливости (EpworthSleepinessScale).

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7.0 [StatSoft, USA], SPSS 22.0. Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей и их стандартной ошибкой. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро – Уилкса. Данные для вариационных рядов с непараметрическим распределением представлены медианами иквартилями (Me [Q25; Q75]).

Для сравнения параметрических (количество нормально распределённых признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента и Фишера. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95 % ДИ. Межгрупповое сравнение значимости, при непараметрическом распределении, связанных клинических и параклинических параметров проводилось с помощью парного критерия Уилкоксона, а при несвязных выборках – критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

Всего проанкетировано 276 человек в возрасте от 17 лет до 35 лет. Медиана возраста 20 [18 : 21] лет, в том числе 88/276 (31,9%) мужчин, в возрасте от 17 лет до 26 лет, медиана возраста 19 [18 : 21] лет, и 188/276 (68,1%) женщин, медиана возраста 20 [18 : 21]. Студентов 1-ого курса 126/276 (45,6%) человек, в возрасте от 17 лет до 31 лет,медиана возраста 18 [18 :18] лет, в том числе мужчин 49/126 (%) в возрасте от 17 до 21 года, медиана возраста 18[18 :18] лет, женщин 77/126 (%) в возрасте от 17 до 31 года, медиана возраста 18 [18 :18] лет. Студентов 4-ого курса 119/276 (43,1%) человек, в возрасте от 18 лет до 35 лет,медиана возраста 21 [20 :21] год, в том числе мужчин 29/119 (24,4%) в возрасте от 19 до 26 лет, медиана возраста 21 [20 :21] лет, женщин 90/119 (75,6%) в возрасте от 18 до 35 лет, медиана возраста 21 [20 :21] год. Студентов 6-ого курса 31/276 (11,2%) человек, в возрасте от 22 лет до 27 лет, медиана возраста 22,5 [22 :24] лет, в том числе мужчин 10/31 (32,3%) в возрасте от 22 до 24 лет, медиана возраста 22 [22 :23] лет, женщин 21/31 (67,7%) в возрасте от 22 до 27 лет, медиана возраста 23 [22 :24] года. Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика ночного сна у студентов КрасГМУ.

	Общая выборка n=276	1 курс n=126	4 курс n=119	6 курс n=31
Не удовлетворены качеством ночного сна, абс, %	171 (61,9±2,9%)	79 (62,7±4,3%)	77 (64,7±4,3%)	14 (45,1±8,9%)
Среднее время отхода ко сну в будни	23 ч. 48 мин.	0 ч. 24 мин.	23 ч. 36 мин.	23 ч. 43 мин.
Среднее время отхода ко сну в выходные	0 ч. 39 мин.	0 ч. 27 мин.	0 ч. 48 мин.	0 ч. 43 мин.

Среднее время пробуждения в будни	6 ч. 29 мин.	6 ч. 41 мин.	6 ч. 28 мин.	6 ч. 21 мин.
Среднее время пробуждения в выходные	10 ч. 27 мин.	10 ч. 30 мин.	10 ч. 27 мин.	10 ч. 27 мин.
Среднее время засыпания.	19,7 мин.	19,4 мин.	22,2 мин.	17,7 мин.
Средняя длительность ночного сна в будни	6 ч. 41 мин.	6 ч. 17 мин.	6 ч. 52 мин.	6 ч. 38 мин.
Средняя длительность ночного сна в выходные	9 ч. 48 мин.	10 ч. 3 мин.	9 ч. 39 мин.	9 ч. 44 мин.
Имеют сон в дневные часы	214(77,5±2,5%)	91(72,2±3,9%)	97(81,5±3,5%)	27(87,1±6%)
Заложенность носа	56 (20,3±2,4%)	0	43 (36,1±4,4%)	2 (6,4±4,4%)
Храп	20 (7,2±1,6%)	0	9 (7,6±2,4%)	7 (22,6±7,5%)
Балл по шкале сонливости Эпворта:				
0-10 баллов	196 (71±2,7%)	99 (78,6±3,6%)	83 (69,7±4,2%)	17 (54,8±8,9%)
11-15 баллов	61 (22,1±2,5%)	20 (15,9±3,2%)	28 (23,5±3,9%)	9 (29±8,1%)
16-24 балла	19 (6,9±1,5%)	7 (5,7±2%)	8 (6,7±2,3%)	5 (16,1±6,6%)

В целом не удовлетворены качеством ночного сна более половины студентов (61,9%), причем больше студентов первого и четвертого курсов(62,7% и 64,7% соответственно), с некоторым уменьшением на шестом курсе (45,1%).Среднее время отхода ко сну в рабочие дни составило более 23,5 часов на всех опрошенных курсах, причем у студентов первого

курса отмечалось более позднее время отхода ко сну почти на 60 минут, по сравнению со студентами старших курсов, что мы связываем с большей учебной нагрузкой и большими затратами времени на выполнение домашних заданий.Показатели распространенности нарушений сна у студентов-медиков, полученные в нашем исследовании, сопоставимы с данными российских [4] и зарубежных исследований в этой области [5], но превосходят данные некоторых других исследований[2]. Во всех группах отмечено сокращение времени ночного сна в рабочие дни, среднее время сна составила 6 часов 41 минуту, более выраженное у студентов первого курса, и увеличение времени сна в выходные дни– среднее время сна в выходные 10 ч. 27 минут. Время отхода ко сну и пробуждения значительно отличались в рабочие и выходные дни, причем задержка засыпания и пробуждения в рабочие и выходные дни составила 51 минуту и 3 часа 58 минут соответственно. Эти показатели несколько выше, полученных при анкетировании Ливанских студентов (1,51 и 2,43 часа соответственно) [6]. Это указывает на не соблюдение основ гигиены сна студентами всех исследуемых курсов, более выраженное у студентов первого курса.Более чем две трети студентов имеют сон в дневные часы, с некоторым увеличением числа студентов, спящих днем на старших курсах, что может быть объяснено большим количеством свободного времени. Также нами была проведена субъективная оценка нарушений дыхания во время ночного сна. В целом около четверти студентов отмечают заложенность носаво время ночного сна, а до четверти студентов шестого курса и храп во время сна.По данным нашего исследования распространенность храпа у студентов шестого курса выше, чем у студентов первого курса Воронежской медицинской академии (22,6% против 7,1%), что может свидетельствовать об увеличении риска синдрома обструктивного апноэ сна у студентов старших курсов [2]. При оценке выраженности дневной сонливости нами отмечено, что около четверти студентов имели избыточную дневную сонливость, а до 10% выраженную, причем студенты шестого курса в 16% имели выраженную дневную сонливость. В нашем исследовании средний балл по шкале субъективной оценки дневной сонливости Эпвортаоказался выше аналогичных показателей у студентов гуманитарного ВУЗа (9,25 против 6,65 соответственно)[7]. Учитывая наличие храпа и выраженности дневной сонливости у студентов шестого курса требуется исключения синдромаобструктивного апноэ сна и избыточной массы тела.

Таким образом, неудовлетворенность качеством ночного сна у студентов начальных, средних и старших курсов медицинского университета составляет 61,9%, с большей представленностью у студентов первого и четвертого курсов. Отмечается сокращение времени сна в будние дни у студентов всех обследованных курсов, с большей выраженностью на первом курсе, что вероятно обусловлено высокой нагрузкой на

внеаудиторную самостоятельную работу студентов, а также не рациональному распределению свободного времени студентами младшего курса. Среди всех студентов отмечалось не соблюдение времени засыпания и пробуждения в рабочие и выходные дни.Все это требует введения занятий по тайм-менеджменту и гигиене сна у студентов начальных курсов, поскольку постоянное недосыпание отражается на усвоении студентами вузовской программы и ведет к снижению качества подготовки будущего специалиста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Квасов, С.Е. Факторы образа жизни и здоровье студентов за период их обучения в вузе / С.Е. Квасов, Д.А. Изуткин // Сов.здравоохранение. –1990. - № 11. - С. 26-30.
2. Лышова, О.В. Скрининговое исследование нарушений сна, дневной сонливости и синдрома апноэ во сне у студентов первого курса медицинского вуза / О.В. Лышова, В.Р. Лышов, А.Н. Пашков // Медицинские новости. – 2012. – №3. – С. 77-80.
3. Латышевская, Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н.И. Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2004. - №1. – С. 51-54.
4. Эпидемиология расстройств сна у студентов-медиков / А.В. Голенков, И.Л. Иванова, К.В. Куклина, Е.А. Петунова // Вестник чувашского университета. – 2010, - №3. – С. 98-102.
5. Kang, J.H. Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan / J.H. Kang, S.Ch. Chen // BMC Public Health. - 2009. -№9. – P.248.
6. Kabrita, C.S Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: ssociation between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits / C.S Kabrita, T.A Hajjar-Muça, J.F. Duffy // Nature and Science of Sleep. – 2014. - №6. – P. 11–18.
7. Дунай, В.И. Особенности нарушения сна у студентов/ В.И. Дунай, Н.Г. Аринчина, В.Н. Сидоренко // Медицинский журнал. – 2013. - № 3. – С. 139-142.

УДК 615.281.8:578.828

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А.Е.Мезинин

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Фармацевтический колледж
Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Т.В. Потупчик

В России с 1987г. По 2013 г. число инфицированных ВИЧ – 800 531, из них число умерших – 153 221.Заболеваемость ежегодно растет и составляет 55,6 на 100 тыс. населения.Доминирует передача ВИЧ-инфекции при употреблении наркотиков с применением нестерильного инструментария (54,9%) и гетеросексуальных контактах (43,1%).Продолжают регистрироваться случаи заражения в ЛПО при использовании нестерильного инструментария (6 случаев в 2013 г.).Выявлен 1 реципиент, получивший гемотрансфузию от инфицированного ВИЧ донора (в 2013 г.) [3].В России за первое полугодие 2014 г. Территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 33134 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан РФ, исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что меньше чем за такой же период 2013 г. (37334 новых случаях). Однако это можно связать с задержкой поступления данных из нескольких регионов РФ. Показатель заболеваемости составил 23,1 на 100 тыс. человек. По показателю заболеваемости в Российской Федерации Красноярский край занимает 9 место (41 заболевший на 100 тыс.) В России в 2014 г. среди ВИЧ-инфицированных по-прежнему преобладали мужчины (63,2%). Однако с 2002 года отмечается увеличение доли женщин[2].Наблюдение за распространением генетических вариантов ВИЧ - 1 ведется на территории России с начала первых случаев регистрации в стране в конце 80-х годов. За эти годы было выявлено, что клиническая картина ВИЧ – инфекции в России уникальна: абсолютное большинство случаев инфекции (более 90%), зарегистрированных к настоящему времени вызвано одним и тем же вариантом вируса подтипа А (IUD-A).Широкомасштабные исследования, проведенные в западных странах, показали, что средний срок с момента заражения до развития симптомов СПИДа составляет 10 лет без специального противовирусного лечения. Однако различие в темпах прогрессирования заболевания очень велико. Около 10% пациентов заболевают СПИДом в течение первых двух-трех лет после заражения, другие 10 процентов не имеют симптомов через 12 и более лет. Факторы, влияющие на прогрессирование ВИЧ-заболевания, разнообразны: генетические особенности, штамм вируса, психологическое состояние пациента, условия жизни и другие. Заражение может произойти при попадании инфицированной крови в кровоток незараженного человека (при инъекциях нестерильным шприцем, переливании зараженных кровепродуктов) либо половым путем. При заражении половым путем вирус проникает

внутрь организма через слизистые оболочки влагалища, полового члена, прямой кишки или, значительно реже, полости рта. Ранки на слизистой оболочке, язвочки, воспаления повышают вероятность заражения. Исследования показали, что собственные клетки иммунной системы человека, так называемые дендритные клетки, действуя привычным для них образом, захватывают вирус с поверхности слизистой оболочки и несут внутрь, к лимфоузлам, где должны уничтожаться все чужеродные элементы. Однако, ВИЧ там не погибает, а напротив, заражает множество клеток.

У большинства людей вскоре после заражения наступает период острой инфекции: резко увеличивается количество вируса в крови (виремия), а количество Т-4 лимфоцитов снижается на 20-40%. Часто, при этом развиваются симптомы, похожие на грипп. Острый период вскоре проходит; через 1-3 месяца после заражения в организме вырабатываются антитела к ВИЧ, количество вируса значительно снижается, а Т-4 лимфоциты восстанавливаются до 80-90% прежнего уровня. ВИЧ продолжает размножаться, производя каждый день миллиарды новых вирусов, а иммунная система активно борется с инфекцией, удерживая ее под контролем. Однако человек, в организме которого идет борьба с болезнью, чаще всего даже не подозревает об этом, поскольку не ощущает никаких симптомов.

С внедрением в практику средств терапии ВИЧ-инфекции возникла новая задача – анализ наличия мутаций лекарственной устойчивости (резистентности) появляющейся в ходе лечения и способных передаваться при заражении. Такой анализ проводится в случаях безуспешной терапии и служит основой для выбора препарата с целью замены или оптимизации схемы терапии [1].

Современные методы химиотерапии ВИЧ-инфекции основаны на широком применении ингибиторов основных ферментов вируса: обратной транскриптазы, вирусоспецефической протеазы. В настоящее время новым подходом к лечению ВИЧ-инфекции является использование ингибиторов вирусной интегразы (ИН). Один из них – МК – 0518 (Raltegravir – RAL, «MerckResearchLaboratories») – разрешен к применению в октябре 2007 г. Препарат FDAв США и с ноября 2008 г. в России. Второй препарат –GS-9137 (JTK-103, Elvitegravir - EVG) – успешно проходит последний этап клинических исследований. В настоящее время на территории РФ предполагается широкое использование в лечении ВИЧ-инфекции ингибиторов ИН. По молекулярно-эпидемиологическим данным, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных в России имеют варианты вирусов субтипа А (вспышка 1996 г.) и субтипаG (Ростово-Элистинская вспышка 1989 г.). В связи с этим представляло интерес провести анализ распространяемости мутаций устойчивости к ингибиторам ИН среди вариантов вируса ВИЧ-1, циркулирующих на территории РФ, а также сравнить уровень генетического полиморфизма гена ИН у популяций вирусов, имеющих разное время

персистенции в организме инфицированных. Ранее было установлено, что 4 из 41 варианта вируса субтипаGот пациентов нозокомиальных очагов юга России содержали мутации, связанные с формированием устойчивости ингибиторам ИН. В настоящем исследовании проведен анализ полиморфизма кодонов, замены которых способствуют возникновению резистентности к ингибиторам ИН в популяции вируса субтипа А, циркулирующих на территории РФ [4].

Цель исследования–выявить особенности фармакодинамики препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), их воздействие на организм человека.

Задачи:

1. Дать характеристику ВИЧ.

2.Изучить фармакодинамику ВААРТ.

3.Проанализировать побочные эффекты при применении ВААРТ.

Исследование проводилось по материалам статей из научных журналов ВАК и справочной информации об эпидемической ситуации ВИЧ-инфекции поисковым методом.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) относится к лентивирусам "медленным вирусам", к подгруппе ретровирусов.Попадая в организм, ВИЧ атакует определенные клетки крови: Т-лимфоциты. При заражении ВИЧ-инфекцией вирус встречает клетку, на поверхности которой есть рецепторСД-4 гликопротеиновые"грибы" плотно прикрепляются к этим молекулам, проникая в клетку-хозяина. Оболочка вируса и клетки сливаются, и генетический материал вируса попадает в клетку.У ВИЧ генетическая информация закодирована в РНК. Вирусу необходимо перевести РНК в ДНК, чтобы клетка распознала ее. Для этого вирус использует фермент обратная транскриптаза, с помощью которого РНК превращает в ДНК. После такого превращения клетка-хозяин принимает ДНК вируса. Этот процесс обычно происходит в течение 12 часов после инфицирования. ДНК вируса входит в ядро клетки-хозяина, где с помощью фермента интегразы встраивается в ДНК самой клетки. При ВИЧ-инфекции миллиарды клеток крови содержат генетический материал вируса.Подчиняясь генетической программе ВИЧ, клетка начинает производить компоненты вируса, затем там же, в клетке происходит размножение вируса, и новый, не зрелый и не патогенный вирус отпочковывается от клетки-хозяина. После этого фермент вируса - протеаза формирует вирус, и он становится патогенным. Вирус поражает не только Т-лимфоциты, но и другие клетки, содержащие рецептор СД-4, в том числе клетки с долгим сроком жизни, такие как моноциты и макрофаги, которые могут хранить в себе большие количества вируса и при этом не погибать. Они служат резервуаром вирус. Вирус в таких

клетках неактивен и неуязвим для препаратов антиретровирусной терапии. Это – одна из главных причин, почему не удается полностью избавить организм от вируса.

В зависимости отфармакодинамики препараты высокоактивной антиретровирусной терапии(ВААРТ)подразделяются на следующие группы:

1. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы(Абакавир, Диданозин, Зальцитабин, Зидовудин, Ламивудин, Ставудин, Тенофовир, Фосфазид, Эмтрицитабин);

2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы(Делавирдин, Невирапин, Эфавиренз, Этравирин, Рилпивирин);

3. Ингибиторы протеазы(Ампренавир, Атазанавир, Индинавир, Лопинавир/ритонавир, Нелфинавир, Ритонавир, Саквинавир, Типранавир, Фосампренавир, Дарунавир);

4. Ингибиторы интегразы (Ралтегравир, Долутегравир, Элвитегравир);

5. Ингибиторы рецепторов (Маравирок);

6. Ингибиторы слияния (Энфувиртид).

Они воздействуют на различные этапы проникновения вирионов ВИЧ в клетку и препятствуют его репликации. При антиретровирусной терапии идет комбинирование из нескольких препаратов для того, чтобы предотвратить резистентность вируса к терапии.Таким образом, вирус не размножается в организме, но сохраняется в клетках, на которые не влияет терапия, так как не до конца изучены все возможные клетки мишени вируса.

Анализ побочных эффектов при применении ВААРТ:

Невирапин– некроз печени, синдром Стивенса-Джонса;

Ставудин – лактацидоз, периферическая нейропатия, гиперлипидемия, липоатрофия;

Зидовудин –гематотоксическое действие;

Тенофовир – нефротоксическое действие;

Индинавир – уролитиаз, резистентность к инсулину;

Эфавиренз– нейротоксическое действие.

Все ингибиторы протеаз и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы – повышение печеночных трансаминаз.

Однако ряд возможных заболеваний, у ВИЧ-положительных, не принимающих терапию намного больше и страшнее, например ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства (ВАНР), опухолевые поражения. При отказе от терапии человек подвергает себя опасности развития СПИДа.

Следовательно, применение ВААРТ является необходимой частью борьбы с вирусом, но лечение стоит сопровождать препаратами, снижающими токсическое действие на

организм и повышающими работу органов непосредственно более подверженных нагрузке от препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев, А.В. Анализ распространенности мутаций устойчивости к препаратам – антагонистам корецептораCCR5 среди вариантов ВИЧ-1 в России / А.В. Васильев, Е.В. Казеннова, М.Р. Бобкова // Вопросы вирусологии. - 2011.- № 3.-С.32-37.

2. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в первом полугодии 2014 г. КГБУЗ «Краевой Центр СПИД». - Справка.

3. ВИЧ-инфекция: применение методов генотипирования ВИЧ и филогенетического анализа при эпидемиологическом расследовании / А. Лопатухин, Н. Ладная, Л. Кириллова, Д. Киреев и др. // Врач. – 2015. - №2. – С. 2-5.

4. Гафарова, И.Э. Полиморфизм гена интегразы в популяциях ВИЧ-1 субтипа А циркулирующих на территории Российской Федерации / И.Э. Гафарова, Г.И. Турбина, М.М. Гараев// Вопросы вирусологии – 2010. – № 5. - С. 20-29.

УДК 614.2:334.012.32:005.511

БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЕ В ЧАСТНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.А.Мельник

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

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель: к.э.н., доц. Н.И.Денисова

Медицина, как одна из самых востребованных отраслей среди населения, приносит государству огромную прибыль. То же самое относится и к тем частным предпринимателям, которые имеют свой бизнес в этой сфере. Актуальность этого бизнеса в том, что люди не всегда готовы обращаться за медицинской помощью и консультацией в государственные медицинские учреждения. Причин этому очень много: большие очереди, отсутствие времени, плохое качество обслуживания, старое оборудование или его отсутствие, некачественное обслуживание персоналом и многие другие. В этой связи медицинских бизнес является крайне привлекательным для частных предпринимателей, кроме того средняя рентабельность частных клиник составляет 10–15%, говорит директор Института

экономики здравоохранения Высшей школы экономики Лариса Попович. Так же специфика формирования спроса на услуги здравоохранения состоит в том, что их высокая социальная приоритетность сочетается с низкой эластичностью спроса на эти услуги, характеризующегося избирательностью и селективностью.

Однако для открытия предприятий медицинского бизнеса требуется привлечения дополнительных инвестиций в связи с необходимостью закупки дорогостоящего оборудования, проведения ремонта согласно санитарно-эпидемиологическим требования и получения лицензии на ведение медицинской деятельности. В свою очередь частные инвесторы, а также коммерческие банки нуждаются в подтверждении целесообразности финансовых вложений, кроме того им необходимо знатьперспективу развития и сроки окупаемости проекта, а также то, каким образом фирма гарантирует возврат заемных средств.Бизнес-план является тем документом, в котором наиболее полно отражены направления развития фирмы и обоснована экономическая целесообразность вложения средств. Он позволяет убедиться в эффективности финансирования деятельности фирмы.

Бизнес-план представляет собой документ, в котором формулируются цели предприятия, дается их обоснование, определяются пути достижения, необходимые для реализации средства и конечные финансовые показатели работы. Как правило, он разрабатывается на несколько лет (чаще на три – пять лет) с разбивкой по годам. При этом данные по первому году обычно даются с разбивкой по месяцам, а на последующие годы – в годовом исчислении.

Назначение бизнес-плана – показать реальные шансы реализации бизнес идеи. Он не только дает правдивую оценку возможностей и рисков, но показывает необходимость (или же отсутствие таковой) в привлечении дополнительных инвестиций, открытии кредитных линий. По сути, бизнес-план показывает успешность управления и пути развития предприятия для достижения поставленной цели.

Можно выделить три основные цели, для чего необходимо составление данного документа: он дает инвестору ответ на вопрос, стоит ли вкладывать средства в данный инвестиционный проект, кроме того бизнес-план служит источником информации для лиц непосредственно реализующих проект, также он дает возможность кредиторупринять решение о выдаче кредита, так как кредитор получает исчерпывающую информацию о существующем бизнесе заемщика и его развитии после получения кредита.

При подготовке бизнес-плана медицинского учреждения проводится анализ объема и структуры рынка платных медицинских услуг, в ходе которого используются материалы специализированных изданий, статистические сборники с данными о рынке медицинских

услуг или проводятся собственные исследования. Также анализируются тенденции развития рынка платного медицинского обслуживания и рынков обязательного и добровольного медицинского страхования, ситуация на которых влияет на объем спроса на платные медицинские услуги. В бизнес-плане должна содержаться информация об основных сегментах рынка платных медицинских услуг и типах медицинских организаций. В рамках анализа рынка также должна быть представлена информация о конкурентах, о существующих программах медицинского обслуживания и стоимости рассматриваемых медицинских услуг.

В бизнес-плане описывается концепция медицинского учреждения, которое может представлять собой многопрофильную клинику или специализированное лечебное учреждение. Узкоспециализированные медицинские центры, более привлекательны для предпринимателей из-за относительно доступных частных инвестиций и быстрого получения прибыли.При разработке концепции медицинского учреждения учитываются данные о наиболее популярных платных медицинских услугах и структуре спроса на платное медицинское обслуживание с учетом предполагаемого места расположения медицинского центра.

Для оценки доходов при подготовке бизнес-плана проводится анализ спроса на платные медицинские услуги со стороны различных групп клиентов: частных клиентов, приобретающих полисы на обслуживание по одной из предлагаемых программ, корпоративных клиентах, оплачивающих медицинское обслуживание для своих сотрудников, а также клиентов, которые разово обращаются в коммерческие медицинские центры.

Оценка доходов проводится на основании информации о долях услуг, оказываемых обладателям полисов ДМС и разовым клиентам медицинского центра. Также для оценки доходов используются данные о средней стоимости полиса ДМС и средних расходах на одно посещение коммерческого медицинского центра. При этом учитываются сезонные колебания спроса на услуги платных медицинских центров.

Для анализа возможностей медицинского учреждения по привлечению клиентов используются результаты опросов, выявляющих факторы, влияющие на выбор медицинского учреждения для различных групп потребителей медицинских услуг. При разработке маркетинговой стратегии учитываются демографические характеристики основных потребителей по видам медицинских услуг, а также информация об источниках информации, принимаемой во внимание при выборе медицинского учреждения.

В бизнес-план должно быть включено описание места осуществления проекта и преимуществ выбранного места с точки зрения создания медицинского учреждения. В

бизнес-плане содержится информация о первоначальных затратах, в том числе расходах на строительство или аренду помещения для медицинского учреждения, а также расходах на приобретение и установку необходимого оборудования. В качестве текущих расходов рассматриваются заработная плата специалистов учреждения, расходы на покупку лекарственных препаратов и различных материалов, ремонт и замену оборудования, а также на оплату коммунальных услуг.

В бизнес-плане медицинского учреждения содержится информация о документах, необходимых для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности, и о требованиях, предъявляемых региональным Комитетом здравоохранения к квалификации специалистов медицинского центра. В расходах по проекту учитывается сумма лицензионного сбора и прочие затраты, которые требуется осуществить для сбора и подготовки необходимых документов.

В бизнес-плане должен быть описан график осуществления проекта, учитывающий время, необходимое для строительства и оборудования центра, а также для поиска квалифицированных сотрудников. В графике получения доходов учитывается постепенный рост числа клиентов медицинского учреждения.

В рамках финансового и экономического анализа проекта рассчитываются основные показатели эффективности проекта, а также должен быть представлен отчет о движении денежных средств и отчет о прибылях и убытках для рассматриваемого проекта. Кроме того, в бизнес-план включается анализ рисков, в рамках которого анализируется изменение эффективности проекта при наступлении неблагоприятных изменений на рынке платных медицинских услуг или в случае отклонения параметров проекта от ожидаемых величин.

Как видно из всего вышесказанного, такой документ, как бизнес-план является точным и полным описанием предполагаемого бизнеса, являясь тем самым важнейшим инструментом при рассмотрении большого количества различных ситуаций, позволяющим выбрать наиболее перспективный желаемый результат и определить средства для его достижения. Бизнес-план является документом, позволяющим управлять бизнесом, поэтому он является неотъемлемым элементом стратегического планирования и руководством для исполнения и контроля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Драпкина, Г.С. Планирование на предприятии: учебное пособие Кемеровский технологический институт пищевой промышленности. / Г.С.Драпкина, В.Н. Дикарёв – Кемерово, 2006. - 132 с.

2. Лумпов, А.И. Бизнес-планирование инвестиционных проектов. / А.И.Лумпов, А.А. Лумпов –Изд-во Флинта, 2012. – 236 с.

3. Рахыпбеков, Т.К. Финансовый менеджмент в здравоохранении: учебное пособие./ Т.К. Рахыпбеков – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.–362 с.

УДК 618.714-003.92-06:618.14-08985

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ – ПРОБЛЕМА, СОЗДАННАЯ СОБСТВЕННЫМИ РУКАМИ

Г.Т. Микаиллы, В.К. Емельянова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
Научный руководитель: д.м.н., проф. В.Б. Цхай

В настоящее время одной из важнейших проблем современного акушерства во всем мире является возрастающая частота кесарева сечения. По россии частота операции в среднем составляет около 20%, а в отдельных родовспомогательных учреждениях достигает 40,3%. Увеличение частоты абдоминальногородоразрешения создает новую проблему – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Последний в структуре показаний к кесареву сечению во многих странах занимает 1-е место. Материнская заболеваемость при повторной операции в 3-4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути. Нельзя не отметить, что частота интраоперационных осложнений при повторном кесаревом сечении превышает данный показатель при выполнении первого кесарева сечения в несколько раз. Современное развитие медицинской науки и техники уже в наши дни позволяет в большинстве случаев оценить состояние миометрия после кесарева сечения еще до беременности, и, соответственно, спрогнозировать возможные осложнения.

И поэтому целью данной работы является провести анализ клинико-анамнестических факторов риска развития несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения и оценить диагностическую значимость инструментальных методов обследования(УЗИ, МРТ,ГС) .Для достижения поставленной цели нами были поставлены следующие задачи: изучить факторы риска, оценить эффективность диагностических методов исследования, а также оценить результаты операционного лечения и морфологическое исследование послеоперационного рубца.

Мы получили следующие результаты:

• Диагноз подтвердился у 12 пациенток.

• Прооперировано 11 пациенток.

• Несостоятельность подтвердилась в 100%

• Гистологически – фиброз – 9 сл., эндометриоз – 2 сл.

• Родила 1 пациентка (при сроке 33 нед., полноепредлежание плаценты)

• Беременность пролонгируется у 1 пациентки – 2 триместр.

Анамнестические данные:

- Патология послеродового периода (субинволюция Указания на повторные выскабливания после оперативных родов.
- Перенесенные половые инфекции.
- Перенесенные эпизоды «необъяснимой» лихорадки, ознобов после родов
- Экстренное кесарево сечение при полном открытии шейки матки
- Технические трудности (низко предлежащая часть, надрывы нижнего сегмента, гематомы, дополнительные прошивания)
- Однорядный шов на матке!

К ультразвуковым признакам полной несостоятельности рубца следует отнести:

- Визуализация полного дефекта миометрия в проекции рубца в виде «ниши» со стороны полости матки, доходящей до серозной оболочки матки;
- Визуализация неполного дефекта в миометрии в проекции рубца в виде «ниши» со стороны полости матки с истончением нижнего маточного сегмента 3 мм и менее;
- Визуализация деформации миометрия с втяжением со стороны серозной оболочки матки и «нишей» со стороны полости матки, с истончением неизмененного миометрия 3 мм и менее.

Тактика

Оперативное лечение

Признаки частичной несостоятельности рубца на матке

- Дефект миометрия в виде «ниши» со стороны полости матки с толщиной неизмененного миометрия 4-5 мм и менее.
- Дефект миометрия в виде втяжения со стороны серозной оболочки матки + «ниша» со стороны полости матки + истончение неизмененного миометрия 4-5 мм и менее.
- Втяжений эхогенной ткани со стороны серозной оболочки в виде тяжей и неопределенных полей неправильной формы без четких границ, оценить истинную толщину нижнего маточного сегмента или неизмененного миометрия затруднительно (фиброз рубца).
- Частичный некроз миометрия в виде полей сниженной или анэхогенной плотности без четких контуров.

• Толщина нижнего маточного сегмента в проекции рубца менее 4-5 мм

Тактика:

Дообследование:

1. Эхогистероскопия.
2. Офисная гистероскопия (с бипосией).
3. Гистероскопия (с биопсией).
4. МРТ.

МРТ диагностика

• точная топографическая диагностика дефекта в миометрии;

• точное измерение всех размеров дефекта (глубины – ширины – длины)

• описание изменений в соседних органах (в частности мочевом пузыре)

• описание формы и структуры патологических образований (жидкостные, гетерогенные, фиброзные и т.д.)

Рекомендации попланировании беременности:

• Беременность разрешается через 6-9 месяцев после операции, при получении убедительных данных УЗИ о полноценности рубца на матке

• Мы рекомендуем 9-12 месяцев после операции, при получении убедительных данных УЗИ о полноценности рубца на матке

• При повторном КС обязательным условием является иссечение несостоятельного рубца на матке. Причиной формирования несостоятельного рубца чаще всего является неадекватная хирургическая техника при первом КС, при повторной операции необходимо использовать мышечно-мышечные швы и непрерывный шов на собственную фасцию матки с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала. Это будет являться профилактикой разрыва матки при последующей беременности.

И в заключении можно сделать следующие выводы:

• Основной резерв снижения частоты несостоятельных рубцов на матке – снижение необоснованных кесаревых сечений

• Тщательная техника операции кесарева сечения (если женщина планирует в последующем беременность приоритет 2-х рядному синтетическому шву на матке)

• При планировании беременности у пациенток с рубцом на матке – УЗ диагностика области рубца

• При подозрении на несостоятельность – комплексная диагностика – УЗИ, ГСК, МРТ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возможности ультразвуковой визуализации анатомии и патологии тазового дна / В.И.Краснопольский, Л.И.Титченко, С.Н.Буянова, М.А. Чечнева // Российский Вестник Акуш. Гинекол.-2009.- N 5. – С. 56-64.

2. Возможности ультразвуковой диагностики в гинекологии / М.А.Чекалова, Г.Т.Миронова, В.М.Шолохов, С.А. Карпов // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. –2009.–N 4. –С. 45-53.

УДК 616.381-022-084:615.281

ДИНАМИКА И КОРРЕКЦИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

М.Т. Микаиллы, А.Е. Кузнецов

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Научные руководители: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий, к.м.н., доц. Борисов Р.Н.

В патогенезе распространённого гнойного перитонита (РГП)большое значение принадлежитинтраабдоминальной гипертензии (ИАГ), при которой происходит существенное нарушение кровообращения органов брюшной полости (БП) и развивается синдром интраабдоминальной гипертензии(СИАГ) [2]. Летальность при РГП, сопровождающемсяИАГ IV ст., достигает 70% [2, 3]. Следовательно, важное значение имеет разработка различных способов профилактики СИАГ при РГП [1].

Цель исследования– улучшение результатов лечения больных РГП при этапном хирургическом лечении за счёт коррекции ИАГ и профилактики СИАГ.

Проведён анализ результатов лечения 78 больных РГП, находившихся на лечении в КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича»г. Красноярска, в лечении которых применялись программированные санации БП.

Все больные были разделены на две группы:

1. Группа клинического сравнения (ГКС): 41 больной, у которых лапаротомную рану временно ушивали противоэвентрационными швами;

2. Исследуемая группа (ИГ): 37 больных, у которых временное закрытие БП осуществлялось по оригинальной методике.

Группы были сопоставимы по возрасту, полу, исходной степени тяжести состояния, а

также характеру основной и сопутствующей патологии.

Всем больным в динамике измеряли ВБД. СтепеньИАГ определяли по классификации WSACS путём измерения давления в мочевом пузыре по методикам I. Kronetal. (1984) и M. Cheathametal. (1998).При ВБД<15 мм рт. ст. во время первого измерения его оценивали каждые 8 ч, при ВБД>15 мм рт. ст. – каждые 4 ч.

Операции проводились по общепринятой методике. У больных ИГ в завершение операции для профилактики и коррекции ИАГ накладывали декомпрессионнуюлапаростому (ДЛ). Для этого на петли кишечника и под края лапаротомной раны укладывали интерпонентиз искусственной полупроницаемой мембраны, который сверху укрывали слоем салфеток, смоченных водным раствором хлоргексидина. Края лапаротомной раны сводили редкими швами через все слои, без натяжения тканей. Между краями раны также укладывали слой интерпонента. Этапные санации БП проводили с интервалом 24-48 часов.

Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистикис использованием пакета «StatisticaforWindows’ 6.1» (StatSoft, USA). Данные приведены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха:Me (25%; 75%).Относительные частоты (доли) признаков представлены со стандартной ошибкой доли.При объёме выборки менее 20 (малые выборки) представлены только абсолютные частоты признаков.Для сравнения несвязанных групп по количественным признакам использован U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения связанных групп по количественным признакам использован критерий Вилкоксона для парных сравнений.Для сравнения групп по качественному признаку использован классический критерий χ^2 по Пирсону (при необходимости, –двусторонний вариант точного критерия Фишера).

Исходно у всех больных регистрировалась ИАГ (табл. 1). У 35 (85,4±5,5%) больных ГКС и 28 (75,7±7,1%) больных ИГ была установлена ИАГ I-II ст., а у 6 (14,6±5,5%) больных ГКС и 9 (24,3±7,1%) больных ИГ – ИАГ III-IV ст. (p=0,278). Клиническая картина СИАГ наблюдалась у 5 (12,2±5,1%) больных ГКС и 6 (16,2±6,1%) больных ИГ (p=0,610).

В ГКС перед первичной операцией ВБД составило 18 (16; 19) мм рт. ст. В первые сутки после операции у 32 (78,0±6,5%) больных ГКС отмечалась ИАГI-IIст., а ВБД снизилось до 16 (15; 17) мм рт. ст. (p=0,015). В то же время, СИАГ диагностировался у 9 (22,0±6,5%) больных. По мере стихания воспалительного процесса в БП и прекращения санационныхрелапаротомий к 7-м суткам средний уровень ВБД в ГКС снизился до 11 (4; 14) мм рт. ст. К этому времени у 19 (50,0±7,8%) больных уже не было ИАГ (ВБД<12 мм рт. ст.).На 10-е сутки после операции ВБД в ГКС составило 6 (3; 12) мм рт. ст., а на 15-е – 3 (3; 13) мм рт. ст. Сохраняющаяся на 10 и 15-е сутки у 10 [(28,6±7,6%) и (31,3±8,2%)] больных ИАГI-IIIст. была обусловлена или некупированным перитонитом и продолжающимися

санационными вмешательствами, или развившимися интраабдоминальными осложнениями и выполненными по этому поводу релапаротомиями по требованию. Следует отметить, что у больных ГКС, у которых в до- или послеоперационном периодах диагностировался СИАГ, развивались различные интраабдоминальные осложнения с летальным исходом.

Таблица 1 – Динамика ИАГ у больных РГП

Степень ИАГ	Группа	Сутки после первичной операции								
		До	1	3	5	7	10	15	20	28
		Количество больных n (%±S%)								
Нет	ГКС	0	0	1 (2,5±2,5)	17 (43,6±7,9)	19 (50,0±8,1)	25 (71,4±7,6)	22 (68,8±8,2)	22 (84,6±7,1)	14
	ИГ	0	37 (100,0)	36 (97,3±2,7)	36 (100,0)	34 (100,0)	31 (91,2±4,9)	30 (96,8±3,2)	23 (100,0)	9
I-II	ГКС	35 (85,4±5,5)	32 (78,0±6,5)	31 (77,5±6,6)	19 (48,7±8,0)	17 (44,7±8,1)	9 (25,7±7,4)	9 (28,1±7,9)	4 (15,4±7,1)	1
	ИГ	28 (75,7±7,1)	0	1 (2,7±2,7)	0	0	3 (8,8±4,9)	1 (3,2±3,2)	0	0
III-IV	ГКС	6 (14,6±5,5)	9 (22,0±6,5)	8 (20,0±6,3)	3 (7,7±4,3)	2 (5,3±3,6)	1 (2,9±2,8)	1 (3,1±3,1)	0	0
	ИГ	9 (24,3±7,1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Все	ГКС	41 (100,0)	41 (100,0)	40 (100,0)	39 (100,0)	38 (100,0)	35 (100,0)	32 (100,0)	26 (100,0)	15
	ИГ	37 (100,0)	37 (100,0)	37 (100,0)	36 (100,0)	34 (100,0)	34 (100,0)	31 (100,0)	23 (100,0)	9

Примечание: количество больных (n) в строке «Все» уменьшается, так как некоторые из них в процессе наблюдения выбыли

В ИГ использование ДЛ уже с первых суток привело к значимому снижению ВБД до 7 (5; 7) мм рт. ст., как относительно исходных данных ($p<0,001$), так и при сравнении с ГКС ($p<0,001$). Значимое ($p<0,001$) увеличение на 3-и сутки ВБД до 9 (8; 10) мм рт. ст. у больных ИГ было связано с прекращением у большинства из них санационных вмешательств и окончательным закрытием БП. При этом только у 1 (2,7±2,7%) больного отмечалась ИАГIст. В дальнейшем было отмечено постепенное снижение уровня ВБД, и с 5-х суток после операции показатели ВБД находились в пределах нормы. Имевшая место ИАГIст. у 3 (8,8±4,9%) больных ИГ на 10-е сутки и у 1 (3,2±3,2%) больного на 15-е сутки была обусловлена развившимися интраабдоминальными осложнениями, в связи с которыми были выполнены релапаротомии по требованию. На протяжении всего послеоперационного периода значения ВБД в ИГ были значимо ниже, чем в ГКС: на 3, 5, 7 и 10-е сутки – $p<0,001$, на 15-е – $p=0,002$, на 20-е – $p=0,006$.

Течение послеоперационного периода осложнилось у 31 (75,6±6,7%) больного ГКС и 19 (51,4±8,2%) больных ИГ ($p=0,026$). Летальность в ИГ также была значимо ($p=0,026$) ниже, чем в ГКС: 24,3±7,1% (9 из 37) против 48,8±7,8% (20 из 41). Для купирования инфекционного процесса в БП и ликвидации осложнений в ГКС было выполнено в среднем 3,6±2,1 операции на одного больного, в ИГ – 2,9±1,1 ($p=0,324$).

Выводы:1) При РГПлапаростомия с дозированной декомпрессией, выполненная по оригинальной методике, приводит к значимому снижению ВБД в ближайшие сутки после операции и предупреждает прогрессирование ИАГ. 2) Предлагаемый способ ДЛ при РГПявляется эффективной мерой профилактики и лечения СИАГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Перитонит: Практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М.:Литтерра, 2006. – 208 с.

2. Шеянов, С.Д. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / С.Д. Шеянов, Я.Н. Кравчук, Е.А. Харитонова // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. Медицина. – 2009. – №3. – С. 151-163.

3. Prospective evaluation of vacuum-assisted closure in abdominal compartment syndrome and severe abdominal sepsis / D. Perez, S. Wildi, N. Demartines et al. // J. Am. Coll. Surg. – 2007. – Vol. 205, №4. – P. 586-592.

УДК 616-053.5:004.382.7

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ НАГРУЗОК РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Ф.И. Мирзоева
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра сестринского дела и клинического ухода
Научный руководитель: асс. С.А. Бахшиева

В современных условиях резко обозначились проблемы сохранения здоровья населения России. Особую тревогу вызывает состояние здоровья школьников. Именно в этом возрасте формируется репродуктивный, интеллектуальный, трудовой и военный потенциал страны. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о неблагоприятной динамике основных показателей здоровья детей по мере школьного обучения. И одним из способствующих этому фактов является стремительное развитие компьютерных информационных технологий и систем телекоммуникаций. За последние годы в этой области произошёл качественный скачок. В школе интенсивно используются информационно - коммуникативные технологии на уроках и во внеурочной деятельности. Кабинеты, библиотеки оснащены оргтехникой, у каждого ученика мобильный телефон с массой предоставленных услуг, планшет, ноутбук, компьютер. В результате, на сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что интернет перестал быть просто системой хранения и передачи информации, он стал новым слоем нашей повседневной реальности и сферой огромного числа людей. В результате у пользователей компьютерных сетей возникает целый ряд интересов, мотивов, целей, потребностей, установок, а также форм психологической и социальной активности, непосредственно связанных с этим новым пространством.

Цель и задачи исследования - выявить и подтвердить негативное влияние компьютерных нагрузок на организм школьника. Оценить риск развития нарушений соматического статуса школьников для оптимизации ранней диагностики и профилактики развития состояний ассоциированных с высоким уровнем компьютерных нагрузок. Изучить влияние компьютера на организм школьника с целью оптимизации работы за компьютером.

В исследовании принимали участие школьники 6-9 классов СОШ № 149 и лицея №12 г. Красноярска с различным уровнем информационных нагрузок (высоким, средним и низким).

Методы исследования:

1.Анкетирование (жалобы, анамнез, уровень компьютерных нагрузок).

2.Антропометрия (вес, рост).

3.Анализ ф.026 (медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов).

Изучив литературу по данному вопросу, мы выделили следующие вредные факторы при работе за компьютером:

- нагрузка на зрение;
- синдром сухих глаз;
- стеснённая поза;
- заболевания суставов кистей рук;
- затрудненное дыхание;
- заболевания позвоночника, с последующим развитием остеохондроза;
- наличие излучения от монитора;
- психическая нагрузка и стресс при потере информации;
- проблемы с пищеварительной системой;
- компьютерная зависимость;
- расстройство внимания и неспособности сконцентрироваться на решении какой-то задачи;
- возникают психические проблемы: беспокойство, чувство тревоги, сильное эмоциональное возбуждение.

Всех школьников, которые участвовали в анкетировании, мы разделили по уровню компьютерных нагрузок (КН), и получилось, что детей с низким уровнем КН – 35%, со средним уровнем КН – 38,8%, с высоким уровнем КН – 26,2%.

В результате анкетирования и опроса школьников, при выявлении жалоб, мы получили следующие результаты:

- рецидивирующие головные боли (РГБ) чаще встречаются у школьников с высоким уровнем КН – 40%, если сравнить со школьниками с низким уровнем КН у них РГБ отмечались у 20% опрошенных;

- работа за компьютером, нередко, поглощает все внимание школьников и поэтому они часто пренебрегают нормальным питанием и работают впроголодь долгое время. Неправильное питание приводит не только к нарушениям работы органов пищеварительного тракта, но и к возникновению минеральной и витаминной недостаточности. А это может привести, в дальнейшем к снижению интеллектуальных способностей. В процессе обследования детей нами выявлено, что рецидивирующие боли в животе у школьников с высоким уровнем КН встречаются у 70% опрошенных; у детей с низким уровнем КН – 30%;

- основными заболеваниями позвоночника, развивающимися, в последствие длительного нахождения за компьютером являются: остеохондроз, нарушение осанки, сколиоз. Мы выявили, что у школьников с высоким уровнем КН часто отмечаются боли в позвоночнике, в шейном и поясничном отделах;

- нередко при длительной работе за компьютерном появляются болезненные ощущения в глазах, появление жжения, болезненность при моргании, снижение остроты, четкости зрения, двоение в глазах. При опросе школьников нами выявлено, что у детей с высоким уровнем КН часто отмечается боль в глазах после работы за компьютером и изменение восприятия красок (цветоощущение);

- длительная работа на клавиатуре приводит к перенапряжению суставов кисти и мышц предплечья и как следствие после работы отмечаются судороги и онемения в кистях у школьников с высоким и средним уровнем КН - 74%;

- среди психосоматических состояний у школьников с высоким уровнем КН чаще встречаются головокружение – 75%, обморочные состояния, панические атаки и астенический синдром – 7- 4,5%.

- работа за компьютером предполагает переработку большого массива информации и постоянную концентрацию внимания, поэтому при длительной работе за компьютером нередко развивается утомление и нарушение внимания. И мы это подтвердили во время нашего исследования: среди всех опрошенных нервозность, беспокойство и усталость наиболее часто наблюдается у детей с высоким и средним уровнем КН;

- работа за компьютером приводит к нарушению сна, а именно длительность ночного сна, как в будние, так и в выходные дни уменьшается, что тоже пагубно влияет на здоровье, успеваемость в школе, отношение со сверстниками и т.д. В результате опроса школьников нами установлено, что длительность ночного сна у детей с высоким уровнем КН может составлять 5-6 часов и редко 7-8 часов, при норме 8-9 часов.

Таким образом, любой прогресс в науке или технике, наряду с ярко выраженными положительными явлениями, неизбежно влечет за собой и отрицательные стороны. Вопросы компьютеризации общества сейчас стоят в ряду множества факторов, влияющих на здоровье школьников. Последнее время часто приходится слышать о вредном воздействии компьютера как одного из средств современных информационных технологий на организм пользователя. Степень безопасности пользователя компьютерной техникой регулируется множеством различных международных стандартов, которые год от года становятся все строже и строже. Последние исследования ученых показали, что не столько сама компьютерная техника является непосредственным фактором негативного воздействия на организм человека, сколько несоблюдение гигиенических норм,

касающихся труда и отдыха. Педагоги обязаны следить за позой ученика, проводить физкультминутки на уроках, правильно рассаживать детей за парты с учетом их роста и состояния здоровья. Учитель должен стремиться к созданию благоприятной эмоциональной атмосферы в классе, чтобы ребенку учиться было комфортно, чтобы он с желанием шел в школу. Положительные эмоции в процессе учебных занятий улучшают работоспособность и память, а подавленное, угнетенное состояние, наоборот, приводит к падению тонуса мышц, появлению сутулости, а это первый признак или предвестник деформации скелета.. Исследуя проблему влияния компьютера на здоровье школьников, мы подтвердили литературные данные, а именно, что компьютер при несоблюдении правил работы может привести к нарушениям со стороны пищеварительной, опорно-двигательной, нервной систем, а так же к нарушению зрения, памяти, внимания. Следует помнить, что все хорошо в меру, и, не смотря на то, что компьютер вещь полезная, вреда от него может быть больше, чем пользы. Поэтому не следует увлекаться им в ущерб своему здоровью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богатова, Т. Компьютер и здоровье - это совместимо? / Т.Богатова, И. Лапрун Ростов Н/Д: Феникс; М.: МЕТ, 2003. 512 с.
2. Демирчоглян, Г.Г. Компьютер и здоровье. / Г.Г. Демирчоглян – М.: Издательство Лукоморье, Темп МБ, Новый Центр,2004 – 256 с.
3. Ермилова, И.А. Собираетесь в школу? Тренируйте глаза!/ И.А.Ермилова //Здоровье школьника – 2008 - №8. – С.56.
4. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03. Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы.
5. Степанова, М. Как обеспечить безопасное общение с компьютером. / М. Степанова // Народное образование. – 2003, № 2. – С.145-151.
6. Сухарев, А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. / А.Г. Сухарев –М.: Медицина, 2007.– 86 с.
7. Яшинский, К.И. Здоровье школьника и компьютер. / К.И. Яшинский –СПб., 2009. – 75 с.

УДК 616-703.756.8

МОЛЕКУЛЯРНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

А.С.Миронова,Д.В. Долженков

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

Кафедра лучевой диагностики ИПО
Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., проф. С.И. Жестовская,асс.М.С. Черняева,
асс.А.С.Савельева

Позитронно-эмиссионная томография(ПЭТ)-метод визуализации, позволяющий получать информацию invivo о нарушениях биохимических и физиологических процессов в организме человека на молекулярном уровне. В основе ПЭТ лежит использование радиофармпрепаратов (РФП),меченных ультракороткоживущими изотопами[1].

Методика ПЭТ отображения является комбинацией двух изобретений, представленных к Нобелевской премии - радиоактивного индикатора и принципов томографии. История ПЭТ началась в 1950-ых, когда появилась возможность отображения позитрона, испускающего нуклиды: фотоны с высокой энергией, произведенные при уничтожении позитрона, можно использовать для описания физиологического 3D распределения химического состава. В середине 1950-ых, Терпогосян выдвинул идею, что, несмотря на короткое время полураспада этих радионуклидов, они пригодны для изучения регионального метаболизма.Первый прототип ПЭТ сканера появился в 1952 году Массачусетском госпитале после 6 месяцев разработки конструкции. Он имел всего лишь два детектора на основе йодистого натрия расположенных друг напротив друга и позволял получать изображения, основанные как на обнаружении совпадения событий, так и на дисбалансе. Дисбаланс одноканальных детекторов использовался для создания изображения на основе регистрации любого дисбаланса между каналами детекторов. На развитие технологии ПЭТ повлияли три фактора:1) большинство метаболических процессов в теле происходят достаточно быстро, чтобы следить за ними с помощью короткоживущих радионуклидов;2) несмотря на короткое время жизни изотопов, стала возможна быстрая радиоактивная маркировка сложных молекул;3) проникающее излучение, возникающее при уничтожении позитронов, показало, что можно локализовать эти позитроны[3].

Первые ПЭТ сканеры с множеством детекторов были созданы в начале1960-ых в нескольких исследовательских центрах и представляли собой системы с кольцом из 32 датчиков и разрешением более 2 см, позволяющие получать единичные срезы. Это позволило повысить чувствительность метода и получить двумерное изображение. В следующем поколении ПЭТ сканеров, появившемся в 1968 году был уменьшен размер датчика и добавлены дополнительные кольца, позволяющие одновременно получать несколько срезов с разрешением менее 1 см.Такие сканеры позволяли получать двумерные изображения срезов головного мозга; третья координата обнаруженных опухолей

определялась по положению соответствующего среза.В 1970 году для обработки полученных данных было предложено использовать алгоритм обратного проецирования. Дальнейшее усовершенствование ПЭТ-сканеров состоит в повышении пространственного разрешения, чувствительности детекторов, увеличении числа одновременно получаемых срезов, коррекции аттенюации и разработке новых алгоритмов реконструкции изображений[6,8].

Этапы исследования и основные блоки сканера.Любое ПЭТ исследование состоит из нескольких основных этапов:1) производство радиоизотопа;2) маркировка выбранного состава испускающим позитроны радионуклидом и подготовка состава в форме, пригодной для воздействия на людей;3) транспортировка состава из лаборатории к месту проведения исследования;4) воздействие радиоактивного индикатора и получение данных ПЭТ;5) отображение распределения активности позитрона как функции времени, обработка данных;6) интерпретация результата.

Система производства радиоизотопов состоит из трех основных частей: 1) циклотрона (ускорителя частиц); 2) биологического синтезатора, присоединяющего радиоизотопы кбиологическим молекулам; 3) компьютера, контролирующего процесс[10].

До начала исследования в циклотроне производится радиоактивное вещество, входящее в естественный химический состав тела (атомы кислорода, углерода, азота) и распадающееся с испусканием позитронов.Циклотрон (циклический ускоритель) состоит из двух полых полукруглых металлических электродов (дуантов), расположенных между полюсами электромагнита и разделенных узким зазором. Вблизи от центра дуантов располагается источник ионов (как правило электрическая дуга в газе), который служит генератором заряженных частиц. В момент работы, частицы импульсно генерируются источником ионов. Нить накала, расположенная в источнике ионов создает отрицательный заряд путем присоединения электронов к атому.Радиоизотопы, используемые в ПЭТ представлены в таблице 1.

Таблица 1 –Радиоизотопы, используемые в ПЭТ

Изотоп	Период полураспада, мин	Средняя кинетическая энергия, мэВ
11C	20,4	0,385
13N	10,0	0,491
15O	2,0	0,735
18F	109,8	0,242
68Ga	68,3	0,783
82Rb	1,25	1,32

Принцип работы ПЭТ основан на дифференциальной способности патологических и здоровых тканей, поглощать энергию. Позитронно-эмиссионный томограф регистрирует в тканях ток крови и потребление тканями кислорода и глюкозы. Пациенту вводят небольшое количество радиоактивного препарата. Этот препарат излучает невидимые лучи, которые регистрируются сканером ПЭТ. Затем информация передается на компьютер. Компьютер обрабатывает ее и преобразует в графический вид. Яркость изображения зависит от количества радиоактивного препарата, который захватывается тканями.Сама по себе позитронно-эмиссионная томография не позволяет определить точную локализацию накопления радиофармпрепарата (меченной глюкозы). Для этого её сочетают с проведением компьютерной томографии (КТ). КТ даёт детальную анатомическую картину исследуемой зоны, на ПЭТ оценивается наличие в ней исследуемых функциональных процессов (например, опухолевого роста). Такое исследование называется ПЭТ-КТ. Большинству пациентов в настоящее время проводится именно этот вид исследования [9].

В начале процедуры обследования пациенту вводят безопасное радиоактивное вещество. Оно состоит из положительно заряженных частиц-позитронов. После этого больному необходимо в положении лежа расслабиться, чтобы вещество распределилось равномерно по всему организму. Во время процедуры обмен изменяется или нарушается и образуется разное количество вещества в области раковых клеток. На экране монитора здоровые клетки от больных отличаются по цвету[7,11].

Противопоказания.Единственное абсолютное противопоказание к проведению ПЭТ – это беременность или кормление грудью (как и для любого другого лучевого метода диагностики). ПЭТ также не рекомендуется проводить пациентам в тяжёлом состоянии, так как исследование довольно длительное и требует от пациента долгое время сохранять неподвижное положение [7].

Достоинства ПЭТ.Поскольку период полураспада радиоизотопов мал, лучевое облучение чрезвычайно мало и не затрагивает нормальные процессы тела. Это позволяет при необходимости проводить повторные исследования.Изображения, получаемые в ПЭТ, чаще всего представлены в соответствии с цветной шкалой, что делает результаты исследования более наглядными для диагностики. Например, здоровая ткань использует глюкозу для пополнения энергии и накапливает часть радиоактивной глюкозы. Злокачественная ткань потребляет больше глюкозы, чем здоровая и на ПЭТ изображении будет более яркой, чем нормальная ткань.Конструкция современных ПЭТ сканеров позволяет проводить исследования не только головного мозга, но и внутренних органов, что важно для раннего обнаружения злокачественных изменений. Одним из условий получения правильной картины распределения изотопа является отсутствие его перераспределения при проведении

сканирования. В ряде случаев ПЭТ может дать ложные результаты, если химический баланс пациента нарушен. Например, у диабетиков причиной этого может послужить высокое содержание сахара или инсулина в крови.Возможности использования ПЭТ ограничиваются дороговизной томографов и необходимостью размещения их вблизи циклотрона. Создание новых радиофармпрепаратов, имеющих период полураспада несколько часов, позволяет частично решить ее. Кроме того, радиоизотоп рубидия-82 (период полураспада 76 с) можно получить не используя циклотрон.Позитронно-эмиссионный томограф — это единственный на сегодня прибор, который даёт возможность диагностировать заболевания на нулевых стадиях, например, неврологические изменения, сосудистое поражение миокарда, онкологические заболевания и чётко показывает область нахождения метастазов в момент начала формирования. Благодаря результатам диагностики врач разрабатывает методику лечения[1,5].

Области применения ПЭТ-КТ в медицине. ПЭТ-КТ используется в различных областях медицины. Около 80% клинических ПЭТ исследований проводится в области онкологии, они позволяют дифференцировать злокачественные и доброкачественные образования, определять степень распространения опухолей чувствительностью, близкой к 100%. Исследования всего тела, занимающие 60-70 минут, позволяют определить метастазы любой локализации. ПЭТ-КТ не имеет альтернативы при ранней (через 1- 2 недели) оценке результатов химиотерапии.

В кардиологии ПЭТ-КТ позволяет получать информацию о кровоснабжении миокарда, скорости метаболических процессов, оценить признаки болезни коронарной артерии, контролировать эффективность лечения. Для таких исследований используются ультракороткоживущие изотопы (13N, 18F, 11C).Данные ПЭТ-КТ важны при планировании аортокоронарного шунтирования. В неврологии ПЭТ используется для обнаружения неврологических болезней, включая эпилепсию, опухоли, дифференциации психических заболеваний. ПЭТ-КТ дает сведения о кровообращении мозга, скорости усваивания кислорода и глюкозы, отображает другие физиологические процессы [11,12].

ПЭТ используется для измерения метаболизма глюкозы (единственного источника энергии клеток). Примерно через 40 минут после внутривенного введения радиоактивной глюкозы (чаще это изотоп 18ФДГ), радиоизотоп поступает в клетки и достигает равновесия. Затем его распределение измеряется в различных срезах.Подобные исследования проводятся при исследованиях болезней почек. Почки отличают высокий уровень метаболизма и поток крови, из-за чего регистрируемое изображение имеет высокое соотношение сигнал/шум.

Также ПЭТ-КТ используется при изучение механизмов мозга, лежащих в основе человеческого создания: для исследования мозговой организации внимания, эмоций,

мышления, творчества, общего интеллекта, способности ориентироваться, т.е. всех аспектов деятельности мозга, которые делают его настолько неповторимым и сложным объектом. Исследования проводятся путем измерения распределение потока крови в мозге. Предполагается, что увеличение -потока крови связано с увеличенной функциональной деятельностью. Чтобы достигнуть активации радиоизотопа (15O) требуется примерно 3-5 минут, после чего можно измерить его распределение. Затем с помощью кодируемых цветом изображений можно видеть, где мозг активизирован во время некоторых действий. Например, когда человек говорит или читает, правое полушарие мозга "светится".В ряде научных центров с помощью ПЭТ-КТ проводят исследования лекарств, их распределение и действие на организм[2,4,5].

Таким образом, системы ПЭТ-КТ универсальны, они используют все типы позитронных излучателей. Их отличает 100% достоверность диагностических результатов, которая достигается использованием поправок на нормализацию, мертвое время счетчика, затухание, рассеяние и распад, а также качественной и количественной обработкой информации. Они просты в использовании, имеют стандартные протоколы и автоматизированный контроль качества. ПЭТ-КТ сканеры позволяют параллельно собирать и обрабатывать данные, реконструировать изображения, анализировать результаты, что существенно повышает пропускную способность. Хотя в последние 20 лет ПЭТ-КТ использовалась преимущественно для научных исследований, ее роль ПЭТ-КТкак метода диагностики находится на стадии становления. ПЭТ-КТ диагностика уже является предпочтительным методом визуализации с большим числомпоказаний к проведению и может стать стандартным методом диагностики.ПЭТ-КТ может быть чрезвычайно полезным методом диагностики и в других областях медицины: для локализации очага воспаления, при диагностике заболеваний головного мозга,для оценкисостояния сердца и сосудов, например, при васкулитах.Можно предположить, что в связи с появлением новых радиофармпрепаратов значение ПЭТ-КТ-диагностики будет возрастать, а спектр показаний к ее проведению значительно расширится. В настоящее время основными областями клинического применения ПЭТ-КТ являются онкология, кардиология, неврология.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсенвальд, Д.М. Эмиссионная томография: основы ПЭТ и ОФЭКТ/ Д.М.Арсенвальд //Москва: Техносфера. - 2009.-№13.-С.22-37

2. Гранов, А.М. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии)/ А.М.Гранов.// Научно-практическое издание.-2013.-№2.-С.560-561.

3. Климанов, В.А. Физика ядерной медицины. Часть 1./В.А.Климанов.//2012.– С.123-145.

4. Линденбратен, Л.Д. Медицинская радиология (Основы лучевой диагностики и терапии)/Ленденбратен Л.Д– М. Медицина.-2000. - С.672-673.

5. Лишманова, Ю.Б. Национальное руководство по радионуклидной диагностике/ Ю.Б.Лишманова, А.Г.Чернова//Томск STT.-2010.–С.12-14.

6. Наркевич, Б.Я.Физические основы ядерной медицины/Б.Я.Наркевич,В.АКостылев //АМФ - Пресс Москва. - 2001.-С.120-123.

7. Гранов,А.М. Позитронная эмиссионная томография: Руководство для врачей/ А.М. Гранов, Л.А. Тютин. – СПб. Фолиант.-2008.-С.211-230

8. Botta, F.UseoftheFLUKAMonteCarlocodefor 3Dpatient-specificdosimetryonPET-CTandSPECT-CTimages./ F.Botta,A.Mairani,R.F. Hobbs //Phys Med Biol. -2013.-P.8099-8120.

9. Positron Emission Tomography-Basic Sciences /D.L. Bailey,D.W. Townsend, P.E. Valk., M.N.Maisey– Springer, 2005. –№21.-C.11.

10. PET/MRI and PET/MRI/SISCOM coregistration in the presurgical evaluation of refractory focal epilepsy / S.Fernández, A.Donaire, E. Serès et al. // Epilepsy Res. – 2015. –№111. – P. 1-9.

11. Remodeling of glucose metabolism precedes pressure overload-induced left ventricular hypertrophy: review of a hypothesis / B.K. Kundu,M. Zhong,S. Sen et al. // Cardiology. – 2015. – т.12.№130(4). – P. 211-220.

12. Simplified protocol of cardiac 18F-fluorodeoxyglucosepositron emission tomographyviability study in normoglycemic patients with known coronary artery disease / M.Kobylecka, M.T.Płazińska,T.Mazurek et al.// Clin Imaging. – 2015. –№ 18. –P. 899-915.

УДК:617.55-007.43-089.168.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В ОТДЕЛЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

К.В. Митина, М.С. Строева, А.В. Строев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, КГБУЗ ККБ № 1

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Научный руководитель: проф. О.В. Первова

Заболеваемость грыжами передней брюшной стенки сохраняется достаточно высокой. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн. операций грыжесечения, что составляет 5-10% всех оперативных вмешательств[6]. В России ежегодно выполняется свыше 100 тыс. грыжесечении. У больных, перенесших лапаротомию, частота ПОВГ составляет 5-10%[4].

В настоящее время известно большое количество методов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж: пластика местными тканями, применение различных пластических материалов, комбинированная пластика [2]. Но, в последнее время практические хирурги все больше отдают предпочтение эндопротезам, которые обладают большой биосовместимостью, низкой ценой, простотой в обращении и это стало толчком к изменению методов лечения вентральных грыж. Эти методы дали возможность выполнять пластику грыж брюшной стенки с сохранением нормальной анатомии без натяжения[1]. Однако после выполнения аллопластики почти в 50% случаев возможно развитие различных специфических осложнений таких как, нагноение раны, развитие сером, гранулем и гематом,а так же свищей между кожей и трансплантатом и др.[3]. Возникновение этих осложнений в основном зависит от варианта размещения эндопротеза (sublay, inlay,onlay), так же от качества аллопластическго материала [5].

Цель исследвоания - провести анализ результатов лечения послеоперационных вентральных грыж в отделении абдоминальной хирургии ККБ.

Задачи исследования:

1. Выявить наиболее частые причины (предшествующие операции), способствующие образованию грыж передней брюшной стенки.

2. Выявить наиболее вероятные причины рецидивов послеоперационных вентральных грыж.

3. Провести анализ осложнений у больных, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж.

Материалом исследования стали 81 пациент с послеоперационными вентральными грыжами, из которых 79% женщин (64 пациентов), 21% мужчин (17 пациентов).

В своей работе мы использовали классификацию SWR, разработанную J.P. Chevrel и A.M. Rath и принятая на XXI Международном конгрессе герниологов в 1999 году в Мадриде, в которой учитываются следующие параметры: S — локализация: срединные вентральные грыжи — M; боковые вентральные грыжи — L; сочетанные — ML. W — ширина грыжевых ворот: W1 — до 5 см; W2 — от 5 до 10 см; W3 — от 10 до 15 см; W4 — более 15 смR — наличие рецидивов: Rl - первый рецидив; R2 - второй рецидиви т.д.

В зависимости от ширины грыжевого дефекта, пациенты распределились следующим образом:W1 –21 больной (26%), W2 – 35 (43%), W3 – 13 пациентов (16%) и гигантский грыжевой дефект апоневроза зафиксирован у 12 больных (15%).

В исследуемой группе у 19 больных были оперированы по поводу рецидивных грыж, причем первый рецидив - R1 – наблюдался у 12 пациентов, что составило 63%. Дважды рецидивная послеоперационная вентральная грыжа была выявлена у 4 пациентов (21,2%), трижды и более рецидивные грыжи – у 3 (15,8%). Анализ причины рецидива выявил следующую закономерность. Из 19 больных – у 16 ранее выполнялась пластика грыжевого дефекта местными тканями, причем у 8 из них в послеоперационный период осложнился формированием лигатурных абсцессов и свищей. В остальных 3 случаях причиной рецидива грыжи была первичная пластика дефекта апоневроза с установлением сетчатого эндопротеза в интраабдоминальное положение.

Также мы учитывали длительность грыженосительства: до года – 33,3% (27 пациентов), от 2 до 5 лет – 35,8% (29 пациентов), более 5 лет – 30,9% (25 пациентов). Из них при W1 до года – 29% (6), от 2 до 5 лет – 33% (7), более 5 лет – 38% (8); при W2 до года – 31% (11), от 2 до 5 лет – 46% (16), более 5 лет – 23% (8); при W3 – до года – 39% (5), от 2 до 5 лет – 15% (2), более 5 лет – 46% (6), при W4 – до года – 42% (5), от 2 до 5 лет – 33% (4), более 5 лет – 25% (3).

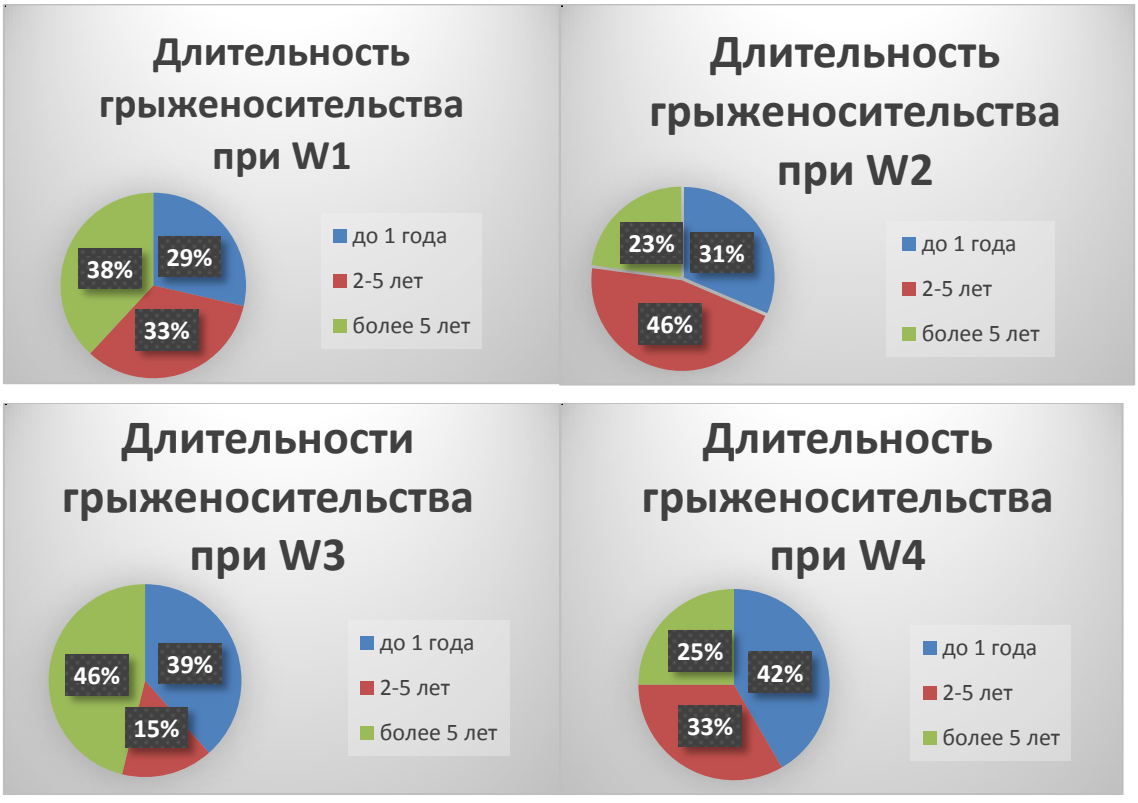


Рисунок 1 - длительность грыженосительства в зависимости от ширины грыжевого дефекта

Основным оперативным вмешательством, предшествующим образованию грыжи явились открытые операции на биллиарном тракте – 28,3% (23),оперативные вмешательства на кишечнике, желудке и поджелудочной железе– 22,1% (18), гинекологические вмешательства – 22,1% (18), первичная герниопластика – 12,2% (10), аппендэктомия – 7,3% (6), при лапароскопических вмешательствах составило 3% (2) и на долю других причин приходится 5% (4).

Таблица 1- оперативные вмешательства, предшествующие грыжеобразованию

	W1	W2	W3	W4
Открытые операции на биллиарном тракте	19%	40%	15%	25%
Оперативные вмешательства на кишечнике, желудке и поджелудочной железе	29%	14%	31%	25%
Гинекологические вмешательства	24%	14%	31%	34%
Первичная герниопластика	9%	17%	8%	8%
Аппендэктомия	14%	9%	0%	0%
Лапароскопические вмешательства	0	3%	7%	0%
Другие операции	5%	3%	8%	8%

Количество возникших грыжевых дефектов при лапароскопических вмешательствах было самым наименьшим, что доказывает малую травматичность и необходимость использования данного метода доступа для проведения операций.

На сегодняшний день разработаны стандарты выполнения операций при послеоперационных вентральных грыжах. Не вызывает сомнений преимущество протезирующей пластики дефекта передней стенки с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов. При этом в арсенале хирургов есть несколько способов установки сетчатых имплантов. В нашей клинике мы отдаем предпочтение именно методике установки сетчатого имплантата в положении sublay- 65% случаев (53), гораздо реже – в 27%

(22) случаев была выполнена пластика грыжевого дефекта по методике intraabdominal, по методу inlayоперировано 3% (2) пациентов.

Для оценки послеоперационных осложнений нами была использована классификация по Клевиану: степень I - любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств. Допустимыми терапевтическими режимами являются: противорвотные препараты, антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты и физиопроцедуры. Степень II - требуется применение препаратов помимо перечисленных для I степени осложнений. Включены также гемотрансфузии и полное парентеральное питание. Степень III - необходимы хирургические, эндоскопические или радиологические вмешательства. IIIa- вмешательства без общей анестезии. IIIb - вмешательства под общей анестезией. Степень IV - жизнеугрожающие осложнения, требующие интенсивного лечения в реанимационном отделении. IVa - Дисфункция одного органа (включая необходимость диализа). IVb - полиорганная недостаточность. Степень V - Смерть больного.

У 30 больных в послеоперационном периоде возникли осложнения, из них у 20 пациентовимело место незначительное скопление жидкости в области п/о швов, не потребовавших дополнительного хирургического / пункционного вмешательства. У 7 больных зафиксированы осложнения IIIa степени, потребовавшие пункции или опорожнения гематомы/серомы под местной анестезией. Осложнения IIIb степени развились у 2 больных: нагноение п/о раны. В одном случае сетчатый эндопротез удалось сохранить с применением вакуумного ведения раны, во втором случае сетчатый имплантат пришлось удалить. Осложнение V степени было в одном случае – причина летального исхода – массивная ТЭЛА в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Наиболее частыми причинами, предшествующим образованию грыжи на первом месте - открытые операции на биллиарном тракте – 28,3% (23),второе место разделили оперативные вмешательства на кишечнике, желудке и поджелудочной железе – 22,1% (18) и гинекологические вмешательства – 22,1% (18), затем первичная герниопластика – 12,2% (10) и аппендэктомия – 7,3% (6), а при лапароскопических вмешательствах процент грыжеобразования составил 3% (2).

2. Наиболее частыми причинами развития рецидива грыжевого дефекта было использование пластики местными тканями,а так же первичная пластика с установлением сетчатого эндопротеза в интраабдоминальное положение.

3. У 30 пациентов в послеоперационном периоде возникли осложнения, у 20 пациентов было осложнения Iстепени (согласно классификации Клавиана). У 7 больных зафиксированы

осложнения IIIa степени. Осложнения IIIb степени развились у 2 больных. Осложнение V степени было в одном случае.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герниоабдоминапластика: руководство для врачей. / В.Н.Биряльцев, Р.Ш.Шаймарданов, В.А.Филиппов, Х.М. Халилов – Казань: Идел-пресс, 2008. – 102 с.
2. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. – М.: МИА, 2005. – 364 с.
3. Самойлов, А.В. Осложнение протезирующей вентропластики/ А.В. Самойлов // Вестник герниологии. – 2006. –Вып. II. – С.168-171.
4. Чистяков, А.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / А.А. Чистяков, Д.Ю. Богданов. — М: МИА, 2005. — 104 с.
5. Han, J.G. Operative treatment of ventral hernia using prostetic materials / J.G. Han, S.Z.Ma, J.K. Song, Z. J. Wang. – Hernia, 2007. - № 11. – P. 419-423.
6. Conze, J. Randomized clinical trial comparing lightweight composite mesh with polyester or polypropylene mesh for incisional hernia repair / J. Conze, A.N. Kingsnorth, J.B. Flament et al. // Br. J. Surg. – 2005. – Vol. 12. – P. 1488-1493.

УДК 616.988.26(471.44)

ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КРАСНОЯРСКЕ

Д.Н.Морозов

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

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц.И.В.Сергеева

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), острая вирусная, природно-очаговая, зоонозная инфекция, с различными путямипередачи, протекающая циклически с интоксикационным, геморрагическим и почечным синдромами. Эпидемиологические наблюдения показали, что хантавирусная инфекция распространена во всем мире, о чем свидетельствует наличие антител к хантавирусам в сыворотках крови людей и грызунов. Так, вирус Hantaan обнаружен в Корее, Китае, Тайланде, Монголии, Югославии, Греции [1,2].

В Российской Федерации геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) занимает ведущее место среди зоонозных вирусных инфекций и одно из первых мест среди всех природно-очаговых болезней человека. Случаи ГЛПС зарегистрированы на 61-й административной территории России. Наиболее активные природные очаги ГЛПС находятсяв Уральском и Поволжском районах (Башкирская, Татарская, Марийская, Удмуртская, Чувашская республики, а также Саратовская, Самарская, Ульяновская области). Наряду с давно известными очагами ГЛПС на Дальнем Востоке России (Приморский, Хабаровский край, Амурская область) с середины 80-х годов случаи ГЛПС стали ежегодно регистрировать в Западной Сибири (Омская, Тюменская и Новосибирская области).

Более 95% случаев заражения происходит в Европейских очагах, приуроченных к лесным ландшафтам, где циркулирует вирус Пуумала, основным резервуаром которого в природе является рыжая полевка [1,2].

Вашему вниманию представлен завозной случай ГЛПС в Красноярске.

Как известно, наиболее активные природные очаги ГЛПС находятся в Уральском, Приволжском федеральных округах и на Дальнем Востоке России. Миграция населения, работа вахтовым методом вне территории края является причиной регистрации в Красноярском крае ранее не встречающихся инфекционных заболеваний, в частности это касается и ГЛПС.

Больной П., 36 лет, заболел остро 17.11.2014 г., когда отметил появление головной боли, першение в горле, озноб, повышение температуры тела до 39,5°С, 20 ноября больной был госпитализирован и инфекционное отделение ЦРБ с входным диагнозом ОРВИ тяжелое течение.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено: в октябре 2014 года работал вахтовым методом в республике Татарстан помощником машиниста буровой установки; рабочие проживали в вагончике, работали в лесу, где не исключался контакт с мышами и их экскрементами при выкорчевке леса. 3.11.2014 года больной вернулся в домой в Красноярский край.

При обследовании в стационаре у больного наряду с лихорадкой было отмечено снижение диуреза, появление болей в животе и поясничной области, в объективном статусе: гиперемия лица. Инъекция сосудов склер и конъюктивы, гепатомегалия, положительный симптом XII ребра с обеих сторон, дизурические расстройства (анурия в течение 6 часов), тромбоцитопения до ($54x10^9$); в биохимическом анализе крови уровень мочевины был в пределах нормы, но отмечалось повышение креатинина до 212,9 мкмоль/л, что явилось причиной перевода больного в инфекционное отделение краевого центра с подозрением на ГЛПС на 8 день болезни.

На фоне проводимой терапии (противовирусная терапия – йодантипирин по схеме, дезинтоксикационная терапия) состояние его улучшилось: температура тела нормализовалась на 7 сутки госпитализации. Стадия полиурии наступила на 10 день болезни – 27.11.14 года (у больного купировались боли в пояснице, нормализуются сон и аппетит, увеличивается суточное количество мочи до 4,3-7,4 литров), с 29.11.14 (на 12 день болезни) было отмечено восстановление диуреза, нормализация лабораторных показателей.

В динамике азотемические показатели были следующими: в стадии олигоурии – мочевина 9,2- 9,6 мм/л; креатенин -289,7 мкмоль/л; в стадию полиурии (с 27.11.2014г.) – мочевина 9,4-4,4 мм/л; креатинин – 183,6-129,2 мкмоль/л.

Диагноз подтвержден серологически: методом ИФА – выявлены антитела к антигенам хантавирусов класса IgM, и нарастание титра IgG в парных сыворотках – от 1:25600 до 1:51200.

Таким образом, не смотря на то, что клиническая картина ГЛПС в представленном случае протекала классически с наличием синдрома интоксикации, почечного синдрома и слабо выраженного геморрагического, данный клинический случай демонстрирует значимость эпидемиологического анамнеза для своевременной диагностики заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ткаченко, Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в России – проблема XXI века / Е.А. Ткаченко, Т.К. Дзагурова, П.А Набатников // Вестник российской академии естественных наук. – 2012. - №1. – С. 48-54.

2. Хунафина, Д.Х. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Современная эпидемиология / Д.Х. Хунафина, А.Т. Галиева, Л.Р. Шайхуллина // Медицинский альманах. 2009. - № 2. - С.154-156.

УДК: 616.988:618.2

ОРВИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ю.Э. Морозова

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

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.В. Сергеева

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем, как в России, так и в мире. Наибольший вклад в формирование суммарного экономического ущерба по-прежнему вносит заболеваемость гриппом и ОРВИ 88,8% от всех инфекционных заболеваний, что еще раз свидетельствует о лидирующей роли этой патологии в оценке медицинских, социальных и экономических последствий для общества [1,3].

Все острые респираторные заболевания у беременных женщин протекают значительно тяжелее, чем у небеременных. Беременность в ряде случаев способствует усугублению заболеваний органов дыхания. Это возникает вследствие физиологических изменений в органах дыхания во время беременности: набухание, усиленная васкуляризация, отек слизистой оболочки верхних дыхательных путей и бронхов, снижение тонуса мышечной оболочки бронхов. Приподнятая беременной маткой диафрагма ограничивает экскурсию легких и создает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Это способствует снижению дренажной функции и вентиляционных процессов в бронхах, дыхательной поверхности легких, делает дыхательные пути более уязвимыми для предрасполагающих факторов и развития заболевания.

ОРВИ могут развиваться в различные сроки беременности и рассматриваться как один из факторов риска осложненной беременности, несмотря на то, что заболевание может протекать с умеренно выраженной клиникой [2].

Охрана здоровья матери и ребенка – приоритетное направление всех медико-социальных программ. В настоящее время отмечается высокая распространенность инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, и ОРВИ играют ведущую роль.

Нередко ОРВИ, приводящие к осложненной беременности, к поражениям плода, протекают легко и могут не вызывать особой тревоги у врачей. При этом в структуре экстрагенитальной патологии при беременности ОРВИ занимают первое место, что связано с высокой восприимчивостью беременной женщины к вирусным инфекциям, склонностью к хронизации патологических процессов и обусловлено особенностями иммунитета беременной. Во время беременности ОРВИ могут развиваться в различные сроки, даже перед началом родов. Патологическое влияние на плод могут оказывать как сами инфекционные агенты, так и возникшие осложнения беременности и родов [4].

Цельнашего исследования заключалась в изучении клинических особенностей ОРВИ у беременных, особенно интоксикационного и катарального синдромов в разные сроки беременности.

Нами был проведен анализ 34 историй болезней беременных женщин с диагнозом: ОРВИ, которые находились на стационарном лечении во II инфекционном отделении

больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича с 1.12.2014 г. по 18.01.2015 г. Возраст женщин колебался от 20 до 38 лет. Для подтверждения этиологии заболевания использовался комплекс мероприятий, который включал в себя вирусологические и серологические методы диагностики.

Все женщины были госпитализированы по клиническим показаниям, основное место занимали, конечно же, симптомы интоксикации. В первом триместре (до 12 недель) поступило 11 (32,35%) пациенток: легкое течение гриппа отмечалось у 2 (18,2%), среднетяжелое – у 9 (81,8%). У 3 беременных (27,3%) была диагностирована угроза выкидыша. Во втором триместре (13-24 недели) поступило 12 пациенток (35,3%): у 2 пациенток (16,7%) регистрировалось легкое течение заболевания, у 9 пациенток (75%) – среднетяжелое течение, у 1 пациентки (8,3%) – тяжелое течение, осложненное пневмонией. В третьем триместре (25-40 недель) поступило 11 пациенток (32,35%): у 1 пациентки (9,1%) – легкое течение, у 8 пациенток (72,7%) – среднетяжелое, у 2 пациенток (18,2%) – тяжелое течение, осложненное пневмонией. У 4 беременных (36,4%) в сроке 37-39 недель произошли преждевременные роды.

У 27 больных (79%) течение ОРВИ было расценено как средней степени тяжести. 28 беременных (82%) были госпитализированы на 1-2 день заболевания. У всех обследованных нами женщин заболевание начиналось остро с подъема температуры, но следует отметить, что у 15 больных (44%) температура достигала уровня 38,5° и выше. Длительность лихорадки колебалась в пределах от 1-2 дней до 3-4 дней. Хочется сказать, что наиболее яркие симптомы интоксикации отмечались у беременных в первом и во втором триместре беременности. Помимо этого, регистрировались и катаральные симптомы в виде сухого кашля у 10 женщин (29,4%) в первые дни заболевания (1-2 день), у 11 женщин (32,4%) диагностировался кашель со слизистой мокротой на 3-4 день заболевания. У 20 больных (58,8%) преобладали серозные выделения из носовых ходов на 1-3 день заболевания, также у этих женщин длительное время сохранялось затрудненное носовое дыхание. Катаральные явления без выраженных симптомов интоксикации преобладали в третьем триместре беременности. Першение в горле и болезненное глотание отмечали 30 женщин (88,2%), независимо от срока беременности.

Неврологическая симптоматика в виде головной боли отмечалась у 11 больных (32%), у 1 (2,9%) беременных отмечались явления менингизма (выраженная головная боль, тошнота, рвота).

После купирования симптомов интоксикации и катаральных явлений у 14 больных (41%) сохранялась тахикардия (86-90 ударов в минуту).

В ходе обследования беременных с ОРВИ была выявлена ранее не диагностированная железодефицитная анемия I степени у 4 женщин (11,8%). Кроме этого следует отметить, что на фоне ОРВИ в третьем триместре обострились: хронический пиелонефрит – у 3 беременных (8,8%), хронический бронхит – у 1 беременной (2,9%).

20 беременных (58,8%), перенесших ОРВИ, были повторнобеременные, у 11 (32,4%) беременных, перенесших ОРВИ, отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

С первого дня поступления в инфекционное отделение все больные получали противовирусную терапию: тамифлю по 75 мг×2 раза в сутки перорально в течение 5 дней. Назначение противовирусной терапии с ранних сроков заболевания позволила избежать тяжелых осложнений. 20 беременным (58,8%) назначали антибактериальную терапию в результате развития осложнений (трахеобронхит, отит, синусит, пневмонии). Дезинтоксикационная терапия проводилась глюкозо-солевыми растворами, назначалась аскорбиновая кислота; жаропонижающие средства (1 таблетка парацетамола) один раз в сутки при температуре выше 38,5°С.

В ходе проведенного исследования мы выявили следующее:

1. ОРВИ при беременности следует рассматривать как фактор риска развития перинатальной патологии, обострения сопутствующих заболеваний, а также оказывающее отрицательное действие на течение беременности и родов.

2. ОРВИ регистрируются во все сроки беременности, но наиболее яркие симптомы интоксикации выявляются у беременных в первом и во втором триместре беременности, а катаральные явления без выраженных симптомов интоксикации преобладали в третьем триместре беременности.

3. Среди беременных, больных ОРВИ, наибольшее количество осложнений, связанные с развитием и вынашиванием беременности зарегистрированы в первом триместре; осложнения, связанные с присоединением вторичных инфекций и поражением дыхательных путей, а также обострения хронической патологии развились у пациенток в третьем триместре беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грипп. Руководство для врачей / под ред. Г.И. Карпухина. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 360 с.

2. Карпухин, Г.И. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний / Г.И. Карпухин, О.Г. Карпухина. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 184 с.

3. Ратникова, Л.И. Новый подход к терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа / Л.И. Ратникова, Е.А. Стенько // Поликлиника.– 2009. - №2.– С.70-72.

4. Сигуа, Д.Ш. Перинатальные исходы после перенесенной матерью гриппозной инфекции / Д.Ш. Сигуа // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2003. - № 6. – С.50.

УДК 613.94:101

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ФИЛОСОФСКАЯ ПРОБЛЕМА

С.С.Мунаварова, Л.Р.Гайфуллина

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Рассказов Л. Д.

На сегодняшний день, господствует понимание здоровья как отсутствие болезней, однако здоровье в системе мировоззренческих ценностей является важнейшим ориентиром духовной жизни человека. Острота проблемы определяется такими обстоятельствами: для России характерно ухудшение демографических показателей, которое проявляется в депопуляции, в падении рождаемости, в росте смертности; ситуация хронического стресса, связанная с социальными, экологическими, информационными проблемами, негативно отражается на благополучии отдельного индивида; и наконец, изменение духовных ценностей в обществе приводит к переосмыслению меры ответственности человека за свое здоровье[7].Целью работы является выявление сущностных характеристик здоровья как философского феномена и определение дальнейших перспектив в контексте гуманистического мировоззрения.Для достижения цели были поставлены следующие задачи: проанализировать происхождение и эволюцию философского подхода к проблеме здоровья;обобщить сложившиеся в рамках социально-гуманитарного знания представления о здоровье человека; исследовать мировоззренческие ориентиры, присущие новой стадии развития современной культуры социума; изучить особенности развития российского общества и оценить перспективу формирования ответственного отношения к своему здоровью.Тема здоровья активно исследуется врачами и философами. Большинство определений понятия «здоровье» носит философский характер, так как указывает на то состояние человека, при котором он способен творчески раскрыть свою сущность в социально-приемлемой созидательной форме. Более девятнадцати столетий назад важную мысль о значении философии в исцелении самого себя, особенно в борьбе с «душевными

недугами» высказал римский философ и писатель Цицерон (106-43 годы до н.э.)[5].«Наука об исцелении души, - писал он, - есть философия, но помощь её приходит не извне, как помощь против телесных болезней, -нет, мы сами должны пустить в дело все силы и средства, чтобы исцелить себя самим». Тема здоровья, при всей паталогоцентристской ориентации, все более становится предметом обсуждения в самой медицине. Однако, медицина «видит» преимущественно проблемы болезни и способы их лечения. Проблемы болезни еще не стали проблемой здоровья. Проблемы болезни имеют прямое отношение к здоровью, но не исчерпывают всех его аспектов. Необходимость философского подхода отстаивает Ю.М.Хрусталев: «Только философия способна постигнуть эту проблему и выработать общую теорию здоровья человека, исходящего из него самого и общества». Ценность здоровья всегда «соотнесена» с конкретной практической жизнью, включающей в себя социальное и духовное измерение. Соотнесенность с исторической практикой наиболее очевидно обнаруживается в процессе переоценки ценностей, которая в свою очередь приводит к формированию нового мировоззрения с «абсолютным» ценностным ядром. Проникновение «чувства ценности» в здоровье очень важно, так как состояние телесного и психического здоровья часто остается только скрытой предпосылкой, не всегда даже осознаваемой. Часто только болезнь делает нас более «мудрыми», заставляя оценить, что такое здоровье. Нас может удивлять отсутствие чувства «ценности» здоровья, когда оно воспринимается как нечто само собой разумеющееся и не требующее саморефлексии. Корни человеческого здоровья, безусловно, уходят в биологическую природу. Здоровье человека имеет и социальное измерение. Здоровье — это мера социальной активности. В этом смысле можно говорить о биосоциальном измерении здоровья. В тоже время необходимо признать, что человек не только биологическое или социальное существо, то есть имеющее биосоциальною природу. Человек это и духовное существо. Духовность человека является субъективным выражением его объективного статуса в бесконечном мире. Духовность человека является новым качеством, выражающим целостное измерение личности. Антропоцентристская парадигма здоровья имеет в своем существе духовно-антропологическое содержание. Духовно-антропологическая модель здоровья — это личностно-смысловой уровень здоровья. Когда мы характеризуем здоровье, как объективную реальность, как предметную ценность, мы подчеркиваем независимость здоровья от сознания[1,2]. Действительно, человек может некоторое время жить, не осознавая здоровье как ценность, не осознавая нормативную ценность здоровья как то, что обязательно должно регулировать наше отношение к миру. Это вопрос не только теоретический, но и практический. В жизни каждого человека имеет важное значение не только здоровье, но и само представление о здоровье, о путях и техниках достижения

здоровья. Представление — это фундаментальная способность разума. Здоровье имеет природные предпосылки, которые не зависят от сознания. Но человек не только природное, но и духовное существо. Поэтому его здоровье имеет духовные предпосылки, которые делают здоровье зависимым от сознания. Здесь представление о здоровье в целом «спаяно» с личностью. Личностно-смысловой уровень здоровья определяется качеством смысловых отношений человека и его способностью построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. В медицинской деонтологии отмечается, что необходимо не только лечить больного, но также необходимо «учить пациента лечиться» (А.Ф.Билибин). Скажем так, необходимо не только иметь здоровье от природы, но необходимо уметь быть здоровым. В философском плане это вопрос о том «быть или не быть», «быть или иметь», это вопрос о соотношении объективной и субъективной ценности здоровья. Здоровье человека представляет собой интегративную целостность, включающую в себя способность перейти от опоры на регулирование среды в рамках социальной системы к опоре на себя и механизмы саморегуляции. Путь к здоровью — это конструктивное стремление к совершенству. В этом смысле здоровье человека есть целостное измерение его личности. Здоровье - это не только состояние организма, но и мироощущение человека в мире. Это определенная стратегия жизни, представляющая собой единство индивидуального стиля жизни, социального интереса и направленности поведения к цели. Важное значение для здоровой личности имеет способность быть самостоятельным и саморегулирующимся существом. Понятие «здоровая личность» выражает степень гармонии человека с природными и социальными обстоятельствами жизни.

Таким образом, в философском подходе к проблеме здоровья само понятие «здоровье» является интегративным признаком целостного развития человека, являющегося условием его успешной духовной и практической деятельности. Выдвижение здоровья в число первоочередных задач развития общества обуславливает необходимость дальнейшего теоретического и методологического осмысления этого феномена[3]. Эффективное решение проблемы здоровья требует разработки целого комплекса вопросов, которые могут быть решены только на основе междисциплинарного подхода, предусматривающего участие специалистов различных областей знаний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев, В.А. Психология здоровья/ В.А.Ананьев, Г.С. Никифоров и др.– 2000. – №5. – С.21-23.

2. Брехман, И.И. Валеология наука о здоровье. / И.И. Брехман – 2005. – С.18-56.

3. Лисицын, Ю.П. Здоровье человека-социальная ценность. / Ю.П., Лисицын А.В. Сахно – 1999.- С.270.

4. Казначеев, В.П. Феномен человека: комплекс социоприродных свойств / В.П.Казначеев, Е.А. Спирин //Вопросы философии – 1998. – №7. – С. 29-36.

5. Ремизов, В.А. Духовность как культурная ценность личности / В.А. Ремизов // Философские науки. – 2008.– №2.– С. 158-160.

6. Серова, И.А. Философия здоровья. / И.А. Серова – 2002.– С.108.

7. Хрусталев, Ю.М. Философия-интеллектуальная и моральная основа здоровья (социально-гуманитарный концерт здоровья) / Ю.М. Хрусталев // Терапевтический архив: Научно-практический журнал. - 2006.- № 1. – С. 83-87.

8. Чопра, Д. Совершенное здоровье. / Д. Чопра - 1995.- С. 432.

9. Юдин, Б.Г.Здоровье человека как предмет междисциплинарного знания / Б.Г.Юдин, Г.Б. Степанова // Главврач: Ежемесячный научно-практический журнал. - 2004 - №6.- С. 87.

УДК81’271.2:004.738.5

РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ В ИНТЕРНЕТЕ

С.С.Мунаварова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков
Научный руководитель: к.филол.н., доц.С.В. Волынкина

В настоящее время в мире существует довольно много средств, форм и способов общения, и немалая часть из них так или иначе связана с современными техническими возможностями, которые, в частности, представлены использованием глобальной компьютерной сети.Возникновение и развитие цифровых и компьютерных технологий, а впоследствии массовое распространение персональных компьютеров открыли новый вид взаимодействия «человек – компьютер»; развитие сети Интернет добавило в свою очередь возможность коммуникации «человек – компьютер – человек».Таким образом, Интернет превратился в полноценный источник всевозможной полезной информации, а также стал чуть ли не основной формой общения.

Актуальность предлагаемого исследования обусловлена стремительным развитием технологий и Интернет-коммуникаций, которые имеют серьёзное влияние на формирование сознания людей.

Объектом исследования является язык популярной социальной сети «Вконтакте»; предметом служат особенности проявления речевого этикета в Интернет-общении.

Цель работы – определение особенностей речевого этикета в глобальной сети Интернет.Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1) изучить научные источники, описывающие и раскрывающие понятие речевого этикета, историю его развития;

2) рассмотреть понятие речевого этикета в Интернете;

3) проанализировать сообщения пользователей социальной сети для определения особенностей речевого этикета.

Слово «этикет» впервые было употреблено в современном его значении на приеме при дворе короля Франции Людовика XIV, во время которого гостям были розданы карточки (этикетки) с изложением того, как они должны держаться.Этикетки при дворе французского короля были одним из первых документов, закрепивших речевой этикет как систему норм и правил общения.Э.В. Арова в книге «Будьте добры» рассказывает, что древнейшие сведения об этикете содержатся уже в «Поучениях Кагемни фараону Снофри», которым около пяти тысяч лет [1].

Одно из наиболее известных определений речевого этикета было сформулировано Л.А. Введенской: «Этикет представляет собой совокупность принятых правил, определяющих порядок какой-либо деятельности» [2].

Естественно, что этикет и речь связанысамым тесным образом. В. Е. Гольдин так описывает эту связь: «Манера речи, стиль, разрешение или запрет говорить одно и не говорить другое, выбор языковых средств как помета своей принадлежности к среде – все это заметно в наших повседневных речевых проявлениях»[3].Речевой этикет представляет собой широкую область стереотипов общения.В процессе воспитания человек, становясь личностью и все более совершенно овладевая языком, познает и этические нормы взаимоотношений с окружающими, в том числе и речевых взаимоотношений, иначе говоря, овладевает культурой общения. Но для этого надо ориентироваться в ситуации общения, строить текст в соответствии со стилистическими нормами, владеть устными и письменными формами общения, а также всей гаммой невербальных средств коммуникации.

Существует множество классификаций речевого этикета. Одна из них представлена Н.И. Формановской. В этой классификации речевой этикет рассматривается в аспекте трёх этапов общения: 1) начало разговора; 2) основная часть; 3) заключение[4].

В основе нашей работы лежит именно эта классификация. Рассмотрим реализацию этикетных жанров в Интернете на каждом из этапов коммуникации.

Начало разговора, реализованное в виртуальном пространстве социальных сетей, имеет ряд особенностей:

1. Выпадение групп согласных (Драсти!Дарова!);
2. Намеренное нарушение орфографических норм (Пасибо! Пасиба! Прива!);
3. Употребление в речи уменьшительно-ласкательных аффиксов (Приветики!Приветульки!);
4. Замена речевого приветствия (обращения) графическими изображениями (смайлами):☺;
5. Игнорирование приветствия, начало разговора без коммуникативно настраивающих (располагающих к беседе) языковых средств, «без предисловий», – непосредственно с основной части.

В реальной жизни такого плана общение, начатое без приветствий и обращений, игнорирующее фатическую функцию языка, недопустимо. Участниками коммуникации оно квалифицируется как невежливое, грубое, не способствующее эффективному общению и достижению поставленных коммуникативных задач. В условиях виртуальной реальности это одна из наиболее часто используемых форм начала разговора. Неловкости и смущения позволяет избежать визуальное отсутствие собеседника, а желание выразить свои желания напрямую и в краткие сроки получить ответ реализуется здесь в полной мере.

6. Использование иностранных слов в русской раскладке. Очень гармонично для общения в Интернет-среде. Соцсеть, Интернет, да и компьютер как объект «новой реальности» имеют не местное происхождение. Мода на западные вещи, слова, образ жизни вообще, способствует использованию латиницы для написания русских слов. Проявления этой тенденции регулярны и для речевого этикета в его виртуальной форме.

7. Замена прописной буквы на строчную в уважительном Вы-обращении. К официальному лицу автор текста уважительно обращается на Вы, но при этом в написании утрачивается прописная «В». Можно предположить, что так реализуется характерная для виртуального общения тенденция к разговорности. В данном случае необходимо констатировать нарушение предписанных в русском речевом этикете правил общения.

8. Использование никнейма в самопрезентации автора страницы соцсети.Никнэйм как явление виртуальной реальности имеет причиной две противоположные (разнонаправленные) установки: 1) стремление скрыть, закодировать, сделать тайной информацию о себе, что усложняет поиск человека для не желаемых, «не угодных» автору собеседников, избавляет его от ненужных контактов; 2) желание

позиционировать себя определённым образом, высветив ту сторону личности, которую сам хозяин веб-страницы считает наиболее важной.

10. Использование статуса в соцсети как реклама товара или услуги, предлагаемой автором.

11. Запрос на общение с использованием звукоподражания «тук-тук», взятого из реальной, «живой» коммуникации. Примеры подобного типа демонстрируют преодоление пишущим «виртуальной двери» для установления контакта с собеседником.

12. Придание оттенка торжественности, важности сообщаемому через выбор особой формы обращения: *други, други мои, други мои любимые*. Реализованная здесь форма привлечения внимания является сигналом к тому, что следующая за этим обращением информация, вероятно, будет очень важной, значимой для запрашивающего общение лица.

В основной части Интернет-общения также используются высказывания этикетного типа. Это реплики, реализующие речевые жанры просьбы, поздравления, пожелания, благодарности, извинения. Этикетные формы этих высказываний хорошо и подробно описаны в многочисленных пособиях по речевому этикету. Рассмотрим, каким изменениям подверглись данные высказывания в сфере Интернет-общения.

1. Использование виртуального «крика о помощи» как реализация жанра просьбы.

Естественно, что виртуальный «крик», как и крик реальный, необходим говорящему для привлечения внимания, мгновенной реакции со стороны собеседника, как правило, молниеносных действий, быстрого реагирования. Эти высказывания реализуют императивную интенцию, а в качестве вспомогательного средства выступают этикетные слова и выражения. В виртуальном пространстве специфика их реализации такова, что этикетная (сглаживающая, настраивающая) часть и вовсе утрачивается, остаётся открытый призыв к действию.

2. Использование заимствованной лексики как веяние современной моды.

3. Использование лексического повтора в жанрах приветствия, прощания, извинения, благодарности: привет-привет, пока-пока, прости-прости-прости, спасибо-спасибо-спасибо.

Англо-американская форма прощания (бай-бай), пришедшая в русский язык вместе с другими западными словами, нашла реализацию в русских этикетных формах аналогичными повторениями. Использование подобных лексических повторов в речи взрослых людей – демонстрация инфантильного поведения. В связи с этим многочисленные повторения выбираются как способ усиления сообщаемого (чрезмерное проявление радости от встречи

(*привет-привет*), бОльшая степень выраженности извинения – самоуничижение (*ну, прости-прости- прости меня!*) и прочие проявления «невзрослой» экспрессии).

4. Использование эвфемизмов в вынесении оценок адресату и третьим лицам.Цель этих высказываний традиционна для эвфемизмов в целом – стремление не обидеть, не задеть чувства собеседника.

5. Слова и выражения так называемой «анимэшной тематики» в выражении этикетно-оценочной функции языка – жанрах похвалы и комплимента*(ми-ми-ми / ми-ми-мишечка - няшка / няшечка).*В качестве причин употребления подобных слов можно назвать интерес к культуре аниме, подражание героям японских мультфильмов, развитое в России фандвижение, а также являющееся следствием этой моды инфантильное поведение современной молодёжи. Следует отметить, что «детскость» в речи в форме многочисленных уменьшительно-ласкательных суффиксов фиксируется как среди женщин, так и в речи представителей «сильного пола».

6. Замена русскоязычных имён собственных англо-американскими или европейскими аналогами:Антон – Тони; Сергей – Серж; Анна – Ании др.Здесь наиболее ярко отражена тенденция следовать моде – моде на западное, «иное». Утрата любви и уважения к родной культуре, родному языку в этих примерах реализует выбор в оппозиции «свой» – «чужой» в пользу чужого.

7. Использование особых форм Интернет-поздравлений:С Днюхой!С ДР!С НГ!Практически во всех высказываниях поздравительного характера отмечается использование сокращений (аббревиация) и заимствованной лексики. И если первое в реальном общении невозможно, то использование второго регулярно.

8. Наличие анимированных (осложнённых) способов выражения благодарности в Интернете, а также традиционных для веб-пространства аббревиатур и заимствований: СПС, респекти пр.

9. Использование особых форм Интернет-извинений:Прости–прости–прости) Ядура / дурак(выраженное самообличение, самоуничижение) + обещание исправиться самому (Я больше так не буду) или исправить сложившуюся неприятную ситуацию (Я всё решу / налажу / исправлю).

10. Использование в виртуальной коммуникации перформативов:Поздравляю!Прощаю!

11. Смайлики как опознавательные знаки при определении чувств, эмоций человека. Коммуникация без них в Интернет-пространстве на сегодняшний день не представляется возможной. Отсутствие дорисованных «улыбочек» воспринимается

адресатом как проявления грубости или равнодушия, нарушает коммуникацию, квалифицируется как нарушение этикета – невежливое речевое поведение.

И наконец, заключительная часть в этикетном Интернет-обращении представлена следующими особенностями:

1. Стандартные формулы прощания: Удачи! Сладких снов! Всего доброго! Всего!

2. Использование смайлов, гифов, аудио- и видеозаписей.

3. Обрывание разговора, отсутствие эксплицитного завершения диалога. Предположительно этот приём используется автором сообщения с целью устранить временнОе несоответствие между реальным и виртуальным временем, откладывание диалога с целью продолжить его на следующий день.

Таким образом, стремительное развитие технологий и растущая популярность Интернет-коммуникаций оказывают значительное влияние на реализацию речевого этикета и формирование сознания людей. Выявленные в ходе исследования особенности можно объяснить рядом причин, среди которых наиболее существенными представляются следующие: 1) наличие многоканальности, выраженное в форме одновременного ведения многочисленных параллельных диалогов; 2) экономия времени и сил; 3) недостаточная эмоциональная вовлечённость в коммуникацию; 4) стремление привлечь внимание (виртуальный эгоизм); 4) использование виртуального канала для продвижения собственного товара или услуги;5)уход от реального мира, стремление скрыться за виртуальным образом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арова, Э.В. Будьте добры / Э.В. Арова. – Минск: Полымя, 1982. – 160 с.

2. Введенская, Л.А. Культура и искусство речи. Современная риторика / Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова. – Ростов н/Д: Феникс, 1996. – 576 с.

3. Гольдин, В.Е. Речь и этикет / В.Е. Гольдин. – М.: Просвещение, 1982. – 109 с.

4. Формановская, Н.И. Речевой этикет и культура общения / Н.И. Формановская. – М.: Высшая школа, 1989. – 159 с.

УДК: 612.013.7612.73/.74]:796

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕХАНИЗМОВ ЭНЕРГОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРЕБЦОВ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАМНОГО КОМПЛЕКСА Д-ТЕСТ

А.Н. Мурашко, А.В. Ветрова

УО «Гомельский Государственный Медицинский Университет», Беларусь

«Гомельский областной межведомственный научно-практический центр спортивной медицины»
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель доцент, к.б.н., доц. Штаненко Н.И.

Эффективная тренировка, ведущая к высоким достижениям, возможна только при хорошем знании и правильном применении принципов энергообеспечения физической деятельности. Функциональные изменения в организме спортсмена зависят от характера физической нагрузки. Если работа совершается с относительно постоянной мощностью (что характерно для циклических упражнений, выполняемых на средних и длинных дистанциях), то степень функциональных сдвигов зависит от уровня ее мощности. Чем больше мощность работы, тем больше нагрузка на сердечно-сосудистую систему. Для спортсменов важен правильный баланс аэробных и анаэробных тренировок. Фосфатная система активируется во время спринтерской (скоростной) дистанции, следовательно тренировка на скорость является анаэробной и алактатной. Работа фосфатной системы подразумевает расщепление АТФ с последующим его ресинтезом за счет креатин-фосфата, которые протекают в первые 20-30 с. интенсивной нагрузки. Тренировка кислородной системы предусматривает тренировку на выносливость, то есть нагрузки, выполняющиеся с субмаксимальной мощностью в течение относительно длительного времени. Во время тренировок на выносливость (аэробных тренировок) накопления молочной кислоты не происходит. В самом начале любого упражнения, в независимости от интенсивности нагрузки, энергообеспечение происходит только анаэробным путем. Каждый раз организму требуется несколько минут для того, чтобы аэробная система полностью включилась в работу, т.е. для адаптации ССС и дыхательной системы к условиям нагрузки. До тех пор энергия для мышечной работы получается посредством анаэробного алактатного механизма, время действия которого – первые 2-3 мин нагрузки.

Эти изменения имеют индивидуальные особенности, которые зависят от уровня работоспособности и спортивного мастерства [1].

Цель исследования: дать оценку энергетическому обеспечению мышечной деятельности спортсменов в период предсоревновательной подготовки.

Задачи исследования:проследить динамику изменений показателей спортсменов во время тренировок в разные виды тренировок.

Материалы и методы исследования:исследование проводилось на 6 спортсменках, участниц национальной сборной по гребле на байдарках и каноэ, мастерах спорта международного класса с помощью аппаратно-програмного комплекса Д-тест,

предназначенного для оценки основных механизмов энергетического обеспечения. С целью сравнения были выбраны такие показатели Д-теста, как анаэробный гликолиз, анаэробная мощность, общая метаболическая емкость, максимальное потребление кислорода (МПК), частота сердечных сокращений (ЧСС), ЧСС МПК и ЧСС ПАНО, значения креатин-фосфата. Исследования проводились в период подготовки к международным соревнованиям. Измерение показателей спортсменок проходило до и после силовых и скоростно-силовых, а также восстановительных тренировок в разные дни недели. Обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Для описательной статистики были использованы непараметрические показатели, $p<0.05$. Полученные при исследовании результаты были также сравнены с нормами, предложенными Душаниным, которые он получил в результате методики многофункциональной экспресс-диагностики.

Результаты проведенной работы приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Аэробные и анаэробные показатели спортсменок до и после тренировок. Данные представлены в виде медианы, $p>0,05$.

Показатель, %	Силовая		Восстановительная	Скоростно-силовая	
Время измерения	До	После	До	До	После
Креатин-фосфат	49,1	48,25*	46,75*	49,94*	47,65*
Гликолиз	41,2	45,6*	43,8*	41,2	44,4*
Аэробная мощность	57,9	58,4*	58,35*	58	56,65*
Анаэробный фонд	146,3	145,7	142,4*	147,4*	144,7*
Индекс ПАНО	58,3	56,9*	58,25	58,2	57,2*
ОМЕ	210,2	211,3	210,3*	206,7*	205,1*
ЧСС ПАНО	156,6	161,05	160,2*	157	157,7*
Аэробный индекс	33,6	32,15	33,1	32,9	32,1
МПК	63,7	62*	66,45*	63,9	62,25*
ЧСС МПК	170,7	175,5*	174,6*	171,1	171,2

Примечание: * - достоверная корреляция показателей.

При анализе данных таблицы было выяснено:

1. В течение скоростно-силовой и силовой тренировки происходит снижение показателей анаэробно-креатинфосфатного механизма (механизм «взрывной силы»), более значительны эти изменения во время скоростно-силовой тренировки (1,84% и 0,85% соответственно). При сравнении с нормами Душанина данный показатель находится в пределах среднего для спортсменов уровня.

2. Анаэробно-гликолитический механизм является характеристикой скорости выполнения спортсменками упражнений. Показатель гликолиза спортсменок в течение силовой тренировки возрастает больше, чем при скоростно-силовой тренировке (4,4% и 3,2%) и находится в рамках среднего уровня.

3. Термин «аэробная мощность» используется в физиологии мышечной деятельности для обозначения способности выполнять высокоинтенсивную физическую нагрузку, энергообеспечение которой осуществляется преимущественно аэробным путем, фактически характеризует выносливость спортсменок. Показатели механизма аэробной мощности в течение силовой тренировки возрастают на 0,5%, а в течение скоростно-силовой - снижаются на 1,45%, что показывает на уменьшение доли аэробных процессов в организме спортсменок. Показатели механизма до и после тренировок находятся ниже нормы.

4. Общая метаболическая емкость (ОМЕ)это то общее количество АТФ, которое может быть получено в механизме ресинтеза АТФ за счет запасов энергетических субстратов. Емкость лимитирует объем выполняемой работы. Общая метаболическая емкость характеризует способность спортсменок противостоять утомлению. Данный показатель увеличивается после силовой тренировки на 1,1%, а после скоростно-силовой снижается на 1,6%. ОМЕ спортсменок находится на очень высоком уровне и значительно превышает предложенные Душаниным средние значения для данного показателя.

5. ЧСС ПАНО - показатель частоты сердечных сокращений на уровне порога анаэробного обмена. Повышение этого показателя у спортсменок происходит на 4,45 уд/мин после силовой тренировки, а после скоростно-силовой тренировки данный показатель изменяется незначительно, так как тренировка проводилась в анаэробной зоне. ЧСС ПАНО до и после тренировок находится выше нормы (выше 160 уд/мин).

6. МПК - это наибольшее количество кислорода, выраженное в миллилитрах, которое человек способен потреблять в течение 1 мин. Максимальное потребление кислорода зависит от массы рабочей мускулатуры, состояния системы транспорта кислорода и отражает общую физическую работоспособность спортсмена [1]. МПК снижается в течение силовой тренировки на 1,7, в течение скоростно-силовой – на 1,65. Показатель МПК до и после тренировок находится на среднем уровне.

7. Показатели креатин-фосфата у спортсменок до тренировки по понедельникам и четвергам (силовая и скоростно-силовая тренировки, соответственно) выше, чем по средам (восстановительная тренировка). Обратную связь имеет показатель анаэробного гликолиза. Это объясняется тем, что перед силовой тренировкой спортсменки имели двухдневный отдых, а перед скоростно-силовой – восстановительную тренировку. Самые высокие начальные ЧСС и МПК наблюдаются перед восстановительной тренировкой.

8. Общая метаболическая емкость, индекс ПАНО исследуемых снижаются в течение недели, что может объясняться утомлением организма спортсменок.

Заключение

Характер физиологических сдвигов определяется направленностью тренировочного процесса на быстроту, силу или выносливость, особенностями двигательных навыков, величиной нагрузки на отдельные мышечные группы и т.п. Тренировочные эффекты специфичны и зависят от объема физической нагрузки, ее длительности, интенсивности и частоты. При одинаковых физических нагрузках организмы различных людей отличаются по величине и скорости изменений функциональной подготовленности, т.е. по тренированности[1].

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что уровень ОМЕ спортсменок находится намного выше нормы и показывает, что тренировки для них подобранны грамотно и способствовали выработке профессиональной устойчивости к утомлению. Также это говорит о наличии у спортсменок механизма экономии энергетических ресурсов во время тренировок, который препятствует быстрой изнашиваемости организма. Многие показатели спортсменок находятся на верхней границе среднего. Повышенный показатель МПК характеризует высокое значение общей физической работоспособности, которая осуществляется за счет восстановительной тренировки

Многие спортсмены не отдают должного значения сигналам своего организма, в соответствии с которыми они могли бы вносить изменения в свою тренировочную программу. Несогласованность аэробных и анаэробных процессов, как правило, приводит к неудовлетворительным результатам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Янсен,П. ЧСС, лактат и тренировки на выносливость: пер. с англ. / П. Янсен. – Мурманск: Издательство "Тулома", 2006.– №1. – С. 14-16.

УДК 616-091.8

ВЫЯВЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭПУЛИСОВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Е.М. Мусорина

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера

Кафедра патологической анатомии с секционным курсом

Научный руководитель: асс. М.А. Карелин

Эпулис - доброкачественное опухолеподобное образование, возникающее в результате разрастания мягких тканей на альвеолярных отростках челюстей.Эпулис обычно возникает в местах хронического раздражения краев десны. Ввиду весьма разнообразного гистологического строения эпулисов и различного понимания сути этого заболевания считается, что эпулис — понятие собирательное, объединяющее различные по своей природе опухоли и опухолеподобные образования. Принята гистологическая характеристика эпулисов, которая условно различает три их формы: фиброзную, ангиоматозную и гигантоклеточную.

Цель исследования -выявление частоты встречаемости различных форм эпулисов среди взрослого населения на стоматологическом хирургическом приеме.

Для выявления частоты встречаемости эпулисов нами были проанализированы данные гистологического исследования, выполненные в ПАО №3, ГАУЗ ПК «Клиническое патологоанатомическое бюро» г.Перми, от пациентов, обратившихся в стоматологические клиники по поводу различной патологии.Возраст больных варьировался от 23х до 82х лет (средний возраст 52,5 лет).Нами были изучены результаты 379 исследований за два полных календарных года.

Общее количество исследуемого материала с данной патологией составило 7,9% от общего числа гистологическихисследований от пациентов стоматлогических клиник.

Среди всех форм эпулисов в преобладающем большинстве определялась фиброзная – 5,8% от общего числа всего полученного для исследования стоматологическогоматериала и 73,3%от количества материала с данной патологией. Гигантоклеточная форма была выявлена в 1,6% случаев, что составило 20% от общего числа всех форм эпулисов. Ангиоматозный эпулис встречался в 0,5% случаев от общего числа гистологических исследований от пациентов стоматологических клиник, что составило 6,7% от общего числа выявленных эпулисов (рисунок.1).

Анализируя полученные результаты в ходе нашего исследования, было установлено, что данный вид патологии в 83,3% случаев встречается у женщин и только в 16,7% случаев - у мужчин.

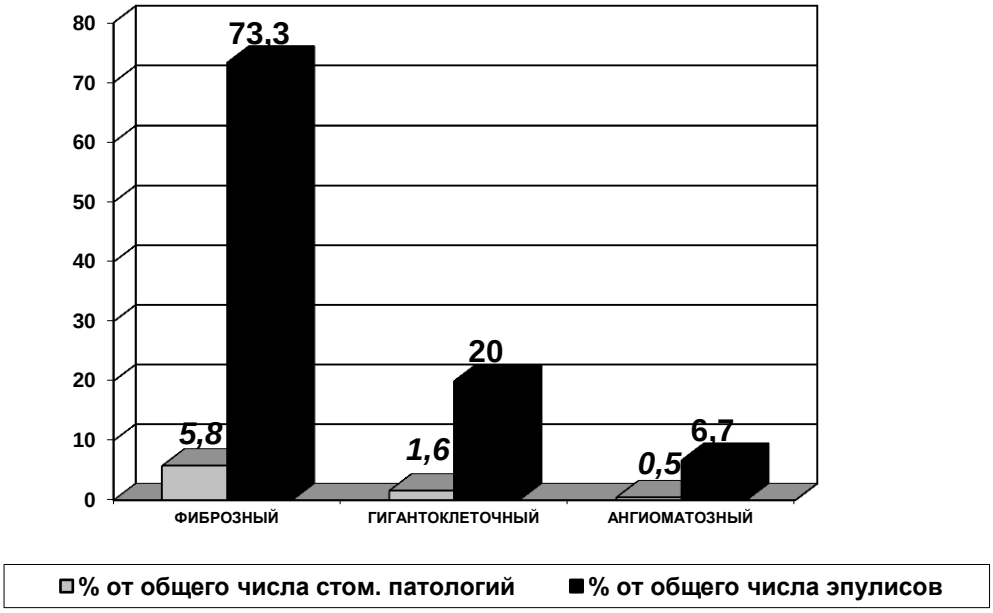


Рисунок 1– Частота встречаемости различных форм эпулисов среди общего числа исследуемого стоматологического материала и среди общего числа выявленных эпулисов.

Возраст большинства пациентов, у которых были обнаружены эпулисы (рисунок 2) – 43,3%,попадал в промежуток35-65 лет. На втором месте расположилась возрастная группа до 35 лет – 30%. Возрастная группа 75 - 85 лет составила 16,7%. Меньше всего данной патологией страдают люди в возрасте от 65 до 75 лет. Доля таких пациентов в нашем исследовании составила 10%.

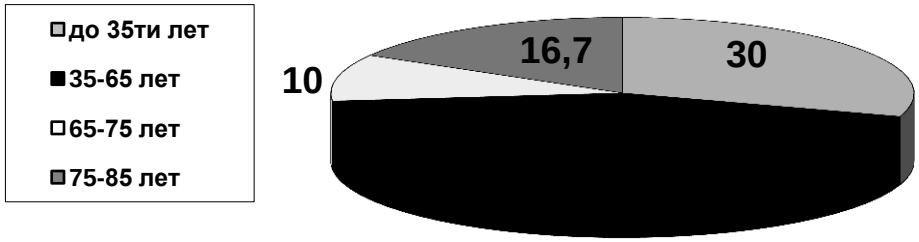


Рисунок 2– Частота встречаемости эпулисов среди различных возрастных групп, % от общего числа пациентов с данной патологией

Таким образом, на примере г. Пермивыявлена частота встречаемости различных форм эпулисов среди взрослого населения на стоматологическом хирургическом приеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Терапевтическая стоматология. / Е.В.Боровский, Ю.Д.Барышева, Ю.М. Максимовский и др. – М.: Техлит, 1997.

2. Пальцев,М.А. Патологическая анатомия: национальное руководство. / М.А.Пальцев, Л.В.Кактурский, О.В. Зайратьянц – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

3. Струков,А.И. Патологическая анатомия. / А.И.Струков, В.В. Серов – М.: Медицина, 1985.

УДК:616.523-022:575.174.015.3

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К ХРОНИЗАЦИИ И РЕЦИДИВИРОВАНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

А.В. Мустафаева,Н.А.Дедюк, А.В. Муравьёва, Ю.С. Панина

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, к.м.н., доц. Т.Е. Попова

Герпесвирусная инфекция - инфекционный процесс, возбудителем, которого является вирус простого герпеса (ВПГ). ВПГ поражает кожу и слизистые оболочки, центральную нервную систему и, редко, внутренние органы [1].Характерная особенность ВПГ-инфекции - бессимптомное (скрытое) протекание заболевания (20% случаев), когда на протяжении всей жизни человека вирус герпеса в неактивном состоянии находится в спинномозговых узлах. Около 20% инфицированных вирусом простого герпеса страдают формой, для которой характерны частые рецидивы. На развитие острой инфекции организм отвечает иммунным пртиовосполительным ответом, от силы которого зависит исход острой инфекции: выздоровление или хронизация. Силу иммунного ответа обеспечивают в том числе цитокин. Один из них IL1ß - провоспалительный цитокин [2].По механизму действия он обеспечивает мобилизацию воспалительного ответ. Ген, кодирующий данный цитокин, расположен во 2-ой хромосоме.

Неоднократные, представленные в научной литературе, доказательства позволили предположить, что генетические факторы принимают участие в контроле ответной

иммунной реакции организма при хронизации и рецидивированиигерпесвирусной нейроинфекции, что побудило нас к проведению настоящего исследования [3]. В исследованиях на животной модели показано, что IL-1β может играть определенную роль в повышении или снижении иммунного ответа. Про воспалительные цитокины могут играть важную роль в хронизации и рецидивировании хронической герпесвирусной инфекции. В исследованиях российских авторов показано, что мутантные высоко продуцирующие полиморфные аллельные варианты *3954*C* и *511*C* гена *IL1ß* повышают иммунныйпровоспалительныйответ.

Из-за высокой частоты встречаемости вируса герпеса в популяции человека информация о генетической предрасположенности к хронизации и рецидивированиюгерпесвирусной инфекции позволит скорректировать образ жизни, исключив факторы риска, а также вовремя проводить профилактическое лечение.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости и прогностическую роль ассоциаций высокопродуцирующих полиморфизмов промотора регионов *-511 C>T (rs16944) и -3954 C>T (rs1143644) гена IL1ß* в развитии хронической герпесвирусной нейроинфекцией

Задачи исследования:

1. Исследовать частоту встречаемости полиморфных аллельных вариантов гена *IL1ß* у пациентов с герпесвирусной инфекцией.
2. Оценить проконвульсантный эффект ассоциированного носительства мутантных аллельных вариантов промотора гена провоспалительного цитокина IL-1ß в регионах *-511 C>T (rs16944)* и *-3954 C>T (rs1143644).*

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)

Обследовано 97 человек. 1 группа – пациенты с хронической герпесвирусной инфекцией. 2 группа – пациенты без хронической герпесвирусной инфекции**.** Среди обследованных 42 мужчины, средний возраст 27±0,98 [25;29] лет, и 55 женщин, средний возраст 35±0.72 [33;36]лет.

Приборы для проведения полимеразной цепной реакции Real-time Rotor-Gene модели 62НО-100 (Corbett Research Pty Ltd., Австралия).

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7 (StatSoft, США). Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро-Уилкса. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95% доверительный интервал (ДИ). Для сравнения параметрических (количество нормально распределенных признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента с учетом параметра равенства дисперсий. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

Установлено, что частота встречаемости генотипов *CC, CT, TT* гена *IL1β* в локусе *-3954 C>T (rs1143644)* в 1 группе наблюдения составила 56%, 32%, 12%, соответственно; во 2 группе наблюдения 36%, 44%, 20%, соответственно. Частота встречаемости высокопродуцирующегоаллеля *C гена *IL1β* в 1 группе наблюдения была выше (56% против 36%, $p<0,05$).

Частота встречаемости генотипов *CC, CT, TT* гена *IL1β* в локусе *-511 C>T (rs16944)* в 1 группе наблюдения составила 52%, 35%, 14%, соответственно; во 2 группе наблюдения – 44%, 48%, 8%,соответственно. По высокопродуцирующемуаллелю*C гена *IL1β* в 1 группе наблюдения частота встречаемости была выше(52% против 44%, $p<0,05$).Частота встречаемости ассоциаций гомозиготного носительства высокопродуцирующих (мутантных) полиморфных аллельных вариантов *3954*C* и *511*C* гена *IL1β* в 1 группе наблюдения была также выше (32% против 8%$p<0,05$).

Таким образом, выявленаассоциация гомозиготногоносительства высокопродуцирующих полиморфных аллельных вариантов *-3954*C*и *-511*C* гена *IL1β*провоспалительного цитокинана хронизацию и рецидивированиегерпесвиирусной инфекции. Исследование нуждается в продолжении с увеличением объёма выборки для расчета отношения шансов и оценки риска хронизации и рецидивированиягерпесвирусной инфекции с целью поиска новых путей профилактики имуннокомпрементированных состояний, вызванных вирусом герпеса, включая применение ингибиторов активности провоспалительного цитокина IL-1ß.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Параинфекционныйлимбический энцефалит, ассоциированный с вирусами семейства Herpesviridae /Н.А.Шнайдер, Ю.С.Панина, Д.В.Дмитренко и др.// Проблемы женского здоровья. – 2014. – № 1. – С.58-69.

2. Roleofpolymorphismsofgeneil1ß inparainfectionalsymptomatictemporal lobe epilepsy development/Yu.S.Panina, A.V.Muravyova, N.A.Shnayder, N.V. Terskova// 2nd pan-slavic congress of child neurology. – Yekaterinburg. – 2014. – P.77-78.

3. Terskova, N.V.Polymorphism of interleukin-1 gene and susceptibility to chronic adenoiditis development at children of Siberia / N.V.Terskova, N.A.Shnayder, S.G. Vakhrushev // Medical and Health Science Journal. – 2013. – Vol. 14 (2). –P. 35-41.

УДК 615.23-052

ФОРМИРОВАНИЕ ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

И.А. Мутовина

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

Фармацевтический колледж

Научный руководитель: к.м.н., ст. преп. Т.В. Потупчик

Грипп и другие острые респираторные заболевания (ОРЗ) 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 другиеострые респираторные заболевания наносят большой экономический ущерб и продолжают оставаться самой серьезной медицинской и социально-экономической проблемой [1].

При ОРЗ практически всегда развивается симптомокомплекс, обусловленный поражением слизистой оболочки дыхательных путей на различных ее уровнях (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит). Очень частым симптомом ОРЗ является повышение температуры тела, что вызывает серьезное беспокойство и становится наиболее частой причиной обращения к врачу [4].

Факторами развития серьезных осложненийгриппа 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 острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ): антивирусные химиопрепараты этиотропного действия, иммунотропные 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:сформировать портрет потребителей лекарственных средств, применяемых при острых респираторных заболеваниях.

Задачи:

1) дать оценку состоянию здоровья студентов

2) оценить информированностьстудентов о лекарственных средствах

3) определить уровень медицинской культуры и качества жизни обучающихся.

Для проведения исследования нами была разработана анкета потребителей лекарственных средств. В исследовании приняли участие студенты в возрасте от 15 до 25 лет, женского пола - 83%, мужского пола - 17%, которые были разделены на 2 группы: основная – студенты Фармацевтического колледжа (ФК), отделения «Фармация» в количестве 50 человек и группа сравнения – студенты КрасГМУ, лечебного и педиатрического факультета в количестве 50 человек. Методом анкетирования проведена оценка состояния здоровья и информированности о лекарственных средствах, уровне

медицинской культуры и качестве жизни студентов. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 forWindows».

Оценивая уровень своего здоровья, 52% студентов обеих групп считают его хорошим, удовлетворительным - 40% студентов ФК и 44% студентов КрасГМУ. Значительно меньшее количество студентовФКи КрасГМУ оценивают состояние своего здоровья как плохое (8-4%). Имеют хронические заболевания 36% студентов и ФК 32 % - КрасГМУ. Студенты болеют простудными заболеваниями чаще 2 -3 раз в год (46-60%). 86% студентов и ФК 96% студентов КрасГМУ обращаются при простудных заболеваниях к врачу. При этом 69,4% студентовФК и 72 % КрасГМУ обращаются к врачу, когда станет плохо;8% студентов ФК и 6% студентов КрасГМУ обращаются к врачу при повышении температуры. В первый день обращаются 2 % учащихся ФК и 4% учащихся КрасГМУ.

При оценке информированности студентов о лекарственных средствах, применяемых при ОРЗ, было выявлено, что пользуются противовирусными лекарственными препаратами в обеих группах одинаково по 80 % студентов ФК и КрасГМУ. 20% обучающихся ФК и 30 % Крас ГМУ при ОРЗ применяют антибиотики. Жаропонижающие препараты применяют 50 % студентов ФК и 32 %КрасГМУ. 68 % студентов ФК и 62% КрасГМУ пользуются средствами для облегчения симптомов простуды (Тера-Флю, Колдрекс и др.). Интраназальные средства (капли в нос, спреи) применяют 62 % студентов ФК и 66% КрасГМУ. Отхаркивающие (муколитики) или противокашлевые лекарственные средства применяют 44% обучающихся ФК и 34 % КрасГМУ. Средства народной медицины студенты используют значительно реже (16-18%).

Из противовирусных препаратов чаще всего при ОРЗ студенты применяют «Арбидол» (38-40%),реже - «Ингавирин» (22-26%), «Ремантадин» (20-22%), «Ацикловир» (24-40%).Для профилактики и в период эпидемии ОРЗ используют противовирусную терапию 20,4% студентовФКи 28%КрасГМУ. Не всегда, но применяют противовирусные препараты для профилактики ОРЗ 24,5% студентов ФК и 30%КрасГМУ. При применении противовирусных препаратовосновная масса студентов (96-94%) не отмечали побочных действий. 4-6 % студентов указывали при анкетировании обаллергической реакции на «Арбидол».Профилактические прививки от гриппа делают 37,5 % студентовФК и 60 %КрасГМУ.

При самостоятельном применении лекарств, практически все студенты читают листки-вкладыши к лекарственным препаратам. При этом применение и способ приёма лекарств интересует 90% студентов ФК и 84% КрасГМУ. Сведения о фармакодинамике лекарственного препарата изучают 60 % студентов ФК и 76 % КрасГМУ. Противопоказания

и побочные действия достоверно чаще интересуют студентов КрасГМУ (92%) и в меньшей степени студентов ФК (74%) (p=0,0166).Лечебный эффект интересует несколько чаще обучающихся КрасГМУ(62 %) в сравнении со студентами ФК (52%). Взаимодействие с другими лекарственными препаратами значительно чаще изучают студенты КрасГМУ (52%), реже - студенты ФК (22%) (p=0,0019). Взаимодействие лекарственных препаратов с пищей несколько чаще интересует студентов КрасГМУ (42%) и реже (28%) студентов ФК. Удобство приёма лекарственного препарата важно в большей степени для студентов ФК (80%) и в меньшей степени студентов КрасГМУ (57,1%) (p=0,0142). При анкетировании большая часть студентовФК и КрасГМУ указывали, что при покупке лекарств в аптеке для них важна цена (70-72%).

При определении уровня медицинской культуры было выявлено положительное отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) отмечали 36 % студентов ФК и 50 % КрасГМУ. Также отмечают положительное отношение к ЗОЖ, но не всегда его придерживаются 58 % студентов ФК и 50% КрасГМУ. Не придерживаются ЗОЖ 6% студентов обеих медицинских заведений. Ежедневно спортом занимаются только 10 % студентов ФК и 4% КрасГМУ, несколько раз в неделю - 40% учащихся ФК и 44%- КрасГМУ, редко 42-44% студентов соответственно, совсем не занимаются спортом 8% студентов ФК и 6% КрасГМУ.

При заболевании всегда выполняют предписания врача чаще студенты КрасГМУ(74%), реже студенты ФК (52,8%). Не выполняют вообще предписания врача 8,3% студентов ФК и 4 % КрасГМУ. Чаще всего причиной невыполнения предписаний врача объяснялось тем, что студенты предпочитают самолечение (41,2-42,9%). Не доверяют врачу 17,7% студентов ФК и 14,3% КрасГМУ.

При исследовании влияния приема лекарственных препаратов на качество жизни 82-83,7% студентов отмечали улучшение самочувствия после приема лекарств, повышение работоспособности чаще наблюдалось у студентов КрасГМУ (38%) в сравнении со студентами ФК (20%) (p=0,0473). Улучшение настроения также чаще отмечали студенты КрасГМУ (20%) в сравнении со студентами ФК (6%) (p=0,0374). Появление чувства удовлетворения встречалось среди студентов значительно реже: у 10% обучающихся ФК и 4% обучающихся КрасГМУ. Считают, что приём лекарственных средств никак не влияет на качество жизни 14% студентов ФК и 12% студентов КрасГМУ.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Уровень состояния здоровья студентов обеих групп не имело значительных различий: половина студентов расценивают уровень своего здоровья как хорошее, практически равное количество студентов имеют хронические заболевания (32-36%), ОРЗ

чаще болеют 2-3 раза в год и в основном всегда обращаются к врачу, но только 2-4% студентов обращаются к врачу своевременно.

2. При ОРЗ студенты чаще используют противовирусные препараты(80 %), значительно реже антибиотики (20-30%) и средства симптоматической терапии. Чаще всего при ОРЗ студенты применяют противовирусный препарат «Арбидол» (38-40%).С профилактической целью используют противовирусную терапию 20,4%-28%обучающихся. На взаимодействие лекарственного препарата с другими лекарственными средствами, пищей, противопоказания и побочные действия достоверно чаще обращают внимание студенты КрасГМУ, студентов ФК чаще интересует удобство приема лекарственного препарата.

3. Уровень медицинской культуры студентов в отношении приверженности к ЗОЖ и выполнениям предписаний врачанедостаточный. Большая часть студентов 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 Актуальные вопросы профилактики гриппа / В. Л Максакова, М. И. Ерофеева // Фарматека. – 2013 - №15 - С.73-78.

6. Петрова, М.М. 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. – 30 с.

7. Чучалин, А.Г. Нам есть чем противостоять вирусным пандемиям / А.Г. Чучалин // Медицинский совет. – 2012. - №1. – С.5-7.

УДК 159.922.736.4

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

А.К. Наделяева
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к.пс.н., доц. О.В. Волкова

Актуальность исследования воли и мотивации в подростковом возрасте определяется потребностями целого ряда общественных институтов, непосредственно включенных в процесс формирования и воспитания членов общества. Семья, школа, общество с каждым годом предъявляют к взрослеющему поколению все более высокие морально-этические, социально-политические, идеологические требования.

Многие ученые, исследующие психологию подросткового возраста, сосредотачивают внимание на преобладание у подростков эмоциональной сферы над мотивационно-волевой, что проявляется, например, в эмоциональной неустойчивости, раздражительности, излишней возбудимости и даже агрессивности. Поскольку жизненный опыт подростков невелик, то им свойственно стремление к самоутверждению и показу своей самостоятельности. В кругу своих ровесников они часто стремятся утвердить свое положение, показать себя людьми, имеющими большой жизненный опыт. Зачастую это связано с подражанием асоциальным формам поведения (неприятие воспитательных мероприятий).

Становление воли и мотивации учения в школьном возрасте без преувеличения можно обозначить одной из главных проблем современной школы. Её актуальность определена обновлением содержания обучения, постановкой задач формирования у школьников приёмов самостоятельной наработки знаний и познавательных процессов, формирования у них активной жизненной позиции.

Проблема становления воли и мотивации учения лежит на стыке обучения и воспитания, является важным аспектом современного обучения.

Изучение воли и мотивации деятельности подростков было выбрано потому, что именно эта деятельность является ведущей, следовательно, мотивы, побуждающие её, должны иметь существенное значение для старших школьников.

Центральное место в работе занимает исследование особенностей мотивационно-волевой регуляции детей подросткового возраста.

Выборка данного исследования представлена группой испытуемых, состоящей из 36 учащихся 10-х классов МБОУ Лицей №3 г. Красноярска. Для подтверждения эффективности психокоррекционной программы выборка разделена на контрольную и экспериментальную группы.

Объектом исследования явились соматический статус и мотивационно-волевая сфера подростков.Предмет исследования – особенности соматического статуса и мотивационно-волевой сферы личности подростков.Гипотеза исследования заключалась в следующем: специально разработанная программа, направленная на психологическую коррекцию мотивационно-волевой сферы подростков с ослабленным здоровьем, является эффективной и оказывает влияние на развитие мотивационно-волевой сферы подростков.

Основными методами исследования, стали теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных); психодиагностические методы (тестирование), а также анализ медицинских карт испытуемых.

Для проведения экспериментально-психологического исследования были выбраны следующие методики: тест «Мотивация учебной деятельности: уровни и типы» (разработка Домбровской И.С.), опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (опросник Реана), тест «Самооценка волевых качеств личности».

Первый этап исследования проводился с целью диагностики мотивационно-волевой сферы и соматического статуса испытуемых. Исходя из результатов диагностики, определены контрольная и экспериментальная группы.

Второй этап состоял из разработки и проведения коррекционной программы, направленной на коррекцию мотивационно-волевой сферы подростков с ослабленным здоровьем.

Третий этап исследования заключался в проведении повторной диагностики и оценки эффективности программы.

На основе полученных результатов исследования экспериментальной и контрольной групп, произведен сравнительный анализ.

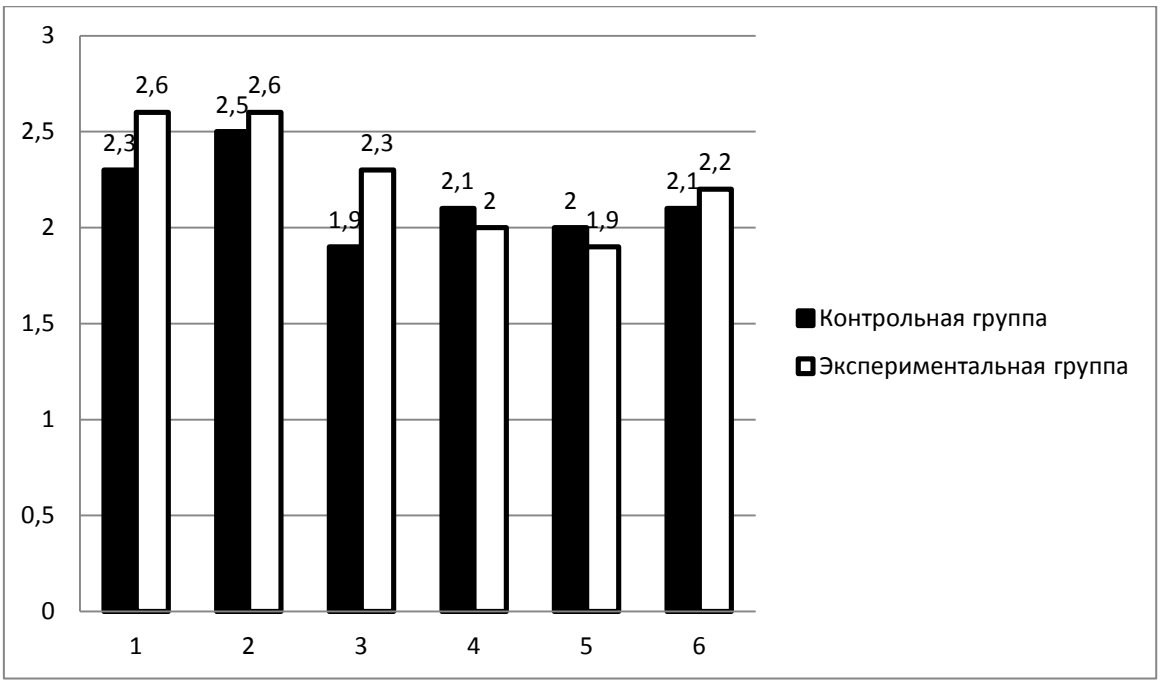


Рисунок 1 – Сравнительный анализ показателей опросника Мотивация учебной деятельности: уровни и типы (разработка Домбровской И.С.).

У испытуемых экспериментальной группы показатели мотивации учебной деятельности выше, чем у испытуемых контрольной группы. За время проведения программы значительно улучшились показатели мотивации саморазвития у экспериментальной группы.

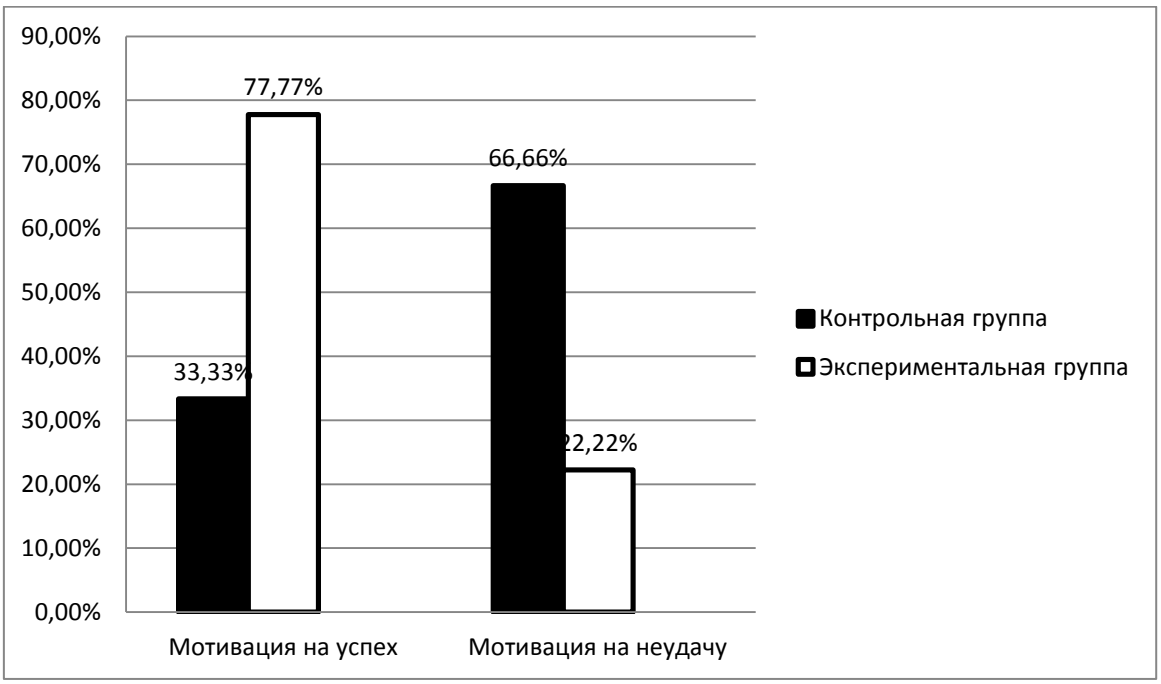


Рисунок 2 – Сравнительный анализ показателей опросника «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (опросник Реана).

Большинство испытуемых контрольной группы имеют мотивацию на неудачу, при данном виде мотивации человек уже заранее ожидает неудачи и не думает о достижении успеха, тогда как большинство испытуемых экспериментальной группы обладают мотивацией на успех, что помогает продуктивно выстраивать учебную деятельность.

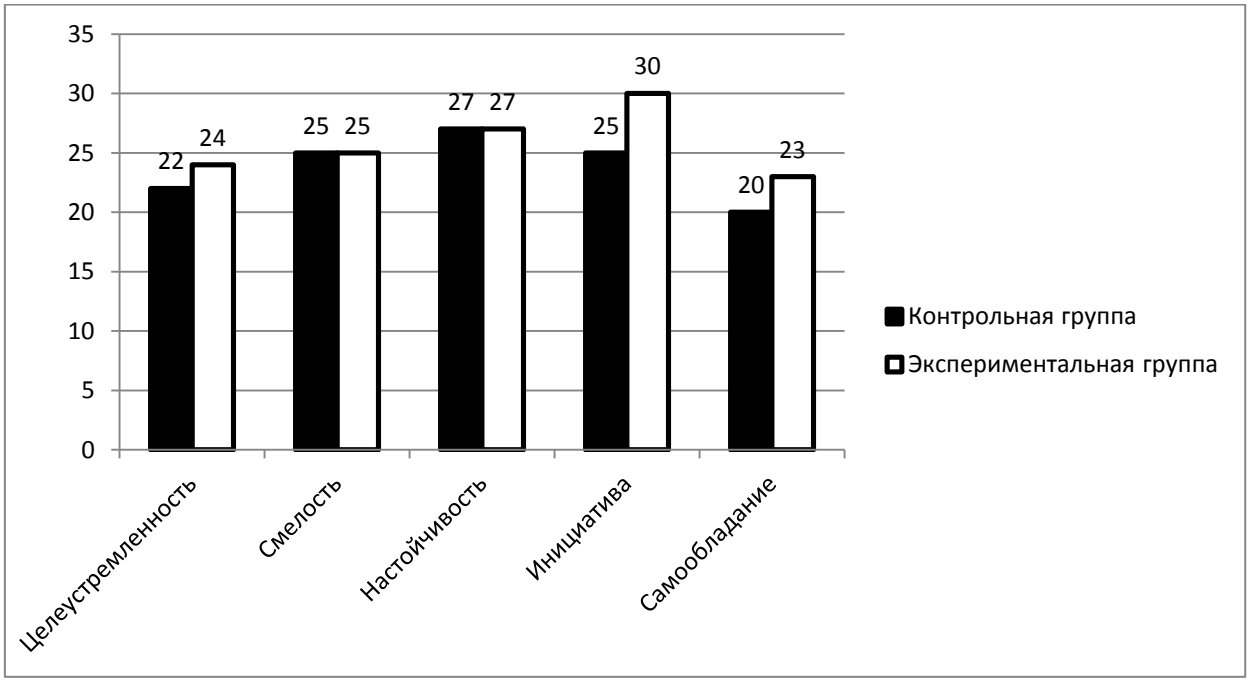


Рисунок 3 – Сравнительный анализ показателей опросника Самооценка волевых качеств.

Следует отметить, что показатели волевых качеств, таких как инициатива, самообладание и целеустремленность у экспериментальной группы повысились после проведения психокоррекционной программы.

Таким образом, с помощью сравнительного анализа результатов исследования, можно сделать вывод о том, что результаты контрольной и экспериментальной групп различны. Исходя из того, что испытуемые во время проведения программы находились вравных условия учебного учреждения, можно предполагать, что на благоприятное изменение показателей экспериментальной группы оказала влияние специально разработанная программа психологической коррекции воли и мотивации.

Делая выводы, следует отметить, что большинство показателей экспериментальной группы выше, чем показатели контрольной. У испытуемых экспериментальной группы повысились мотивация учебной деятельности, мотивация на успех, а также показатели волевых качеств. Исходя из этого, можно сделать вывод, что специально разработанная программа психологической коррекции мотивационно-волевой сферы подростков с

ослабленным здоровьем является эффективной и оказывает влияние на развитие воли и мотивации. Поставленная гипотеза исследования доказана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Абрамова, Г.С. Возрастная психология: учеб.пособие для вузов. / Г.С. Абрамова – Екатеринбург: Деловая книга, 2002. – С. 165-167. – 672 с.

2. Иванников В.С. Психологические механизмы волевой регуляции: учебное пособие/ В.С. Иванников – М., 1998. – С. 58-61 –142 с.

3. Селиванов, В.И. Психология волевой активности/ В.И. Селиванов – Рязань, 1974. – С. 51-52 – 204 с.

4. Фролов, Ю.И. Психология подростка. Хрестоматия / Ю.И.Фролов– М., Российское педагогическое агентство, 1997. – С. 232-285 – 352 с.

УДК 613.221:616.37-008.6-053.3

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Л.В. Насакина

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детских болезней с курсом ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. В.В.Чикунов, д.м.н., проф., зав. каф. детских болезней с курсом ПО Н.А.Ильенкова

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 заболевания. 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 (AAP) 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: 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.

Материалы и методы: 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. forWindows (StatSoftInc. 1995 г.) и пакета программ «Biostat».

Обсуждение полученных результатов: 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 термолабильной 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 добавленем 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 пептиди 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 прикормы – 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.

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)

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 большем 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 срока в 4-4,5 месяца.

Особенностью введения прикормов при МВ является то, что блюда прикорма подсаливают. Не все родители были осведомлены врачом педиатром об этой особенности. Творог и яичный желток – ценные источники животного 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.

Выводы:

1. 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.

2. 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 81'0:304.4 (470+571)

ЯЗЫКОВАЯ ПОЛИТИКА РОССИИПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Д.А. Новосельцева
Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков
Научный руководитель: к.филол.н., доц. С.В. Волынкина

Язык как отражение общественного сознания и реальной человеческой жизни не прекращает своего развития ни на минуту. Происходящие в мире и стране изменения мгновенно находят отражение в языке. Историческая изменчивость и вариативность, являясь ведущими качествами языковой нормы, воплощают тезис о языке как «живом, развивающемся организме», влияние на который оказывают, с одной стороны, стихийные изменения в жизни общества, а с другой – планомерная языковая политика, проводимая государством с целью сохранения и закрепления норм национального языка. В связи с этим представляется актуальным проведение исследования на тему влияния политики государства на развитие и сохранение языка.

В качестве объекта изучения выбрана система мероприятий, проводимых властями и общественными институтами России в сфере языковой ситуации.

Цель данной работы – исследовать влияние государственной политики на единый национальный язык.

Названная цель предопределила решение следующих задач:

1. Рассмотреть понятие «языковая политика»;
2. Изучить влияние государства на язык в разные исторические периоды;

3. Определить основные аспекты воздействия государства на язык в последнее десятилетие.

Языковая политика – система мероприятий и законодательных актов, проводимая властями и/или общественными институтами страны, которые ставят перед собой определенные социально-языковые цели. К последним относятся: изменение или сохранение существующих функционально-языковых норм, а также поддержка языков. Языковая политика, как и любая другая политика, отражает ценности определенного класса, партии, этноса и часто в ущерб интересам других партий, классов, народов или субэтнических культур.

Государственным языком на территории России в соответствии со статьей 68 Конституции Российской Федерации является русский язык. Республики в составе РФ вправе устанавливать свои государственные языки, которые употребляются наряду с государственным языком РФ, но это не дает права национальным меньшинствам на государственный статус их языков, что в ряде случаев приводит к нарушению их языковых прав.

Рассмотрим языковую политику России последнего десятилетия. В наш век информационных технологий огромное влияние на речевую практику жителей России имеют средства массовой информации (СМИ). Поскольку СМИ является пятой властью, мы с уверенностью можем рассматривать СМИ как фактор, влияющий на речевую практику граждан.

В церемонии открытия 59-го Всемирного газетного конгресса, на котором обсуждалось развитие российских средств массовой информации за последние 15 лет, принял участие В. В. Путин. Он признал, что «у нас ещё так же, как практически в любой другой стране мира, постоянно существует борьба между государством и его интересами, так, как их понимают чиновники, и обществом, и прессой». В ходе Интернет-конференции с гражданами России Президент не согласился с мнением, что государство осуществляет контроль над телерадиокомпаниями, кабельным телевидением и Интернетом.

Между тем «первые» люди страны, ведущие политики, общественные деятели, представители культуры и искусства, обязанностью которых является демонстрация элитарной речевой культуры, часто демонстрируют ненормативные речевые проявления, иногда даже жаргонную и просторечную лексику.

В Российской федерации с целью сохранения норм русского литературного языка периодически проводятся реформы. Одной из них стала реформа 2009 г. Министерство образования утвердило использование четырех новых словарей, которые содержат новые нормы орфоэпии и грамматики современного русского языка. По вновь введённым правилам

возможным стало покупать как *отборный кофе*, так и *хорошее кофе* (оба варианта правильные, слово *кофе* фиксируется в словарях как грамматически вариативное – и мужского, и среднего рода); на обед — *йОгурт*, а на ужин – *йогУрт* (оба ударения теперь закреплены как норма).

Как отмечает известная российская Интернет-библиотека СМИ Public.ru со ссылкой на исследование, проведенное в преддверии вступления в силу нового закона о мате, наиболее часто табуированные лексические формы встречаются в СМИ непосредственно в прямой речи респондентов, в том числе депутатов, министров, чиновников. «Ненормативная лексика нередко звучит в опубликованных СМИ отрывках литературных произведений, причем как классиков, так и современных авторов», — пишут исследователи Public.ru. По их словам, чаще всего нецензурные выражения встречаются в речи политиков. «Даже беглый анализ публикаций дает понимание, что закон о наказании СМИ за использование мата является явно избыточной мерой — подавляющее большинство средств массовой информации и так избегает обсценной лексики», — резюмируют они.

Закон «Об административной ответственности за изготовление или распространение продукции средств массовой информации, содержащей нецензурную брань», стремительно принят в трех чтениях Госдумой, 27 марта 2013 года утвержден Советом Федерации и 08 апреля подписан президентом РФ. Согласно новому акту штраф для граждан составит от 2 тыс. до 3 тыс. руб., для должностных лиц — от 5 тыс. до 20 тыс. руб., для юридических лиц — от 20 тыс. до 200 тыс. руб.

Почти через год – 5 мая – Президент России Владимир Путин подписал закон о запрете нецензурной лексики в произведениях литературы и искусства, в продукции средств массовой информации, в театральных постановках и кинофильмах. Отечественный фильм, если в нём используется нецензурная лексика, не может быть признан национальным. Производители обязаны будут размещать на аудиовизуальной продукции и книгах предупреждение – «Нецензурная брань». Закон вступил в силу 1 июля 2014 года.

На современном этапе своего развития русский язык находится в большой опасности и нуждается в защите и особой заботе. В последнее время значительно сократилось использование русского языка под натиском зарубежного влияния: иностранные машины и технологии, продукты питания и сервисные услуги, журналы и кинофильмы. Реклама содержит иностранные и сильно исковерканные русские слова. В Интернете русский язык функционирует по особым законам и нормам.

Язык – необходимое условие и главный признак культурной общности, основа национального самосознания. Именно поэтому 2007 г. Указом Президента РФ был объявлен Годом русского языка. Этот шаг очень важен для России в целях сохранения норм русского

языка. Таким же важным шагом является обмен традициями с другими странами, например, год культуры России в Лондоне.

В рамках исследования языковой политики государства в период последних десяти лет нами была разработана анкета, основной целью которой было выявление общественного мнения относительно понимания термина «языковая политика» и определения последней как достаточной и положительной или, напротив, недостаточной и отрицательной.

Результаты анкетирования оформились в следующие данные.

Всего было опрошено 35 человек разного возраста (от 18 до 48 лет), различной гендерной и профессиональной принадлежности. Из них 86 % выразили уверенность в том, что хорошо знают русский язык, 20 % знают историю русского языка. 94 % респондентов выказали понимание термина «языковая политика», 85 % не заметили изменений, происходящих в русском языке. 83 % посчитали достаточными мероприятия, проводимые государством в отношении национального языка, кроме того, 100 % опрошенных охарактеризовали их положительно, пояснения данной точки зрения не последовало. 94 % опрошенных выразили мнение о необходимости вмешательства государства в естественное развитие языка.

Следует отметить и наличие среди респондентов довольно большой группы – 72 % – таких, которые не знают об изменениях, произошедших в русском языке в последнее десятилетие. В свою очередь 28 % опрошенных знают только о реформе «недавних лет». 28 % следят за изменениями в русском языке и учитывают их в своей речевой практике, 23 % выразили равнодушие как к проводимым реформам, так и к необходимости им следовать.

Как было сказано выше, уже во время проведения данного исследования – 5 мая 2014 года – Президентом Российской Федерации был подписан очередной законопроект о русском языке, предусматривающий наказание за использование нецензурной лексики в произведениях литературы и искусства. В связи с этим дополнительной исследовательской задачей стало выявление общественного мнения относительно вновь введённого закона. С этой целью в кратчайшие сроки был проведён опрос 28 человек разного возраста. 26 из 28 опрошенных выразили уверенность в том, что названный закон, несмотря на большие штрафы, ни к чему не приведет, «так как мат исходит из семьи и воспитания и, следовательно, искоренять нецензурную лексику нужно в людях, а не в произведениях». Остальные посчитали проводимую реформу правильной и необходимой, аргументировав это тем, что благодаря новому закону будущим поколениям будет показан пример нормативного, «чистого» языка.

Подводя итог проведённому исследованию, можно сказать, что языковая политика России – явление, регулярно проявлявшее себя с разной степенью интенсивности на протяжении всей истории государства.

Одним из наиболее ярко проявленных периодов во взаимодействии государства и языка стало последнее десятилетие, что в целом можно характеризовать как явление положительное, хотя бы потому, что таким образом выражается неравнодушное отношение государства к национальному языку, который, как известно, не что иное, как «душа народа».

Наряду с многочисленными отрицательными тенденциями, наметившимися в национальном языке в постперестроечное время, в качестве положительных можно отметить государственные меры по сохранению норм русского литературного языка, продвижению его в мировом сообществе (имеются в виду регулярно проводимые мероприятия, называемые «Годом русского языка», «Годом русской культуры», «Годом России»).

К действительно важным мероприятиям, направленным на поддержку русского языка, относятся и многочисленные научно-исследовательские конференции, проводимые в большинстве учебных заведений страны, и введение в высших учебных заведениях в качестве обязательной дисциплины русского языка и культуры речи, и проведение так называемых «открытых» и видеолекций, посвященных проблемам русского языка, и демонстрация последних по ведущим телевизионным каналам, наиболее популярным среди которых является федеральный канал «Россия – Культура».

Наконец, официально признанной праздничной для русского языка стала дата 24 мая – День славянской письменности и культуры, посвященный церковной памяти святого равноапостольного учителя Константина (Кирилла). Ежегодно празднование Дня русского языка сопровождается многочисленными культурно-просветительскими и научно-исследовательскими мероприятиями, что в наибольшей степени стимулирует общественный интерес к родному языку.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]. - URLhttp://constitution.ru/htm.2001

2. Смирнов, Д. Президент запретил мат в эфире / Д. Смирнов // Комсомольская правда. 5 марта 2014 г. [Электронный ресурс] - URLhttp://kp.ru/daily/26227.5/3110186/htm.2014

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ИГРОВОЙ И ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТЕЙ

ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

К.А.Онянова
Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

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.

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 пристрастияоказывают 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.

Данное исследование проводилось с целью изучения Игровой и Интернет зависимостей у подростков.

Исследование было проведено в МОУ СОШ №151 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 44 человек: 24 – 8 «а» класс, 20 – 8 «в» класс.

Для выявления уровня зависимости от компьютерных игр был использован тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр, С.В. Красновой [1]. Для

исследования уровня Интернет - зависимости был использован тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой в первой подгруппе, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 8% исследуемых. Для 29% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 63% 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 несколько хуже. Анализируя результаты теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 50% подростков есть Интернет – зависимость. У 37% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 13% 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.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой во второй подгруппе, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 10% исследуемых. Так же для 10% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 80% как таковой игровой зависимости нет.

Из комментариев подростков, о помехах большего времяпровождения за компьютерными играми, стало ясно, что, так же как и в первой подгруппе , 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 20% подростков есть Интернет – зависимость. У 60% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 20% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, о причинах их пребывания в Сети большинство, 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 первой подгруппе, 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 44 опрошенных подростков, зависимы от компьютерных игр – 14%, имеют некоторую зависимость – 31%, не зависимы вообще – 55% опрошенных.

Если же говорить об Интернет – зависимости, то по результатам теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, то зависимы от Интернета – 36%, имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечение Интернетом – 48% опрошенных подростков, и не имеют зависимости вообще – 16%.

Подобный разброс в Игровой и Интернет зависимостях ясен, учитывая, что выход в интернет сейчас можно получить практически из любой точки мира, выйти в Интернет можно практически с любого устройства, то и к Интернету тяга у подростков будет больше, нежели к играм. Если за компьютером родители еще как-то могут следить дома, то за всем остальным становиться возможным лишь при непосредственном присутствии взрослого рядом.

Досуг является благоприятной почвой для испытания детьми и подростками фундаментальных человеческих потребностей. В процессе досуга ребенку гораздо проще формировать уважительное отношение к себе, даже личные недостатки можно преодолеть посредством досуговой активности. Досуг в существенной степени ответственен в части формирования характера ребенка, в частности таких качеств как инициативность, уверенность в себе, сдержанность, мужественность, выносливость, настойчивость, искренность, честность и др.

Также можно сделать вывод о том, что современные информационные технологии в целом, и компьютерные технологии в частности существенно трансформировали структуру досуга современных детей и подростков. В целом представленные в анкете данные показывают явное влияние техноэволюционных процессов на трансформацию подростковой субкультуры. Перестраиваются и сфера досуга, и информационная среда, изменяются и характеристики учебного процесса. И в этой связи сегодня очевидна необходимость расширения самой проблематики исследований, которые должны затрагивать в первую очередь собственно содержательные аспекты пользования компьютером.

Важно следить за тем, как подросток проводит свое свободное время, нужно обеспечивать ему более благоприятную среду для проведения свободного времени, нежели постоянное просиживание в Интернете или за компьютерной игрой.

Компьютерная зависимость является не хобби и смешным поводом для переживаний, как принято считать. Компьютерная зависимость-это серьезная проблема, которая причиняет ущерб здоровью современного общества, проблема, с которой нужно и можно бороться.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дрепа, М.И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии /М.И. Дрепа// Знание. Понимание. Умение. — 2009. — № 2. — Р. 189—193.
2. Симпозиум «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития» краткое содержание докладов. 10 июня 2009г.
3. Бабаева, Ю.Д. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете / Ю.Д.Бабаева, А.Е.Войскунский, О.В. Смыслова //М.: Можайск-Терра, 2000г.– С. 431
4. UK Therapist: Two Hours of Gaming Equals a Line of Cocaine. GamePolitics.com.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Е.В.Островская

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

Проблема агрессивности младших школьников является крайне актуальной для современного общества. Рост агрессивных тенденций, распространение насилия и жестокости, отмечаемые в детской среде, вызывают озабоченность педагогов и родителей. Особое беспокойство вызывает культ насилия на экране, демонстрация моделей агрессивного поведения в средствах массовой информации, а также увлеченность современных детей видео и компьютерными играми агрессивного содержания.

С проблемой агрессивного поведения детей, так или иначе, сталкиваются родители, педагоги, психологи. Необходимость оказания психологической помощи агрессивным детям приводит к тому, что особую значимость приобретают исследования, посвященные истокам агрессивности и ее коррекции. Поскольку наиболее важна коррекция агрессивности на ранних этапах онтогенеза, в период, когда закладываются основные личностные характеристики, то особенно актуально изучение проблемы коррекции агрессивности у детей младшего школьного возраста и условий ее эффективности.

В раннем и дошкольном детстве агрессивные проявления встречаются у значительного числа детей как отражение слабой социализированности личности и отсутствия у них социально принятых коммуникативных навыков. Постепенно под влиянием общения с окружающими на смену деструктивным формам взаимодействия приходят новые социализированные формы поведения.

Агрессия - одно из наиболее ярких проявлений эмоции, характерных для всех возрастных групп, включая детей. Важнейшими факторами формирования агрессивных действий детей являются культурный контекст, родители и сам ребенок.

Издавна проблема агрессивного поведения людей была одной из самых сложных и интересных проблем психологии и педагогики. В одних и тех же жизненных ситуациях люди реагируют по-разному, иногда с некоторой долей агрессии. Поэтому важно выявить своевременно причины агрессивного поведения и учитывать эти причины в практике общения.

Агрессивность как психологический феномен включает в себя такие личностные особенности, как мстительность, нетерпимость к чужому мнению, подозрительность, вспыльчивость, обидчивость, неуступчивость, наступательность, бескомпромиссность и др.

Исследование проводилось с целью изучения проблемы детской агрессии в младшем школьном возрасте и разработке психокоррецонной программы по ее снижению.Исследование было проведено в МБОУ СОШ №18 города Красноярска. Исследование проводилось во время основных занятий.В исследовании приняли участие учащиеся 4 класса в количестве 30 человек, из них 8 мальчиков и 12 девочек.

Для выявления уровня агрессии у детей мною были использованы методики:Опросник: «Стиль поведения в конфликте» К. Томаса; Опросник «Стиль поведения в конфликте» разработан К. Томасом.

Анализируя результаты исследования по методике «Диагностика состояния агрессии» Басса-Дарки, можно констатировать, что высокие баллы общего уровня тревоги выявлены у 13% исследуемых. Для 33% обследуемых характерен стедний уровень общей агрессии, у 54% исследуемых он находится в пределах нормы. Очень высокой агрессивности выявлено

не было.Согласно результатам исследования агрессивности учащихся в группе преобладают лица с высоким уровнем подозрительности, вербальной агрессии и повышенным чувством вины.Это говорит о том, что испытуемые выражают в большей степени негативные чувства в форме крика, визга, угроз;

- очень осторожны по отношению к людям, не доверчивы, порой считают, что другие люди планируют и приносят вред;

- повышенное чувство вины выражает возможное убеждение субъекта, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущает угрызения совести.

Фиксированность на себе, ожидание враждебности со стороны окружающих не позволяет такому ребёнку увидеть другого во всей его полноте и целостности, пережить чувство связи и общности с ним. Поэтому для таких детей недоступно сочувствие, сопереживание или содействие.

Степень восприятия враждебности различна, но её психологическая природа остаётся той же – внутренняя изоляция, приписывание враждебных намерений окружающим и невозможность видеть мир другого человека.

Из результатов исследования можно сделать вывод о том, что у школьников преобладает компромисс, как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок.Наименьшую выраженность имеет приспособление.Такимобразом,большинство младших школьников готовы пойти на компромисс, но не готовы принести в жертву собственные интересы ради другого.

На основании данных исследования и теоретического анализа имеющихся исследовательских работ в контексте данной проблематики мы разработали психологические рекомендации по коррекции агрессии у младших школьников:

Коррекционная работа по профилактике отклоняющегося поведения с детьми имеет свои особенности. На начальных этапах не показаны групповые формы. Не говоря уже о практически неизбежной отрицательной консолидации подростков в группе, индивидуальная работа с подростком является более эффективной. С самого начала, параллельно, необходимо начинать работу с семьёй. После диагностики семейных отношений и степени их дисгармоничности должна следовать психокоррекционная работа как индивидуальная, так и групповая. Но основной акцент следует делать на индивидуальной работе с ребенком. Совершенно неэффективными оказываются общие беседы о необходимости «хорошо себя вести».

Семенюк Л.М. указывает, что особое место в коррекционной работе следует уделять формированию круга интересов ребенка также на основе особенностей его характера и способностей. Необходимо стремиться к максимальному сокращению периода свободного

времени – «времени праздного существования и безделья» за счёт привлечения к положительно формирующим личность занятиям: чтение, самообразование, занятие музыкой, спортом, и т.д.

Психологи советуют записать ребенка в спортивные школы (в сельской школе - кружки), приучать дома к ежедневной гимнастике, запрещать ребенку проводить большое количество времени за компьютером (как в компьютерных играх, так и социальных сетях). Только бы не допустить, чтобы агрессия накапливалась, подобно статическому электричеству. Оно ведь имеет свойство взрываться болезненными разрядами.

Исходя из того, что развитие ребёнка осуществляется в деятельности, а он стремится к утверждению себя, своей позиции, как взрослый, среди взрослых, то необходимо обеспечить включение ребенка в такую деятельность, которая лежит в сфере интересов взрослых, но в то же время создаёт возможности младшего школьника реализовать и утвердить себя на уровне взрослых.

Во-первых, требуется проявление со стороны родителей безусловной любви к ребенку в любой ситуации. Нельзя допускать высказываний, наподобие следующих: «если ты себя так поведешь…, то мама с папой тебя больше любить не будут!». Нельзя оскорблять ребенка, обзывать его. Проявлять недовольство надо именно действием, поступком, принимая личность ребенка в целом.

Если ребенок просит вас поиграть с ним, уделить ему внимание, а вы в данный момент не можете этого сделать, то не отмахивайтесь от малыша, тем более, не раздражайтесь на него за назойливость. Лучше покажите ему, что вы понимаете его просьбу и объясните, почему в данный момент вы ее выполнить не можете: «Ты хочешь, чтобы я почитала тебе книжку? Малыш, мама тебя очень сильно любит, но я так устала на работе. Пожалуйста, поиграй сегодня один». И еще один важный момент - не надо откупаться от ребенка дорогими игрушками, подарками и т.п. Для него гораздо важнее и нужнее ваше непосредственное внимание.

Родители, если не хотят, чтобы их дети были драчунами и забияками, сами должны контролировать собственные агрессивные импульсы. Надо всегда помнить, что дети учатся приемам социального взаимодействия, прежде всего, путем наблюдения за поведением окружающих людей (в первую очередь, родителей).

Как уже упоминалось в начале работы, ни в коем случае нельзя подавлять проявление агрессии ребенком, иначе подавленные агрессивные импульсы могут нанести серьезный вред его здоровью. Научите его выражать свои враждебные чувства социально приемлемым способом: словом или в рисунке, лепке или при помощи игрушек, или действий, безобидных для окружающих, в спорте.

Перевод чувств ребенка из действия в слова позволит ему узнать то, что о них можно говорить, а не обязательно сразу давать в глаз. Также ребенок постепенно освоит язык своих чувств и ему проще будет вам сказать, что он обижен, расстроен, зол и т.д., а не пытаться привлечь ваше внимание своим «ужасным» поведением.

Единственно, чем при этом нельзя злоупотреблять, так это уверенностью в том, что взрослый человек лучше знает, что испытывает маленький. Взрослый может лишь предполагать, основываясь на своем опыте, на самонаблюдении, на наблюдении над окружающими, что означает поведение ребенка. Ребенок должен быть активным рассказчиком о своем внутреннем мире, взрослый лишь задает такую возможность и предоставляет средства.

Уважайте личность в вашем ребенке, считайтесь с его мнением, воспринимайте всерьез его чувства. Предоставляйте ребенку достаточную свободу и независимость, за которую ребенок будет сам нести ответственность. В тоже время покажите ему, что в случае необходимости, если он сам попросит, готовы дать совет или оказать помощь. У ребенка должна быть своя территория, своя какая-то сторона жизнь, вход на которую взрослым позволен только с его согласия.

Покажите ребенку конечную неэффективность агрессивного поведения. Объясните ему, что даже если вначале он и достигнет для себя выгоды, например, отнимет у другого ребенка понравившуюся игрушку, то впоследствии с ним никто из детей не захочет играть, и он останется в гордом одиночестве.

Если вы видите, как ваш ребенок, еще не начавший ходить в школу, ударил другого, сначала подойдите к его жертве. Поднимите обиженного ребенка и скажите: «Олег не хотел обидеть тебя». Затем обнимите его, поцелуйте и проводите из комнаты. Таким образом, вы лишаете внимания своего ребенка, перенося его на товарища по играм. Внезапно ваш ребенок замечает, что веселье кончилось, и он остался в одиночестве.

Необходимо устанавливать социальные правила поведения в доступной для ребенка форме. Например, «мы никого не бьем, и нас никто не бьет». Для детей в возрасте четырех лет и старше требования могут быть более подробными. Можете заявить: «В нашем доме существует правило: если тебе нужна игрушка, а ею играет другой ребенок и не дает ее тебе, подожди».

Таким образом, в этом параграфе мы рассмотрели проявления агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста. При общении с агрессивным ребёнком 6–11 лет родителям и педагогам важно научиться самим и научить младших школьников не загонять напряжение внутрь, а выражать свой гнев приемлемыми, неразрушительными способами. Родители должны научить ребёнка договариваться, отстаивать своё мнение, подтверждать

свою силу словами, манерой поведения, а не кулаками. Активным, склонным к агрессивному поведению младшим школьникам необходимо создать условия, позволяющие им удовлетворять потребность в движении, дать им больше возможностей разряжать накопившуюся негативную энергию, например, в спортивных секциях, спортивных уголках дома и в школе, где можно лазить, прыгать, бросать мяч и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Личко, А.Е. Делинквентное поведение, алкоголизм и токсикомании у подростков / А.Е.Личко, Ю.В. Попов – Москва, 2006.

2. Семенюк, Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л.М. Семенюк – Москва, 2008.

3. Шипицына, Л.М. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы / Л.М.Шипицына, Е.С.Иванов – Уэлс, Великобритания, 2005. – С. 16.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Т.Ю.Павличенко

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

Проблема детской тревожности, как основы эмоциональных расстройств, в настоящее время является междисциплинарной. Она относится не только к области детской психиатрии, но и к сфере интересов возрастной, педагогической, медицинской психологии. Уже само понятие «тревога» используется в различных значениях, что порождает неопределенность его трактовки на семантическом уровне. Тревогу рассматривают и в качестве преходящего психического состояния, возникающего под воздействием стрессогенных факторов, и как феномен, сопутствующий фрустрации социальных потребностей, и в качестве специфического личностного свойства.

Разногласия в дефинициях не мешают большинству исследователей считать, что определенные ситуации или события, способные привести к фиксации страхов в детском возрасте, имеют влияние на дальнейшее поведение и личностные реакции человека. Многие

авторы убеждены, что эмоциональные расстройства детей не проходят бесследно, а способствуют возникновению в последующем своеобразных личностных характеристик, нервно-психических и психосоматических отклонений [6].

Конечно, не только тревога служит причиной нарушений поведения, психического и социального здоровья человека — существуют и другие психологические механизмы неблагоприятных вариаций в развитии личности ребенка или подростка. Однако большая часть проблем, с которыми родители «трудных детей» обращаются к психологу и психотерапевту, большая часть явных нарушений, препятствующих нормальному ходу обучения и воспитания, в своей основе связаны с эмоциональной неустойчивостью ребенка, то есть в конечном итоге - с тревогой. Не зная причин возникновения тревоги, механизмов ее развития, преобразования, превращения в другие состояния, зачастую просто невозможно разобраться в том, что происходит с ребенком, каковы истинные мотивы его поступков и, главное, как ему помочь.

Повышенный уровень тревожности свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям. Данные исследований Дж. Рейха, Дж. Хенсера, В. Майера (1986) указывают на то, что состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего мира и самого себя [3]. Экспериментально-психологическое определение степени тревожности предполагает раскрытие внутреннего отношения ребенка к определенной ситуации, дающее косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми в семье и школе.

Одна из ярких особенностей подросткового возраста - личностная нестабильность. Она проявляется, прежде всего, в частых сменах настроения, аффективной «взрывчатости», т.е. эмоциональной лабильности, связанной с процессом полового созревания, физиологическими перестройками в организме. Но личностная нестабильность - это больше, чем колебания эмоционального фона. О том, что в структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного, неподвижного говорил и Л.С. Выготский [1].

Подростковый возраст богат переживаниями, трудностями и кризисами. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования; это пора достижений, стремительно наращивания знаний, умений; становление «Я», обретение новой социальной позиции. Вместе с тем, это потеря детского мироощущения, появление чувства тревожности и психологического дискомфорта. Нужно заметить, что проявление тревожности может протекать в двух вариантах: это страх - гнев и страх - страдание, которые по-разному проявляются, но одинаково могут быть причинами дезадаптации.

Необходимо обратить внимание на значимость семьи и школы в период взросления. Так как подростковый возраст - это противоречие между стремлением казаться и неумением «быть взрослым», противоречие между стремлением к независимости и необходимостью подчиняться указаниям взрослых. Ф. Кендалл в своей книге «Психотерапия детей и подростков» отмечает: «В основе многих исследований, касающихся изучения роли семейных факторов в возникновении детской тревоги, лежит понятие «контроля» или «воспринятого контроля» [1]. Под таким контролем автор понимает степень уверенности детей в том, что их поведение может влиять на события и исходы. Взрослые, страдающие тревожными и депрессивными расстройствами, описывали семейную атмосферу, которая не позволяла им испытать достаточный контроль над различными событиями и отличалась родительской гиперопекой и неодобрительным отношением к самостоятельности, что в последствии и приводило к тревоге и депрессии.

С. Кендалл отмечает, что дети с диагностированной тревогой чаще, чем другие дети, сообщают об отсутствии в своих семьях поддержки, единство и демократичности в принятии решений, а также о более частых конфликтах. При анализе материнских ожиданий и атрибуций относительно способности ребенка справиться со стрессовой ситуацией Ф. Кортландер, С. Кендалл и Э.Паничелли-Миндель сообщили, что матери тревожных детей ожидали от своих детей большего дистресса и меньшей способности справиться с данными ситуациями, чем матери здоровых детей. Подобным же образом матери высоко тревожных девочек, в отличие от матерей девочек с низким уровнем тревоги, чаще вмешивались в решение проблем, когда их дочери выполняли какое-либо задание, и реже ждали, пока ребенок решит задачу самостоятельно. С. Кендалл отмечает, что «в кросскультурном исследовании детских страхов и тревоги, проведенном Р. Донгом, Э. Янгом и С.Оллендиком, был сделан прогноз, по которому китайские обычаи воспитания детей и педагогические убеждения, отличающиеся большим числом запретов и гиперопекой, в условиях Запада должны приводить к более выраженной тревожной и депрессивной симптоматике. Прогнозы этих авторов оправдались, особенно в отношении 11-13-летних детей». С учетом всех этих данных можно сказать, что каждый из перечисленных семейных факторов может вносить свой вклад в тревожное поведение ребенка. Автор говорит о том, что «дети, обладающие пониженным чувством контроля, могут быть более подверженными тревожным переживаниям» [2].

Экспериментальное исследование особенностей тревожности у подростков.

Исследование проводилось на базе ФБОУ ВПО «НГАВТ»,г.Красноярск. В исследовании принимало участие: 6 девочек и 14 мальчиков подросткового возраста.

С целью изучения проявления тревожности у подростков была использована шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина .

В результате проведённого исследования тревожности у подростков были получены следующие показатели:

Анализируя результаты исследования, по Шкале рективной тревожности можно отметить, что для 72% мальчиков и 50% девочек свойственен низкий показатель реактивной тревожности,21% мальчиков и 50% девочек умеренный показатель тревожности и 7% мальчиков высокий показатель тревожности.

Анализируя результаты исследования, по Шкале личностной тревожности можно отметить, что для 86% мальчиков и 67% девочек характерен умеренный показатель личностной тревожности.

Эти данные свидетельствует об оптимальном уровне напряженности ,адекватной мотивации и готовности к выполнению деятельности подростком.

Так же выявлено, что у 14% мальчиков и 33% девочек имеют низкий показатель тревожности.Для этих подростков характерно низкое чувство ответственности, плохо сформирован мотив деятельности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревожности с целью показать себя в «лучшем свете».

Цель тренинга – снижение уровня тревожности у подростков.

Задачи тренинга:

— повышение уровня работоспособности;

— повышение уровня стрессоустойчивости;

— научение способам эффективного расслабления;

— создание ситуации эмоционального комфорта;

— развитие навыков самоконтроля;

— развитие эмоционально-волевой сферы.

Анализ данных профилактической и коррекционной работы свидетельствует, что для повышения их эффективности во многих случаях требуется дополнительная работа по «терапии среды» как семейной, так и детского сада, школы, а значит, организация психокоррекционных мероприятий должна осуществляться в направлениях: родители, педагоги и непосредственно дети. Это положение, особенно важное для дошкольников и младших школьников, остается значимым и для других возрастов, вплоть до раннего юношеского.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхова, Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояниятревожности личности.: дис. ...канд.психол.наук /Т.Ю. Артюхова. – Новосибирск, 2000.

2. Астапов, В.Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги: статья / В.Н. Астапов // Психологический журнал. – 1992. – № 5. – С. 111-117.

3. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности / под ред. Д. И.Фельдштейна. - М.: «Институт практической психологии». - Воронеж, 1995. – 345 с.

4. Вассерман, Л.И. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике: учебное пособие / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына. - СПб.: Речь, 2004.

5. Захаров, А.И. Как преодолеть страхи у детей / А.И. Захаров. - М., 1986.

6. Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги: статья / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. - 1969. - № 1. - С. 130-137.

УДК 159.923–053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ВОСПРИЯТИИ РЕКЛАМНОГО ТЕКСТА

А.В.Павловский

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., ст. преп. Е.И.Стоянова

Актуальность нашего исследования продиктована необходимостью изучить восприятие на уровне гендерных различий. Известно, что современное общество в период бурных социальных изменений особенно явно дает увидеть происходящие в нем перемены. Особенности восприятия рекламы зависит от многих факторов, ключевым считается соответствие оформление посыла и портрета целевой аудитории, в частности от гендерной принадлежности целевой группы, на которую нацелена реклама. Различия между полами находятся даже на уровне восприятия: женщины быстрее формируют общий образ, при этом не углубляются в частные случаи. Повышенное внимание женщин к деталям и мелочам приводит подчас к тому, что, будучи увлечена мелочами, она не замечает главного.

Разное устройство мозга мужчины и женщины приводит к тому, что от одних и тех же посылок он и она нередко приходят к разным выводам.

Степень изученности теории и практики социального познания, в том числе, и проблемы восприятия можно проследить в работах разных авторов, как правило, зарубежных. Начиная с работ американского психолога Дж. Брунера, социальное восприятие трактуется именно как социальное познание, поскольку акцент делается на особенности процесса. Первые обзорные работы по психологии социального познания появились с начала 70-х г.г. В настоящее время имеется довольно обширная литература по проблемам этой области знания. В качестве специального раздела она включена во все учебники и руководства по социальной психологии, начиная с 80-х гг. Недостаточная изученность проблемы социального познания в отечественной науке очевидна. Так, известны работы В. И. Мясищева «Психология отношений» (М., 1995), А. А. Бодалева «Восприятие человека человеком» (Л., 1965), Г. А. Андреевой «Социальная психология» (М., 1999) и др. Разработку проблемы социальной перцепции в отечественной науке начал освещать А.А. Бодалев[1].

Социальная перцепция - процесс, возникающий при межчеловеческом взаимодействии на основе естественного общения, и протекающий в форме восприятия и понимания одним человеком другого. Понятие «социальная перцепция» отличается от понятия «перцепция», принятого в общей психологии. Это процесс социальный, то есть протекающий в обществе, его окрашивают и направляют наши эмоции, мнения, отношения, установки, пристрастия и предубеждения. Способы восприятия и оценки человека человеком во многом одинаковы восприятию и оценке человеком объектов мира вещей и живой природы. Оценивая другого человека, мы нередко используем термины, относящиеся к свойствам и процессам, наблюдаемым в мире природы. Восприятие человека человеком - процесс наиболее активный, чем восприятие объектов окружающего мира. Социальная перцепция – процесс с активной обратной связью, непременно включающий в себя понимание. Основывая на данные теоретического исследования, была предпринята попытка эмпирического исследования особенностей восприятия рекламы мужчины и женщины.

Гендерные аспекты восприятия позволяют предполагать, что специфика восприятия рекламного текста будет различной. Например, сфере репродуктивной медицины часто используют изображения маленьких детей и это обосновано, тем, что как мужчина, так и женщина при просмотре такого изображения испытывают положительные эмоции, а вот фото эмбриона или беременной женщины с большим животом у женщин вызвали бурю эмоций, в то время как мужчины просто констатировали факт большого живота [2].

Ссылаясь на данные теоретического исследования была предпринята попытка провести социологический опрос с целью определения специфики мужского и женского восприятия рекламного текста. В опросе приняли участие 180 человек, из них 110 женщин и 70 мужчин. Для исследования была создана анкета на платформе Google - форма, и встроена во фрейме

на обычную web-страницу. Распространение информации о социологическом опросе проходило в социальных сетях по группам университета и личным сообщениям. Анкета содержала 2 графических файла и вопросы, о том что чувствуют люди во время просмотра того или иного объявления, а также о том кому бы студенты отдали своё предпочтение.Вопросы состояли из 9 пар противоположных характеристик, по которым респондентов просили оценить, какое впечатление производят на них реклама. Реклама №1 была менее информативна в текстовом формате, больше была наполненность цветом и различными рисунками. Реклама №2 содержала менее красочно, содержалось больше текстовой информации.

Согласно данным представленным на рисунке 1, показано, что позитивное восприятие рекламы в большей степени наблюдается у Рекламы №2, где в большей степени представлена информация, текстовый материал, а в меньшей степени, рисуночный и красочный материал.

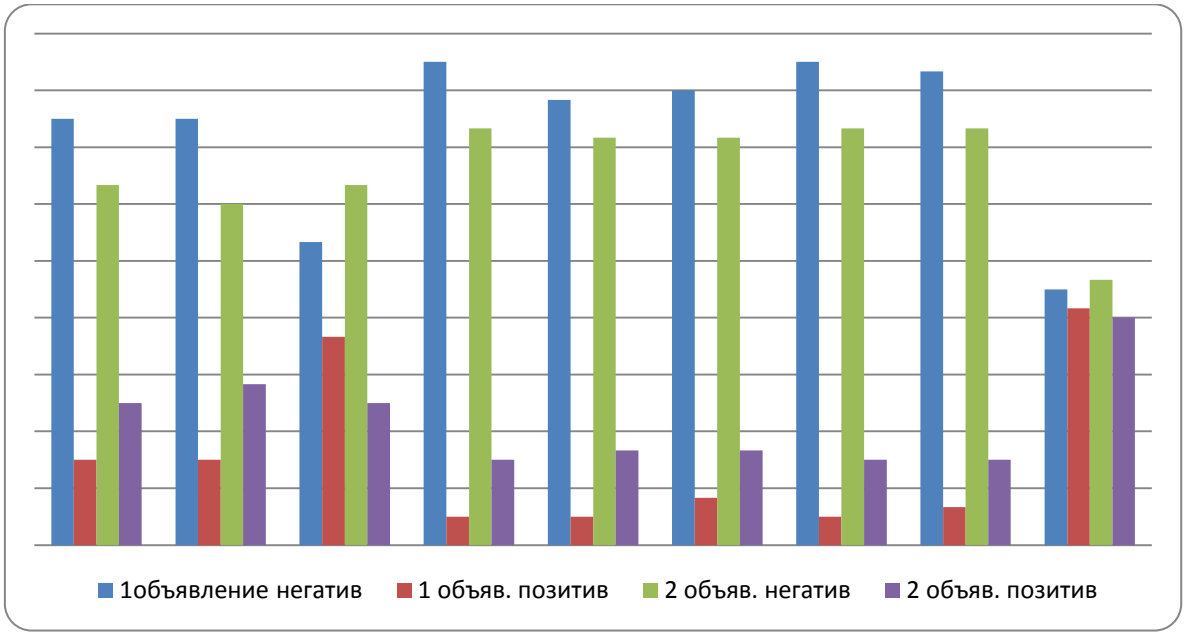


Рисунок 1– Результаты исследования социологического опроса по определению восприятия рекламного текста у женщин.

Согласно данным представленным на (рисунок 2) показано, что позитивное восприятие рекламы в большей степени наблюдается у Рекламы №2, которая рассматривается как «хорошая», «приятная», «привлекательная», «желательная».

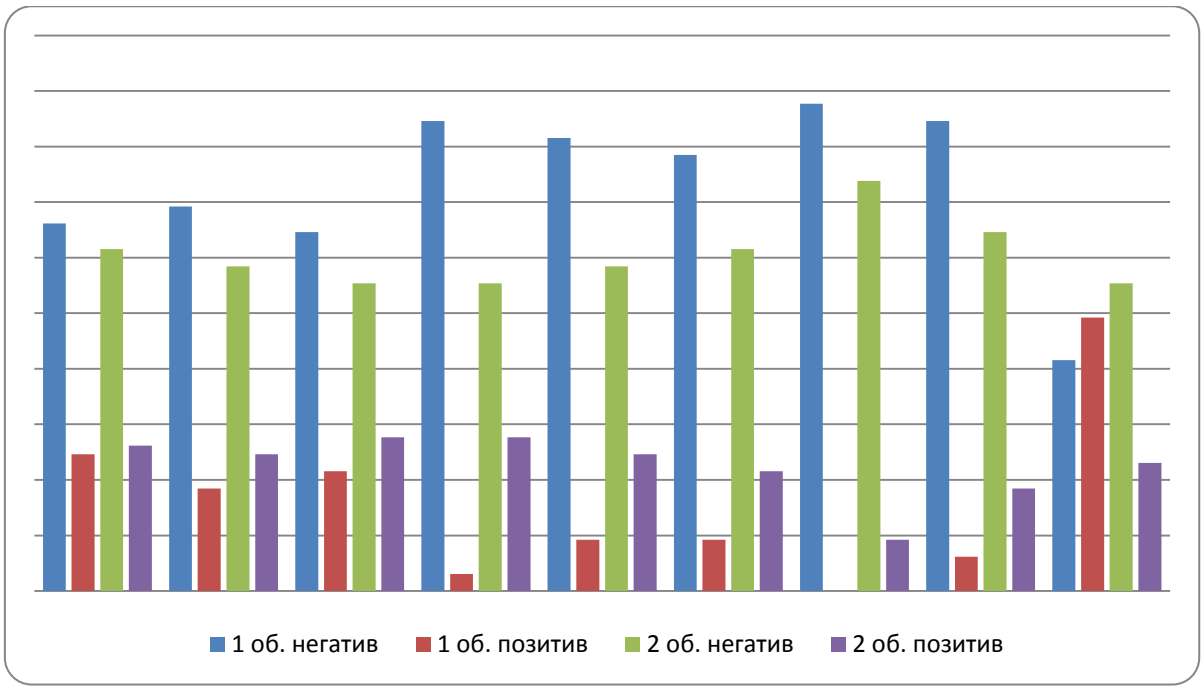


Рисунок 2– Результаты исследования социологического опроса по определению восприятия рекламного текста мужчин.

Таким образом, согласно данным опроса, можно утверждать, что существенных различий в восприятии рекламного текста у мужчин и женщин не наблюдается. Более информативной является реклама, которая несет большее количество информации и представлена текстом, а не рисуночным изображением. Акцент в рекламной продукции должен ставитьсяне на красочность, а на информативность и понятность рекламного материала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куницына, В.Н. Межличностное общение. / В.Н.Куницына, Н.В.Казаринова, В.М. Погольша– СПб.: Питер, 2011. – 544 с.

2. Шихирев, П.Н. Современная социальная психология. / П.Н. Шихирев – М.: ИП РАН; КСП+; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.– 448 с.

УДК 612.8:004.9:616.28-76

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ НАСТРОЙКИ ПАРАМЕТРОВ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТА

Ю.Г. Панина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО, кафедра медицинской кибернетики
Научные руководители: д.м.н., проф. С.Г. Вахрушев, асс. А.Н. Наркевич

В настоящее время около 540 млн. человек имеют проблемы со слухом (BlakeS. etal.,2008). Число больных с нарушением слуха в РФ превышает 13 миллионов, из них более 1 миллиона - это дети. Нарушения слуха – это и тугоухость первой степени, которая может влиять на социальную адаптацию людей, и полная глухота, которая резко сужает возможности общения больного человека с окружающим миром.[2] Поэтому лечение больных с нарушениями слуха является насущной проблемой. И одним из вариантов лечения является кохлеарная имплантация. Обычно кохлеарная имплантация выполняется начиная с 1 года жизни ребенка. В раннем возрасте аудиолог сталкивается с трудностями адекватной настройки процессора кохлеарногоимланта. А от качества настройки речевого процессора зависят результаты реабилитации пациента. В связи с этим настройку речевого процессора оптимально проводить с использованием объективных методик. Так в большинстве случаев используется телеметрия нервного ответа – ART (рост амплитуды) и электрически вызванные стапедиальные рефлексы – ESRT [3]. Обе методики имеют свои преимущества и недостатки.В настоящее время для настройки речевого процессора чаще используются электрически вызванные стапедиальные рефлексы. Метод ART тоже позволяет помогать в настройке речевого процессора, но имеет большую нестабильность результатов. Поэтому мы предпочли разработку методики нейросетевой оптимизации измерений телеметрии нервного ответа.

Цель работы–изучить возможности применения нейросетей для оптимизации настроек речевого процессора кохлеарногоимпланта.

Задача: построить и обучить нейронную сеть для определения наиболее вероятных значений верхней границы оптимальной громкости кохлеарногоимплантантас использованием данных телеметрии нервного ответа.

Материалы и методы: Искусственная нейронная сеть — математическая модель, алгоритмы которой, построены по принципу организации и функционирования биологических нейронных сетей — сетей нервных клеток живого организма. Нейронные сети представляют собой систему соединённых и взаимодействующих между собой «маленьких программ» - виртуальных нейронов [4]. Нейронные сети обладают рядом преимуществ: богатые возможности (можно решать разнообразные исследовательские задачи), нелинейность, относительная простота в использовании, позволяют

зарегистрировать суммарный потенциал действия нервных клеток[1]. Нами использовались данные о 90 обследованных пациентах включающие: данные о частоте передаваемого на слуховой нерв импульса, данные нервного ответа и заранее определенные опытным путем верхние границы громкости кохлеарногоимплантанта.Таким образом, для обучения нейронной сети использовалось 1420 параметров каждого из 90 пациентов.В процессе нейросетевой оптимизации использовалась программная разработка Дмитрия Анатольевича и Алексея Анатольевича Россиевых, сотрудников Красноярского государственного медицинского университета – Panalyzer 5.0.

Результаты: при проведеннии нами обучения нейронной сети значимыми для прогноза верхней границы оптимальной громкости кохлеарногоимплантанта остались лишь 3 параметра телеметрии нервного ответа. Используя эти три параметра мы протестировали наиболее «успешную» экспертную систему нейронной сети содержащей 3 входных, 3 скрытых и 1 выходной нейроны на заранее полученных массивах данных 40 пациентов с известными результатами оптимальной верхней границы громкости кохлеарногоимпланта.

Таким образом проведенная нами работа может служить началом нового этапа развития методики настройки речевого процессора. Данный метод позволит: максимально оптимизировать параметры настройки для каждого пациента и сократить время реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горбань,А.Н. Обучение нейронных сетей. / А.Н. Горбань –М.: Параграф, 1990 г. – С. 160

2. Левин, С.В. Использование стационарных слуховых потенциалов намодулированные тоны при отборе пациентов на кохлеарнуюимплантацию / С.В. Левин, И.В.Королева,С.М.Мегрелишвили //2-ой Национальный конгресс аудиологов и 6-ойМеждунар. симп. "Современные проблемы физиологии и патологиислуха". Тез. докл.-М.,2007.– С.16-17.

3. Пудов, В.И. Кохлеарная имплантация в вопросах и ответах/ В.И. Пудов, В.Е. Кузовков, О.В. Зонтова. – СПб.,2009 г. – С. 135-137

4. Россиев, Д.А. Самообучающиеся нейросетевые экспертные системы в медицине: теория, методология, инструментарий, внедрение. / Д.А. Россиев – К., 2005. – С. 16-19.

УДК 159.922

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПЕРВОКУРСНИКОВ

Т.И. Пахирка
Красноярский государственный
медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: ст. преп. Ю.В.Живаева

В современном обществе человек живет в окружении разнообразных проблем, связанных с его социальной жизнью, материальным положением, межличностными отношениями и т.д. Живя в рамках уже существующей общественной системы, далеко не каждый успевает задумываться о своем предназначении, внутреннем мире; о самопознании, самосовершенствовании, не успевает, как говорил еще Марк Аврелий, «смотреть внутрь себя». В результате человек может достичь высокого общественного положения, но не чувствовать себя счастливым.

В отечественной и зарубежной научной литературе все чаще встречается понятие «личностная и социальная идентичность». В контексте последних социальных изменений усиливается интерес к проблеме выбора, самовыражения. Формирование личностной идентичности является психологической задачей подросткового и раннего юношеского возраста.

Задача психолога помочь, почувствовать свою свободу, возможность строить самому свою жизнь, как сильная и ответственная личность, найти себя в жизни и шагать уверенно по ней. Тогда человек обретет умение быть счастливым, умение строить взаимоотношения с другими людьми, быть душевно здоровой и внутренне богатой личностью.

Объект исследования: социальная и личностная идентичность как психологический феномен.Предмет исследования: коррекция показателей социальной и личностной идентичности студентов.С целью изучения социальной и личностной идентичности у студентов нами было организованно и проведено исследование на факультете клинической психологии (КрасГМУ) города Красноярска. Выборка исследования представлена студентами 1-го курса в количестве 42 человек (2 группы). Средний возраст исследуемых 18-20 лет.

С целью исследования социальной и личностной идентичности в качестве диагностического инструментария использовали методику «Личностная и социальная идентичность. (З.Ф.Урбанович, 2001).

Анализируя результаты исследования по данной методике, у исследуемых нами студентов КрасГМУ можно сделать вывод о том, что идентичность (позитивный результат) выявлены у 36,77% исследуемых первой подгруппы. Соответственно у 63,23 % исследуемых студентов данной группы выявлена негативная идентичность. Так же позитивная идентичность выявлена у студентов второй подгруппы, что составляет 73,53 % исследуемых. Негативная идентичность выявлена у 26,47 % исследуемых.

При более детальном анализе результатов исследования по методике «Личностная и социальная идентичность» (З.Ф.Урбанович) мы имеем возможность констатировать следующие факты:

В ходе исследования для разделения по профилю мы суммировали все баллы по шкалам и результат выше среднего (46 б) считался позитивным.

Анализируя результаты исследуемых, для которых характерен позитивный профиль идентичность мы проранжировали, представленные 8 позиций отдельно у двух групп. В результате подсчета для исследуемых экспериментальной группы характерен следующий профиль:

1) Семья;
2) Окружающие;
3) Материальное положение;
4) Внутренний мир;
5) Здоровье;
6) Работа (учеба);
7) Будущее:
8) Общество.

Для исследуемых контрольной группы характерен следующий профиль:

1) Общество.
2) Материальное положение;
3) Внутренний мир;
4) Будущее:
5) Здоровье;
6) Семья;
7) Работа (учеба);
8) Окружающие.

На основании данных исследования, мы условно разделили группу исследуемых на контрольную и экспериментальную подгруппы (экспериментальную подгруппу составили исследуемые у которых были выявлены низкие и средние показатели - негативная

идентичность). С данной подгруппой исследуемых будут реализованы коррекционно-развивающие мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Джеймс, У. Личность / У. Джеймс // Теории личности в западноевропейской и американской психологии. — Самара, 1996. — 459 с.
2. Выготский, Л.С. Исторический смысл психологического кризиса /Л.С. Выготский //Психология. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – С.14-120.
3. Зверева, М.А. Взаимосвязь содержания этнических стереотипов и типа этнической идентичности подростка (на примере русских и еврейских подростков) / Зверева М.А.: Дис. … канд.психол.нвук.– Москва, 2011. – 220 с.
4. Лебедев, Д.В. Память как социокультурный феномен: о роли мероративных практик в процессе конструирования идентичности. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. / Д.В.Лебедев, Г.В. Лебедева// Вопросы теории и практики. –2011.– № 7-3. –С. 112-115.
5. Зучер, Л.Б.Глобализация и кризис социокультурной идентичности. / Л.Б.Зучер // Вестник Омского университета. –2011. – № 3.– С.314-319.

УДК: 582.734.4:547.9

ИССЛЕДОВАНИЕФЛАВОНОИДОВ НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ЛАПЧАТКИГУСИНОЙ(*POTENTILLAANSERINAL.)*

Е.А. Певнева

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

Кафедра биологии с экологией и курсом фармакогнозии

Научный руководитель: к.ф.н., доц.Е.Е.Савельева

Фенольные соединения – многочисленный ряд веществ ароматической природы, содержащие одну или несколько гидроксильных групп, связанных с атомами углерода ароматического ядра (бензольного кольца). В растениях фенольные соединения могут синтезироваться в большом количестве и в виде различных соединений: флавоноидов, фенилпропаноидов, дубильных веществ, кумаринов и т.д. В настоящее время доказано, что растительные фенольные соединения могут проявлять различные виды фармакологической

активности: Р-витаминная, желчегонная, гипотензивная, спазмолитическая, гепатозащитная, противоязвенная и др.

Особый интерес представляют растения семейства Розоцветные – *RosaceaeL.*, в том числе представители рода Лапчатка (*PotentillaL.*). В связи с этим актуальным является изучение фенольных соединений перспективного растения флоры Сибири – лапчатки гусиной (*PotentillaanserineL.)*

Цельработы – исследование качественного и количественного состава флавоноидов надземной части лапчатки гусиной (*PotentillaanserineL.*)

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Провести качественный анализ этилацетатной фракции.
2. Провести гидролиз флавоноидных гликозидов и хроматографическое обнаружение агликонов и сахарных остатков.

Объектом исследования служила высушенная воздушно-теневым способом надземная часть лапчатки гусиной (*PotentillaanserineL.),* собранная во время цветения (июль – август) в 2013 г. в Красноярском крае, Ермаковском районе, с.Верхнеусинском.

Для разделения сложных смесей веществ полученного спиртового экстракта применяли метод избирательной экстракции[3], используя в качестве экстрагентов хлороформ, этилацетат и *н*-бутанол.

Качественный анализполученной этилацетатной фракциипроводили методом тонкослойной хроматографии (ТСХ).Условия хроматографирования приведены в Таблице 1.

Кислотный гидролиз [1,3] флавоноидных гликозидов проводили путем нагревания на водяной бане с обратным холодильником раствора вещества в смеси 5 % хлористоводородной кислоты и этанола (1:1) в течение 1 ч. Осадок агликонов, выпавший при отгонке этанола под вакуумом на роторном испарителе, отделили фильтрованием. Фильтрат упаривали досуха, остаток растворяли в этаноле (сахара).

Исследования полученных флавоноидных агликонов и сахаров проводили методом ТСХ. Условия хроматографирования приведены в Таблице 1.

Таблица 1 – Условия хроматографирования методом ТСХ

Объект исследования	Пластинки	Система растворителей (соотношение)	Детекторы
Этилацетатная фракция	«Sorbfil ПТСХ-АФ-А-УФ»	БУВ (4:1:5)	1) УФ-свет (254 нм, 365 нм) 2) пары аммиака; 3) 5 % спиртовой
Флавоноидные	«Sorbfil	Этилацетат-этанол (95:5)	

агликоны	ПТСХ-АФ-А-УФ»		раствор алюминия хлорида;
Сахара флавоноидных гликозидов	«Sorbfil ПТСХ-АФ-А-УФ»	*н*-бутанол-уксусная кислота-вода (БУВ) (26:14:4)	*н*-бутанол – вода – уксусная кислота – фосфорная кислота – анилин – дифениламин (60 – 25 – 15 – 10 – 1 – 2 г) с последующим термостатированием при 120^{o}С в течение 5 мин

Количественное содержание флавоноидов в пересчете на кверцетин проводили методом дифференциальной спектрофотомерии [2, 4], базирующимся на реакции образования окрашенного комплекса с алюминия хлоридом в среде хлористоводородной кислоты в кюветах с толщиной поглощающего слоя 10 мм.

Результаты. Хроматографическое изучение этилацетатнойфракции в сравнении с СОВС показало присутствие в ней фенольных соединений флавоноидной природы (желтая, желто-зеленая и оранжевая окраска пятен) и кумаринов, фенолокислот и ГКК (фиолетовая окраска пятен).

Хроматографическое изучение этилацетатной фракции послекислотногогидролиза в сравнении с СОВС показало наличие в ней кверцетина, отсутствие апигенина и мирицетина; а также наличие галактозы и отсутствие арабинозы, глюкозы, ксилозы, галктуроновой и глюкуроновой кислот.

Результаты количественногоопределения флавоноидовнадземной части лапчатки гусиной представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Содержание флавоноидов в пересчете на кверцетин в надземной части лапчатки гусиной

Содержание флавоноидов в пересчете на кверцетин, %	Метрологическая характеристика
0,088	$\bar{X}$ = 0,087;
0,087	s^2 = 0,00013;
0,086	S = 0,0114;

0,087	±ΔX = 0,014;
0,088	¯ ε = 16,1%

Примечание**:** f – число степеней свободы – 4, P – доверительная вероятность – 95%, t – критерий Стьюдента –2,78.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. С помощью метода ТСХ установили: наличие фенольных соединений флавоноидной природыв этилацетатной фракции; а также наличие кверцетина и галактозы после кислотного гидролиза этилацетатной фракции.
2. Содержание флавоноидов в пересчете на кверцетин в надземной части лапчатки гусиной составило 0,087 %±16,1%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боначева, В.М. Гликозиды флавоноидов EquisetumsilvaticumL. Ханты-мансийского автономного округа / В.М. Боначева, Э.Х. Ботиров // Химия растительного сырья. – 2013. – №1 – С. 171 – 174.
2. Евдокимова, О.В. Разработка и валидация методики количественного определения суммы флавоноидов в траве тысячелистника / О.В. Евдокимова //Вестник ВГУ, Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2007. – №2 – С. 155 – 160.
3. Корулькин, Д. Ю. Природные флавоноиды / Д. Ю. Корулькин, Ж. А. Абилов, Р. А. Музычкина, Г.А. Толстиков; Рос. акад. наук, Сиб. отд., Новосиб. ин-т органической химии. – Новосибирск: Академическое изд-во «Гео», 2007. – 232 с.
4. Сафонов, В. В. Спектрофотометрический метод определения содержания суммы флавоноидов в лекарственном сырье CaraganaspinosaL. / В. В. Сафонов // Растительные ресурсы. – Т. 36, № 2. – 2000. – С. 129 – 131.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИИИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИГИДНОСТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.В. Первухина

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: старший преподаватель Ю.В.Живаева

Для реализации способностей и возможностей человека является важным такое общесистемное свойство, как психическая ригидность.У онкобольных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны.

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 донозологических реакций на диагноз и прогноз заболевания до острых 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, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать 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 организованно 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 диагнозомпо 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 диагнозом65% -это умеренный уровень проявления ригидности, высокий – 40%. Так же у людей с онкологическим диагнозомвыявлен 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 исследуемыхлюдей с онкологическим диагнозом показатели умеренного уровня характерны для 50%. Соответственно высокий уровень выявлен у 40% испытуемых. Так же, 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 больныев 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 деятельностях и делиться возникающими чувствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокова, О.А. Самоотношение личности и психическая ригидность // Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции/ О.А. Бокова. - Барнаул, 2000. - С. 39 - 41.

2. Галажинский,Э.В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности: учеб. для вузов психол. специальности / Э.В. Галажинский – М.,

2000.

3. Залевский, Г.В. Психическая ригидность – флексибильность в структуре личности людей с субъект – субъектной профессиональной ориентацией / Г.В. Залевский–Автореф. дис. … на соискание уч. степени канд. психол. наук –Барнаул, 1999. –25 с.

4. Залевский, Г.В. Томский опросник ригидности (ТОР) / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал.- 2005.- №12. С. 22-27

5. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии – 2005. – №1. –С. 86-88.

УДК 101.3: 614.253

ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕФЛЕКСИИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Д.А. Перевалов

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доц. Л.Д. Рассказов

Современное высокотехнологичное информационное общество предъявляет особые требования к профессиональной компетентности специалистов, ориентирует на достижение высокого качества результатов деятельности, инновации, обеспечение ускоренных темпов развития. В этих условиях рефлексия как способность личности интегрировать собственный опыт, имеющиеся теоретические знания и исследовательский подход с целью поиска оптимального решения неоднозначных практических проблем, становится показателем и проявлением ее продуктивности, наличия высокого творческого потенциала.

В современной научной литературе рефлексия, рассматривается как метапрофессиональное качество человека, поскольку представляет собой комплекс психических свойств, процессов и функций, обеспечивающих выполнение интегративных действий и выступающих в форме конкретных профессиональных компетенций (В.А. Адольф, А.А. Дергач, А.В. Карпов, Н.В. Кузьмина, И.Н. Семенов, А.К. Маркова, С.Ю. Степанов, Г.С. Пьянкова)[5].

Особое значение рефлексивные способности представляют для профессии врача, относящегося к типу профессий системы «человек - человек», отличительным признаком

которых является насыщенный социально - психологический фон. Рефлексия является механизмом необходимым для формирования целого ряда компетенций врача, в том числе:

- способности анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы различных наук в профессиональной и социальной деятельности (ОК-1)
- способности осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, сохранять врачебную тайну (ОК-8)
- способности анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4)

Вместе с тем, согласно многочисленным публикациям в научной литературе, в СМИ, многие проблемы в практике профессиональной медицинской деятельности обусловлены именно недостаточной реализацией рефлексивной культуры специалиста, что приводит к возникновению конфликтных ситуаций в сфере профессиональных межличностных коммуникаций, в целом снижает результативность деятельности[1].

Для исследовательской деятельности важно понимание сущности изучаемого явления с учетом его сложности, многогранности и неоднородности. Понятие рефлексии первоначально разрабатывалось в контексте европейской философии. Изучение генезиса данного феномена в историко-философском аспекте способствует пониманию сущности и содержания термина – «рефлексия».

Многозначность толкования побуждает обратиться к этимологическому анализу слова «рефлексия». Оно происходит от позднелатинского «reflexio», что буквально означает обращение назад, отражение. Термин «рефлексия» первоначально употреблялся в разговорном языке в значении «гнуть, сгибать, нагибать обратно, в обратном направлении». В «Философском энциклопедическом словаре» рефлексия определяется как «принцип человеческого мышления, направляющий его на осмысление и осознание собственных форм и предпосылок; предметное рассмотрение самого знания, критический анализ его содержания и методов познания; деятельность самопознания, раскрывающая внутреннее строение и специфику духовного мира человека» [6].

В философии различают элементарную рефлексию, приводящую к рассмотрению и анализу знаний и поступков, к размышлению об их границах и значении; научную рефлексию, рассматриваемую как критика и анализ теоретического знания, проводимые на основе уяснения и применения тех методов и приемов, которые свойственны данной области научного исследования; философскую рефлексию, как осознание и осмысление предельных оснований бытия и мышления, человеческой культуры в целом [6].

В различных синонимических вербальных обозначениях понятие рефлексии начинает оформляться в античной философии. У натурфилософов-досократиков данная тема представлена в контексте космологических идей в форме намеков, интуитивных догадок. В изречениях Гераклита: «Я искал самого себя», «По каким бы дорогам ни шел, не найдешь границ души, так глубок ее Логос» проявляется онтологическая роль рефлексии в постижении и осуществлении целостного космоса, а также нахождение человеком, благодаря рефлексии, своего места в космосе.

В философии Сократа наиболее значимой областью исследования становится внутренний мир и поведение человека, поэтому основное познание должно быть обращено на самого себя, на деятельность души. Подлинный смысл человеческой жизни состоит в том, чтобы понять свое истинное назначение. Сократ подчеркнул ведущее значение активности самого субъекта, его способности управлять собой. Развивая идеи Сократа, Платон попытался соединить их с космологическими идеями натурфилософов. В диалоге «Государство», описывая «миф о пещере» Платон, по сути, предлагает мифологическую модель действующей рефлексии - отражения света от стены пещеры и его возвращения к своему началу, Единому Благу. Космогонические трактовки рефлексии получают дальнейшее развитие в учении Аристотеля, концепциях неоплатонизма и стоицизма.

Согласно философской концепции Эпикура каждый человек должен иметь ясное обозрение своего прошлого, настоящего и будущего, которое поможет ему управлять своими чувствами и поведением, преодолевать страхи и душевные страдания. Благоразумным человеком Эпикур считал способного постоянно спрашивать себя о том, что может с ним произойти, если исполнится то, чего он хочет или желает. Рефлексия в рамках данного направления приобретает черты экзистенциального, жизненно-практического смысла - для счастья человеку достаточно самого себя.

Таким образом, в античной философии разрабатываются, прежде всего, онтологические основания рефлексии, как сущностной характеристики космоса, природы. В философском творчестве античных мыслителей Сократа и Эпикура впервые были обозначены гносеологические, этические и экзистенциальные аспекты проблемы рефлексии, активно изучаемые современной наукой.

Тема размышлений человека о самом себе занимает особое значение в творчестве средневековых христианских мыслителей, прежде всего в «Исповеди» Августина Аврелия (354-430 гг.). По глубокому убеждению философа, истина может быть установлена только через знания человека о самом себе. Осознание собственных душевных состояний, желаний, размышлений, воспоминаний и должно восприниматься как истина того, что человек действительно существует. Объектом познания, по Августину, является душевная

организация человека, а способом познания - внутреннее чувство и разум, управляемые волей. Рациональная рефлексия конкретизируется в «Исповеди» Августина в форме психологического самонаблюдения и самоанализа, в концепции памяти и психического времени. Таким образом, в эпоху средневекового теоцентризма рефлексия понимается как необходимый способ обнаружения и корректировки заблуждений человеческого разума.

В период Нового времени понимание души, психики наполнилось новым содержанием. В это время в науке впервые появился термин – «рефлексия», предложенный Р. Декартом, основателем рационалистической теории самосознания, рассматривающей сознание, прежде всего как мышление. В своей работе «Разговор с Бурманом» Р. Декарт пишет: «Быть сознающим — значит мыслить и рефлектировать над собственным мышлением» [9]. Он отождествлял рефлексию со способностью индивида сосредоточиваться на содержании своих мыслей, абстрагировавшись от внешнего, телесного.

В работах Лейбница понятие рефлексии приняло психологический оттенок и в большей степени отражает понятие самопознания. Предмет рефлексии и процесс рефлексии оказываются в пространстве одного психического явления – сознания. Подобная трактовка рефлексии стала впоследствии аксиомой интроспективной психологии, рассматривающей рефлексию как способность человеческого сознания наблюдать за психическими актами, становиться предметом собственного осмысления. Дальнейшие исследования были направлены на дифференциацию самого мыслительного акта и разведение предмета рефлексии и процесса рефлексии, на описание их с различных методологических позиций.

В работе И. Канта «Критика чистого разума» прослеживается тенденция на закрепление психологической природы рефлексии, сознание же рассматривается им как источник рефлексии. Рефлексия, по Канту, не имеет дела непосредственно с самими предметами, и, во-вторых, есть особое состояние души[2]. Исследования в области развития понятия рефлексия были продолжены в трудах И.Г. Фихте. В своих работах И.Г. Фихте определяет предметом рефлексии знание, которое в развернутом виде может принимать форму средства, метода и т. п. Внутренние действия сознания являются работой организма как психофизиологическое целое по обработке информации, которую данный организм получает из внешнего мира посредством органов чувств. Рефлексию в этом случае следует рассматривать как познавательный акт, где функции внешнего мира выполняет собственное сознание, а функцию органов чувств выполняют ощущения, переживания, оценка состояний. Рефлексия по Фихте –знание о знании, или «знающие знания»[8].

В философском творчестве Г. Гегеля рефлексия определяется, как способность человеческого сознания стать предметом осмысления. По Гегелю понятие «рефлексия» является свойством самой действительности. Именно субъективно-деятельностную сторону

мышления, форму, в которой движется категориальное содержание в познании, Гегель, в общем, характеризует как «рефлексию», т. е. как сознательное рассмотрение содержательных продуктов самой умственной деятельности. Рефлектируя, человек перестает быть в сфере необходимого и переходит к сфере свободы. Таким образом, рефлексия, по Гегелю, делает шаг к преодолению ограниченности, дает возможность увидеть конструирующую, созидающую основу знания.

Итак, начиная с Нового времени, при разработке проблемы рефлексии в философии, главный акцент переносится с онтологического на гносеологические и методологические аспекты проблемы.

Таким образом, в контексте философской проблематики рефлексия трактуется как:

- способность сознания и мышления обращаться на себя; анализ знания с целью получения нового знания,
- самонаблюдение за состоянием ума и душевных явлений;
- принцип мышления,
- исследовательский акт, направленный на поиск оснований собственного существования.

Итогом историко-философского развития понятия «рефлексия», стало выделение его в качестве самостоятельной категории, обозначающей деятельность самопознания, раскрывающую внутреннее строение и специфику духовного мира человека. Рефлексия выполняет координирующие, упорядочивающие, критические и регулирующие функции, имеет универсальный характер. Как форма познания рефлексия есть не только критический, но и эвристический принцип: она выступает как источник нового знания.

Таким образом, возможность личностного и профессионального развития специалиста зависит от рефлексии, понимаемой как совокупность способностей к интеграции собственного опыта, имеющихся теоретических знаний, направленных на поиск оптимального решения неоднозначных жизненных, в том числе профессиональных проблем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евстифеева, Е.А. Формирование рефлексивно-активной среды в медицинском образовании: проектная методология, психологическая модель / Е.А.Евстифеева, С.И. Филиппченкова // сборник материалов «XII всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2014», М.,.

2. Кант, И. Критика чистого разума. / И. Кант – М.: Наука, 1999. - 655 с.

3. Перевалова, О.В. Рефлексивные способности личности как полинаучная категория / О.В. Перевалова //Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. –2012. –№2.– С.237-244.

4. Постнов, В.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров-наркологов/ В.В.Постнов // Вестник ОГУ. –2010. –№12(118). –С.184-189.

5. Сластенин, В.А. Рефлексивная культура и профессионализм учителя. / В.А. Сластенин // Педагогическое образование и наука. – № 3. – 2005. – С. 37-42.

6. Философский энциклопедический словарь. М., 1989.

7. Фихте, И.Г. Основа общего наукоучения / И.Г. Фихте – Сочинения в двух томах. Т. 1. –СПб.: Мифрил, 1993. – 687 с.

8. Фихте, И.Г. Факт сознания / И.Г. Фихте –Сочинения в двух томах. Т.2. –СПб.: Мифрил, 1993. – 798 с.

9. Якунин, В.А. История психологии: учебное пособие/ В.А. Якунин –СПб., 2001. – С.151.

УДК:159.944.4:[61:378-057.875]

УРОВЕНЬСТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

К.В. Петров, К.Д. Яковлева, Л.С. Соломатова

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

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, НОЦ Морфология

Научные руководители:д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, д.м.н., проф. Н.Н. Медведева, асс. К.А.Газенкампф

На современном этапе развития отечественной системы высшего образования главной задачей является обеспечение его качества, направленного на формирование активной, здоровой, успешной, конкурентоспособной, личности профессионала и гражданина. Однако полноценное решение данной задачи представляется затруднительным без организации целенаправленных усилий по развитию стрессоустойчивости. Получение высшего образования в современных условиях – процесс, требующий колоссального эмоционального и физического напряжения, и сопряжённый с большой умственной нагрузкой:

ненормированный учебный день, дефицит времени, необходимость усваивать в сжатые сроки большой объем информации, повышенные требования, жесткий контроль и регламентация режима. В совокупности эти факторы оказывают значимое влияние на психическое состояние студентов, подвергая его большим испытаниям. В последние годы в системе высшего профессионального образования назрел вопрос изучения и разработки условий, которые способствуют тому, чтобы процесс подготовки медицинских работников был более эффективным, а эмоциональная сфера студентов - адекватной ситуации учебной деятельности. Немалое значение в этом отводится исследованию различных психических состояний студентов, среди которых довольно большое внимание уделяется состоянию, обозначаемое как тревожность. Отсюда вытекает проблема, заключающаяся в том,что студенты испытывают заметное влияние стресса в процессе интеллектуальных испытаний, предусмотренных учебным процессом в вузе, что создает угрозу их психологическому здоровью, способствует демотивации учения, снижает уровень самореализации и успеваемости в учебной деятельности, является условием формирования отрицательного статуса личности и конфликтных отношений, создает предпосылки для агрессивного поведения. Кроме того, студенты, имеющие высокую тревожность, относятся кгруппе риска по развитию неврозов и психосоматических заболеваний. Следовательно, изучение тревожности у студентов первых курсов медицинского университета играет важную роль в создании условий для эффективности и успешности учебного процесса, поскольку, нередко наблюдая явные признаки учебной дезадаптации у студентов факультета фундаментального медицинского образования КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (далее – КрасГМУ), педагоги высшей школы не всегда усматривают ее психосоматический генез.

Цель исследования–исследование уровня тревожности у студентов первых курсов медицинского университета.

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). Объект исследования - совокупность здоровых молодых людей (добровольцев), которые 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 60 добровольцев. Выбор объекта исследования обусловлен сопоставимым уровнем образования, возраста, степени умственной и физической нагрузки. Участие обследуемых было добровольным и осуществлялось в рамках работы студенческого научного общества (СНО). Исследование проводилось бесплатно и не представляло риска для здоровья испытуемых, в дневное время суток. Средний возраст испытуемых составил 18 лет, с границами коридора нормы 25-75% в 17 и 19 лет соответственно. Распределение по полу: девушек – 44 (73%), юношей – 16 (27%). Исследование уровня самооценочной (личностной), межличностной ситуативной тревожности проводилосьс использование компьютерного программного обеспечения АПК «НС-ПсихоТест», элитная версия (Нейрософт, Иваново). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики и уровня тревожности использовали «Шкалу тревожности». Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью гистограммной оценки. Для сравнения параметрических (количество нормально распределенных признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента с учетом параметра равенства дисперсий. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICAv.7.0 (StatSoft, USA).

В результате проведенного исследования нами показано, что, в целом, у студентов первых курсов КрасГМУ отмечается низкий уровень личностной, межличностной и ситуативной тревожности, что можно объяснить организацией на базе нашего университета факультета фундаментального медицинского образования (ФФМО), слаженной работой деканов, кураторов студенческих групп и органов студенческого самоуправления (таблица1).

Таблица 1. Результаты тестирования по "Шкале тревожности"

	Самооценочная тревожность		Межличностная тревожность		Ситуативная тревожность		Общая тревожность	
	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %	муж., %
Нормальный уровень	48,5%	41,2%	84,8%	52,9%	60,6%	5,9%	24,3%	11,8%
Чрезмерное спокойствие	51,5%	58,8%	15,2%	47,1%	39,4%	94,1%	75,7%	88,2%

С другой стороны, обращает на себя внимание наличие большого процента студентов с «чрезмерным спокойствием» в трех основных плоскостях: ситуативная тревожность,

самооценочная тревожность, межличностная тревожность. Частота встречаемости «чрезмерного спокойствия» среди юношей по шкалам межличностной и ситуативной тревожности (47,1% и 94,1% соответственно) была статистически значимо выше, чем среди девушек (15,2% и 39,4% соответственно),$p< 0,05$. Низкий уровень личностной тревожности встречался у половины студентов первых курсов без статистически значимых гендерных различий ($p> 0,05$).

С одной стороны, подобное безразличие в студенческой среде носит, как правило, компенсаторный, защитный характер и препятствует адекватному восприятию действительности (университетской среде, в частности) и себя как личности [4,5].С другой стороны, низкотревожные испытуемые значимо отличаются от высокотревожных респондентов по показателю «удовлетворенность настоящим положением»), то есть они не ориентированы на ситуации соревнования, на проявление упорства при столкновении с препятствием, не стремятся к достижению высоких целей.Так, выявленный нами феномен высокой частоты встречаемости низкотревожных студентов-юношей среди студентов первых курсов факультета фундаментального медицинского образования КрасГМУ может объяснить их низкую активность к участию в работе студенческих научных обществ. Кроме этого, следует помнить, что испытуемые с низким уровнем тревожности в значительно большей степени воспринимают окружающий их мир более дружелюбным, не видят угрозы со стороны других людей по сравнению с высоко тревожными респондентами[5], что также является фактором риска социальной и учебной дезадаптации этой группы студентов, особенно проживающих в студенческих общежитиях и в арендованных (съемных) квартирах без психологической поддержки родителей, друзей и близких, фактором риска астено-депрессивных состояний в студенческой среде, в итоге. С другой стороны, для группы респондентов с низким уровнем тревожности в большей степени характерна способность находить формы поведения, обеспечивающие решение необходимых социальных задач.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при оценке состояния различных видов тревожности (самооценочной, межличностной, ситуативной и общей) у студентов 1-2 курсов КрасГМУ преобладали нормальные показатели. В среднем у 50% респондентов выявлены признаки «чрезмерного спокойствия». Полученные нами данные требуют продолжения исследования: привлечения к углубленному обследованию студентов ФФМО специалистов факультета клинической психологии, уточнения причин гендерных различий по данным показателям, включая общесоциальные и межличностные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березовин, Н.А. Адаптация первокурсников к педагогическому процессу вуза / Н.А. Березовин, Л.И. Морозова //Педагогика высшей и средней специальной школы. -В.2.- Минск, 1988.

2. Брагина, К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К.Р. Брагина // ВісникВінницького державного медичногоуніверситету. – 2003. – Т. 7 (2) / 2. – С. 849-851.

3. Воротникова, Е.Ю. Психологические методы коррекции состояния тревожности у студентов / Е.Ю.Воротникова,Е. В. Соколова, В. И. Мельников// Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: Сб. докл. межрегион. науч. - практ. конф.: В2-х ч. – Новосибирск, - 2003. - Ч. 1. – С.451-453.

4. Ротштейн, В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, М.Е. Суетин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, №2. – С. 56-58.

5. Смирнов, Ю.А. Стиль жизни и личностная тревожность // Знание. Понимание. Умение. – 2007. – № 1. – С. 212-214.

6. Туманник, Е.В. Место тревожности в динамике психосоматических расстройств человека / Е.В. Туманник // Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: Сб. докл. межрегион. науч. - практ. конф.: В 2-х ч. - Новосибирск, - 2003. - Ч. 2. – С.148-150.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Е.М. Петроградова, С.М. Колкова
Сибирский федеральный университет
Кафедра психологии развития и консультирования
Научный руководитель: к.пс.н., доц. С.М.Колкова

На ход семейной терапии, как определяют многие ученые, влияют теоретические предпочтения, научный подход или школа, к которой принадлежит психолог. Весь процесс работы с семьей имеет ярко выраженную специфику, которая определяется предметом, целями и задачами этого процесса, а также тем, как психолог осознает свою профессиональную роль в индивидуальной логике жизни семьи.

В любой из школ семейной психотерапии, идентифицирующих себя с системным подходом, утверждается, что семья - это социальная система, закономерности функционирования которой лежат в основе ее нормы и патологии, и, соответственно, нормы или патологии людей, входящих в эту семейную систему.

Однако, если в классическом системном подходе выделяются прежде всего информационно-коммуникативные особенности функционирования семьи, то теория семейных систем Мюррея Боуэна сосредотачивается на ее эмоциональном функционировании.

Боуэн вводитпонятие эмоциональной системы, которую толкует как сложный чувственно-поведенческий комплекс, свойственный почти всему животному миру, по крайней мере, начиная с эволюционного уровня рептилий и птиц.

В широком смысле слова, термин эмоция может относиться ко всем процессам, которые автоматически управляют поведением живого существа в его окружении. Эмоциональная регуляция поведения включает в себя генетические факторы, механизмы приспособления к среде, закрепленные в индивидуальном опыте и функциональное состояние живого существа, свойственное ему в каждый данный момент.

Основоположники системного подхода (М. Боуэн, С. Минухин, В. Сатир, К. Витакер и др.) рассматривают семью не просто как объединение индивидуальностей, связанных узами родства, а как целостную систему, где никто не страдает в одиночку: семейные конфликты и кризисы оказывают деструктивное влияние на всех. Поскольку семья – это система, то не так важно, какой из ее элементов изменяется. На практике изменения в поведении любого из членов семьи влияют на нее и другие входящие в нее подсистемы (других членов семьи) и одновременно испытывают воздействие с их стороны.

В теории семейных систем Мюррея Боуэна выделяются два параметра - уровень тревоги и дифференциация "Я".

Тревога - базовая характеристика эмоциональной системы. Индивиды, пребывающие в высоко тревожной системе, развивают множество поведенческих паттернов, направленных на снижение тревоги. Среди них наиболее распространены четыре: дистанцирование, супружеский конфликт, проекция проблем на ребенка, симптоматическое поведение одного из супругов. Несмотря на кажущееся различие в стилях проявления каждого из них, цель у всех этих процессов общая - снижение тревоги. Уровень тревоги - своего рода наследственная характеристика системы, получаемая ядерной семьей от своих родительских семей.

Дифференциация - следующая характеристика в теории семейной системы, так же как и индивидуального функционирования. В последнем случае М.Боуэн употреблял термин

"Дифференциация"Я". Это базовое понятие описывает уровень функционирования, степень успешности и социальной адаптации семьи и человека. Чем более слиты эмоции и интеллект, тем ниже уровень дифференциации, и уровень функционирования. Боуэн утверждает, что "чем выше дифференциация, тем лучше функционируют люди. Они более гибки, адаптивны к стрессам и более свободны от всех видов проблем. По степени дифференциации Я люди образуют континуум" [2].

В теорию Мюррея Боуэна входит восемь концепций:

1. Дифференциация Я. Как уже говорилось выше, здесь дается описание эмоциональной и интеллектуальной системы человека, разрабатывается понятие дифференциации и составляется шкала дифференциации. Кроме того, здесь вводятся еще два чрезвычайно важных понятия: "псевдо Я" (или ложного Я, легко изменяемого, подверженного влияниям извне, конформного, не имеющего убеждений и принципов, содержание которого определяется либо стремлением соответствовать ожиданиям других, либо бессмысленным бунтом) и твердого, истинного Я (мало подверженного внешним влияниям, определяемого ценностями и внутренней этикой).

2. Триангуляция. Имеется в виду эмоциональный процесс между двумя людьми или группами, который в ситуации повышенной тревоги имеет тенденцию вовлекать в отношения третьего. Цель, остающаяся неосознаваемой, - снижение тревоги в социальной системе (семье или организации) В схематичном виде процесс выглядит так: жена, поссорившись с мужем, эмоционально объединяется со своей матерью, жалуется ей на мужа, получая от нее эмоциональную поддержку. Затем в какой-то момент ссорится с матерью, мирится с мужем, начинает дружить с ним "против" матери. Другим примером может служить появление симптоматического поведения у ребенка при возрастании напряжения в родительской диаде.

3. Эмоциональные процессы ядерной семьи. Концепция описывает паттерны эмоционального взаимодействия в семье на уровне одного поколения. Человеческая семья может быть рассмотрена как эмоциональное целое, или целостная эмоциональная система. Человек, погруженный в это поле, живет по его законам, реагируя на тонкие изменения в балансе отношений. Эта эмоциональная реакция обычно совершается автоматически. Например, в ответ на отвержение автоматически следует реакция увеличения дистанции - от перехода на формальное общение вплоть до физического ухода. Эмоциональная реактивность является медиатором в отношениях. Степень и способ эмоционального реагирования супругов определяются уровнем дифференциации Я. Стрессовые ситуации могут вызывать появление симптомов в трех областях , а именно: 1) супружеский конфликт, 2) дисфункция у супруга, 3) проекция тревоги на одного или более детей. Какая-либо одна из

этих трех областей или их сочетание должны "вместить" определенное количество недифференцированности, свойственной супругам.

4. Проективные процессы в семье. Рассматриваются механизмы "триангулирования", посредством которых родительская недифференцированность наносит вред и приводит к ухудшению состояния одного или более детей. "Триангулированный" ребенок - тот, на ком проективный процесс сфокусирован в наибольшей степени. Обычно такие дети бывают чрезмерно включены в родительские взаимоотношения, в ущерб решению стоящей перед ними важной задачи - построения собственной идентичности. В результате, они плохо адаптируются к жизни и в итоге имеют более низкий, по сравнению с сиблингами, уровень дифференциации Я.

5. Наследование внутрисемейных паттернов отношений. Одна из важнейших концепций в теоретической системе Боуэна, описывающая проективные процессы, в результате которых различные уровни недифференцированности передаются не только от родителей к детям, но повторяясь в семье из поколения в поколение. Определенные базисные способы отношений между матерью, отцом и ребенком воспроизводят история отношений прошлых поколений и будут воспроизведены в последующих. Таким образом, все мы выносим из родительских семей определенный "багаж". Множество симптоматических паттернов, таких как алкоголизм, инцест, физические симптомы, насилие и суициды, повторяются из поколения в поколение. Зная о передаче определенных паттернов в предшествующей истории семьи, можно предугадать воспроизводство тех же самых процессов в жизни и отношениях будущих поколений. В свою очередь, учитывая детали жизни текущего поколения и тщательно изучая историю семьи, можно с большой точностью восстановить способы функционирования прошлых поколений. Узнавание и исследование таких паттернов дает возможность семье понять, какие способы адаптации она использует, и тем самым избежать повторения пагубных моделей в настоящем и их перехода в будущее, освоив другие, плодотворные способы совладания с ситуацией.

6. Эмоциональный разрыв. Концепция эмоционального разрыва создает представление о паттернах, определяющих, как люди обращаются со своими привязанностями. Боуэн анализирует разные случаи эмоциональных разрывов в семьях и социальных группах.

Наиболее часто причиной эмоционального разрыва становится невозможность соответствовать ожиданиям другого. Так случается с детьми, которые, имея идеализированные представления о своих родителях, испытывают чувство вины, что не оказались "достойными" сыном/дочерью. При встрече с ними, он/она изо всех сил стремится соответствовать тому фантазийному образу, который, якобы, соответствует их представлениям и более всего успокоит и поддержит их, и тогда, может, он и сам начнет

чувствовать себя спокойнее. Но стремление быть тем, кем на самом деле не являешься, которому человек следует, чтобы избежать разочарований и напряжения во взаимоотношениях, все-таки не спасает эти отношения и неизбежно приводит к печальному финалу.

7. Позиция сиблингов. Данный концепт описывает корреляцию между базисными характеристиками личности и сиблинговой позицией, то есть порядком рождения детей в семье. Эмоциональная система любой семьи порождает конкретные функции, которые выполняются конкретными людьми. Когда один член семьи берет на себя те или иные функции, другие уже не будут их выполнять. Появляясь на свет в определенной сиблинговой позиции, ребенок невольно принимает на себя и те функции, которые связаны с данной позицией. В определенной мере личность индивида формируется самой функциональной позицией, которую он занимает в семье. Характер и тип его функционирования формирует развитие его личности, в то же время личность - по мере своего развития - оказывает обратное влияние на смысл и содержание его функционирования. Например, отнюдь не все старшие братья (своих сестер и братьев) похожи друг на друга по своим личностным качествам. По настоящему зрелый старший брат легко принимает на себя функции лидера и ответственность и вместе с тем не пытается контролировать дела других детей, подавлять их, позволяя им в чем-то брать ответственность на себя. В отличие от этого, незрелый старший брат может оказаться догматичным и властным лидером, не способным уважать права других. В подобных случаях рядом с ним может оказаться младший брат, который в реальности становится "функциональным" старшим братом. Этот "функциональный" старший ребенок имеет больше характеристик именно старшего, сравнительно с тем, кто является старшим по времени рождения. Степень, в которой профиль личности соответствует "нормальному", выявляет уровень дифференциации данной семьи и, кроме того, позволяет предсказать, какая степень слияния будет у будущих супругов в браке и какие эмоциональные процессы в их ядерных семьях будут преобладать.

8. Социальная регрессия. Согласно этой концепции, эмоциональные проблемы в обществе подобны эмоциональным проблемам в семье. В обществе, так же как и в семье, могут возникать периоды повышенной тревоги. И существуют те же механизмы снижения тревоги, что и в семье, например, с помощью слияния, объединения, конформизма и затем - тоталитаризма. Чем дольше и сильнее присутствует тревога в обществе, тем явственнее наблюдается социальный регресс - аналог низкого уровня дифференциации в семье. Популизм во внутренней политике, агрессивность во внешней, варварское отношение к экологии, рост числа экстремистских группировок - все это признаки социального регресса.

Определяя здоровую, функционирующую семью, Боуэн выделил 11 признаков:

1. Оптимальный уровень дифференциации (автономности) членов семьи.

2. Низкий уровень тревоги.

3. Четкие границы между поколениями при наличии хорошего эмоционального контакта и связи между поколениями.

4. Эмоциональные проблемы не локализуются в ком-то из членов семьи, а отмечается вклад каждого в гармоничные семейные отношения.

5. Члены семьи минимально симбиотичны и минимально дистанцированы при решении проблем.

6. Каждая диада может справляться без привлечения третьего.

7. Каждый может общаться с другими на эмоциональном и на интеллектуальном уровне.

8. Сохранение хорошего эмоционального климата важнее, чем следование общепринятым стандартам (что такое «хорошо», что такое «плохо»).

9. У каждого члена семьи есть ощущение, что ему нравится жить в этой семье.

10. Члены семьи используют друг друга как источник обратной связи и опыта, но не как средство эмоциональной разрядки.

11. Каждый четко знает свои и чужие обязанности [1].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бейкер, К. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика /К.Бейкер, А.Я. Варга –М: Когито-Центр, 2015. – 496 с.

2. Лукьянченко, Н.В. Системная семейная психотерапия М. Боуена: учебно-методическое пособие / Н.В.Лукьянченко, И.А. Аликин –Красноярск: РИО СиБУП, 2005. - 95 с.

УДК 159.9.07

ПРОБЛЕМА ОТЧУЖДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИИ

Е.М. Петроградова, С.М. Колкова

Сибирский федеральный университет

Кафедра психологии развития и консультирования

Научный руководитель: к.пс.н., доц. С.М.Колкова

Связь отчуждения с нарушением включенности в те значимые жизненные отношения, реализация которых несет человеку ощущение смысла своей жизни и заменой их отношениями, в которых отсутствует жизненная включенность субъекта

- философский как процесс объективации сознания индивида;
- социологический как различные объективированные формы, действительность(Я и другие);
- психологический как состояния и процессы, переживаемые в ходе присвоения объективированных форм и объектов(Я реальное и я актуальное).

Таблица 1 – Отчуждение как состояние

Уровни отчуждения	Обратимое отчуждение	Необратимое отчуждение
Философский, общеметодологический уровень	Овнешнение, объективация, опредмечивание, институализация собственного сознания, духа (Г. Гегель, К. Маркс)	Овнешнение, объективация, опредмечивание, институализация чужого сознания, чужих целей и идей (К. Маркс)
Социологический уровень (социальные формы и процессы)	Произведение собственного сознания (Г.Гегель); Gemeinschaft (Ф. Теннис); личностные вклады (А.В. Петровский)	Произведение, полученнное в результате действования ради действования (Г.Гегель); продукт отчужденного труда, частная собственность (К.Маркс); запретные действия (З.Фрейд); враждебное общество (К.Хорни); разделение труда, “независимый” продукт, объективированная культура, деньги (Г. Зиммель); разделение труда (Э.Дюркгейм); потребительство, нетворческий труд (Э.Фромм);
Психологический уровень (психологические процессы и состояния)	Процесс и состояния присвоения собственного произведения, счастливое сознание (Г.Гегель);	Несчастное, противоречивое сознание (Г.Гегель); конфликт субъективной и объективной культуры (Г.Зиммель);

	“перетекание” субъекта через объект вновь в субъект (Г.Зиммель); диалог Я и Ты (М.Бубер); обособление как момент индивидуализации (В.С. Мухина, А.Е.Горбушин, В.А. Абраменкова); идеальнаярепрезентированность в Другом (А.В. Петровский, В.А. Петровский)	потеря духовной родовой сущности (К.Маркс); конфликт между Сверх-Я и Оно (З.Фрейд); коренная тревога (К.Хорни); самоубийства, аномия (Э. Дюркгейм); чувство несвободы (М.Вебер); страх, тревога, бессмысленность и др (К.Ясперс, М.Хайдеггер, Ж.-П. Сартр, А. Камю), нарушение диалога Я и Ты (М. Бубер); сужение личностной жизни (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская), несовпадение значений и смыслов (А.Н. Леонтьев), неотраженность в Другом (А.В. Петровский, В.А. Петровский, М.В.Полевая), одиночество (А.Е. Горбушин, В.А. Абраменкова).

Описания отчуждения как состояния удобнее разделять2 на два основных варианта, которые можно также назвать двумя основными формами отчуждения: 1) субъективнонеприятное чувство отчужденности, отдаленности человека от мира, который его окружает, или от определенных его частей — назовем его переживанием отчужденности; 2) отчуждение человека от некой своей истинной глубинной сущности, от своего реального «я», вследствие «озабоченности конформностью, желаниями других, давления социальных институтов и других «внешних» мотивов» [1] — назовем его, вслед за К. Хорни, отчуждением от реального «я». В «Неврозе и личностном росте» К. Хорни анализирует отчуждение человека от своего реального «я», от «самого живого, что есть в нас». Вслед за Фрейдом этот термин использует К. Хорни: в ранних работах она связывает отчуждение с принятием человеком невротически неадекватного представления о себе. В более поздних работах у неё возникает различение между «актуальным Я» (всем тем, чем человек является в настоящее время) и «реальным Я» (движущей силой, источником развития, жизненным центром).

«Отчуждение от актуального Я» она связывает с невниманием человека к собственным чувствам, мыслям или действиям, с субъективным переживанием отдалённости от самого себя, которое испытывает невротик, с ненавистью к самому себе или «безличным» отношением к себе, с утратой личного смысла.

«Отчуждение от реального Я» она связывает с утратой невротиком переживания себя как активной детерминирующей силы в собственной жизни, с утратой связи с внутренним источником психической энергии, мотивации, с активным уходом человека от осуществления заложенной в нём потенциальности (что я могу? перенос соц. норм и запретов на себя).

С. Мадди выделяет также черты «преморбидной личности», предрасположенной к экзистенциальному неврозу. По его мнению, это человек, не обладающий индивидуализированной идентичностью: его идентичность чрезмерно конкретна и фрагментарна, сводится к набору социальных ролей и биологических потребностей; с когнитивной точки зрения такой человек характеризуется прагматической и материалистической (потребительской) установками; в аффективном плане он чаще всего испытывает тревогу и страх; а стремление к поверхностным межличностным отношениям контрактного типа приводит его в конечном итоге к одиночеству и разочарованию. Преморбидный тип личности, согласно Мадди, широко распространён. Хотя такие люди не являются нездоровыми, они предрасположены к экзистенциальному недугу, который может возникнуть у них под действием таких стрессоров, как угроза близкой смерти, изменение общественного строя или конфронтация с другими людьми.

Впоследствии С. Маддиотказывается от понятия преморбидной личности и связывает отчуждение непосредственно с экзистенциальным недугом. Он выделяет четыре формы, в которых проявляется отчуждение.

1. Вегетативность - неспособность поверить в истину, важность или ценность любой реально осуществляемой или воображаемой деятельности. Вегетативность, по мнению С. Мадди, является наиболее тяжёлой формой экзистенциального недуга.

2. Бессилие - утрата человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако, при сохранении ощущения их важности, что позволяет считать бессилие менее серьёзной формой экзистенциального недуга, нежели вегетативность.

3. Нигилизм - убеждение в отсутствии смысла и активность, направленная на его утверждение путём занятия деструктивной позиции. Эта форма экзистенциального недуга включает в себя переживание некоторого смысла - пусть это и парадоксальный, антисмысл - и связана с активностью по его реализации, что позволяет считать нигилизм менее серьёзной формой экзистенциального недуга, чем вегетативность и бессилие.

4. Авантюризм (С. Мадди также употребляет термин «крусадёрство») - компульсивный поиск жизненности, вовлечённости в опасных, экстремальных видах деятельности, в силу переживания бессмысленности повседневной жизни. Эта форма экзистенциального недуга является наименее серьёзной, поскольку связана с активностью, поиском новых ощущений.

При анализе четырёх форм отчуждения, выделенных С. Мадди, обращает на себя внимание сходство описанной им симптоматики вегетативности с симптомами экзистенциального вакуума, описанными В. Франклом. В обоих случаях речь идёт об апатии и скуке, которые являются следствиями утраты переживания осмысленности. Авантюризм представляет собой вариант, при котором смысл обнаруживается и осуществляется человеком за пределами ситуаций, образующих его повседневную жизнь; таким образом, его жизнь в целом в значительной части остаётся бессмысленной. «Позитивным» понятием, соответствующим авантюризму, является поиск новых впечатлений: грань между этими понятиями нечёткая, однако авантюризм подчёркивает элемент эскапизма, ухода от бессмысленной жизни в бессодержательный риск, тогда как поиск новых впечатлений связан скорее с поиском и обнаружением бытийных ценностей в новых видах деятельности.

Отчуждение, по Фромму, это, во-первых, фрустрация человеком своей подлинной личности и утверждение взамен нее социального «я» (одно из описаний: забота «не о своей жизни, счастье, а о том, как бы это стать наиболее ходким товаром, как бы это пользоваться наибольшим спросом» [2]). Во-вторых, отчуждение — некое особое чувство человека капиталистического общества, появляющееся у него ощущение собственной ничтожности, бессилия, беспомощности и изолированности.

С точки зрения Э. Фромма, перенос не единственный феномен психопатологии, который можнорассматривать как выражение отчуждения. В широком смысле «любой невроз можно считать следствиемотчуждения».

Характерной чертой невротика является то, что какая страсть в нем становитсядоминирующей и обособляется от целостной личности. Невротик отчужден от самого себяпотому, чтопревратился в раба одной своей части. Вместе с тем Э. Фромм считал, что при рассмотрении отчуждения вкачестве патологического феномена не следует упускать из виду одно важное обстоятельство. Этообстоятельство связано с признанием отчуждения необходимым явлением, внутренне присущим развитиючеловека и имеющим непосредственное отношение к сферам разума и любви. Человек вынужденотчуждаться, чтобы преодолевать раскол в деятельности разума, а любовь предполагает отчуждение и в тоже время способность преодолевать его.

Отметим также взгляды Э. Эриксона, который полагает, что человеческому эго приходится сталкиваться с определенного рода отчуждением на каждой новой стадии своего развития. Чтобы благополучно выйти на следующую стадию, человек должен преодолеть это отчуждение в ходе возрастного кризиса. Таким образом, была изучена проблема отчуждения в психологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зиновьева, Д.М. Методологические возможности категории отчуждения в изучении психологии личности / Д.М. Зиновьева – Проблемысоциальной психологии личности. - 2008

2. Леонтьев, Д.А. / Д.А.Леонтьев, Е.Н.Осин. // Культурно-историческая психология. – 2007.–№ 4. – С. 68-77.

УДК 159.922.736.3:37.026.7

РАЗВИТИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

К.С. Петухова

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. О.В. Волкова

Тревожность является одним из наиболее распространенных феноменов психического развития, встречающихся в школьной практике. В последние годы данной проблеме уделяется значительное внимание, так как от степени проявления тревожности зависит успешность обучения учащегося в школе, особенности его взаимоотношений со сверстниками, эффективность адаптации к новым условиям. Многие выдающиеся психологи анализируют тревожность с точки зрения своих специфических воззрений, не ставя при этом цели комплексного рассмотрения проблемы в целом применительно к школьной практике.

В многочисленных исследованиях, посвященных проблеме учебной тревожности рассмотрены причины ее возникновения, а также пути предупреждения и коррекции. Несмотря на то, что в психологии значительное количество работ посвящено тревожности, эта проблема не теряет своей актуальности, поскольку тревожность является серьезным риск-фактором для развития психосоматических отклонений, нередко служит причиной возникновения стрессовых состояний.

С тревожностью могут быть связаны причины возникновения школьных неврозов, неумение ребенка адаптироваться в новой ситуации, затруднения интеллектуальной деятельности, снижение умственной работоспособности, трудности в общении и установлении межличностных отношений с окружающими людьми. Состояние беспокойства и тревоги может быть вызвано социальным окружением – обстановкой в семье, школе.

В современных социокультурных условиях особую значимость приобретают вопросы воспитания подрастающего поколения, формирования у детей личностных качеств, необходимых для успешной самореализации. Как справедливо отмечает Е.И. Казакова: «в воспитательном процессе лидируют три «института»: семья, школа и общество (в целом). Однако не следует забывать, что, как и в образовательном процессе в целом, ведущая роль остается за самим ребенком, т.е. воспитание остается успешным только тогда, когда оно превращается в программу самовоспитания».

Это позволяет нам предположить, что одним из важнейших качеств, которые необходимо формировать и развивать с детства, является самостоятельность.

На самом деле у многих детей самостоятельность не сформирована. Не удивительно, что когда дети становятся старше, родители начинают задумываться, почему их ребенок ни к чему не приучен и ничего не умеет и, следовательно, начинают винить в этом всех окружающих. Но, прежде всего все зарождается в семье.

Объект исследования: тревожность детей младшего школьного возраста.

Цель исследования – изучениеспецифики самостоятельности как средства снижения тревожности младших школьников.

Теоретико-методологической основой нашего исследования являются анализ изучения литературных источников, метод активного обучения – тренинг, метод сбора эмпирических данных.

С целью изучения изучение специфики самостоятельности как средства снижения тревожности младших школьников нами был организован и проведенэксперимент на базе МОУ СОШ Лицея№3, города Красноярска. Выборка исследования: – школьники 4 класса в количестве 19 человек, в возрасте 10 – 11 лет (9 девочек и 10 мальчиков). В контрольную группу входило 9 детей (5 мальчиков и 4 девочки).

В качестве диагностического инструментария мы использовали методика диагностики «Тест школьной тревожности Филипса», «Шкала явной тревожности CMAS (Адаптация А.М.Прихожан)», «Тест на определение уровня развития произвольной регуляции деятельности», Анкета «Изучение мотивации младшего школьника Н.Г. Лускановой».

По первичной обработке всего класса нами были получены следующие результаты: По методике «Шкала явной Тревожности CMAS(Адаптация А.М.Прихожан)» у 47%

исследуемых с высоким уровнем тревожности. «Тест школьной тревожности Филипса» у 49% исследуемых с высоким уровнем тревожности, «Тест на определение уровня развития произвольной регуляции деятельности» у 31% исследуемых низкий уровень развития произвольной регуляции деятельности, Анкета «Изучение мотивации младшего школьника Н.Г. Лускановой» у 26% исследуемых низкий уровень мотивации. На основе полученных данных была сформирована экспериментальная группа.

Учитывая особенности детского младшего возраста и особенностями проявления тревожности, нами была разработана коррекционно-развивающая программа:

Цель исследования – создать условия для развития самостоятельности как средства снижения тревожности младших школьников

Задачи программы:

- формирование коммуникативных компетенций, умений и навыков конструктивно строить общение, избегать эмоциональных конфликтов;
- повышение самооценки учащихся;
- создание условий для самореализации личности;
- развитие у школьников умений и навыков психофизической саморегуляции (снятие мышечного и эмоционального напряжения) и навыков владения собой в критических ситуациях.

После проведениятренинговых занятий была проведена повторная диагностика.

Показатели тревожности по методике «Шкала явной Тревожности CMAS(Адаптация А.М.Прихожан)» у 58%исследуемых низкий уровень тревожности снизился. «Тест школьной тревожности Филипса» у 43%исследуемыхснизился уровень тревожности, «Тест на определение уровня развития произвольной регуляции деятельности» у 90% исследуемых повысился уровень развития произвольной регуляции деятельности, Анкета «Изучение мотивации младшего школьника Н.Г. Лускановой» у 53% исследуемых повысился уровень мотивации.

Для определения статистической достоверности нами был проведен расчет U-критерия Манна-Уитни. По методике «Шкала явной Тревожности CMAS(Адаптация А.М.Прихожан)» полученное эмпирическое значение Uэмп(5.5) находится в зоне значимости, что говорит обэффективности нашего тренинга. «Тест школьной тревожности Филипса» полученной полученное эмпирическое значение Uэмп(7.5) находится в зоне значимости.

Некоторые методики не удалось посчитать в математической обработке, тогда нами была проведена качественная обработка методик «Тест на определение уровня развития произвольной регуляции деятельности», у 90% исследуемых результаты улучшились,

«Изучение мотивации младшего школьника Н.Г. Лускановой» у 53% результаты стали лучше. Данный факт подтверждает эффективность проводимых коррекционно-развивающей программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, И.Н. Личностная тревожность как проблема психического здоровья подростка (гендерный аспект) / И.Н. Андреева // Гуманизация учебного процесса: личностный мотив и творческое развитие: Тезисы научной конференции, 29-30 марта2001 г. – Бобруйск, 2001.

2. Андреева, И.Н. Ситуативная и личностная тревожность подростка / И.Н. Андреева // Психология и дети: рефлексия по поводу защиты прав ребёнка: Материалы Международной научно-практической конференции, 24-25 марта, 1999 г., г. Минск. – Мн., 1999.

3. Аракелов, Н. Тревожность: методы ее диагностики и коррекции / Н. Аракелов, Н. Шишкова // Вестник МУ, сер. Психология. – 1998. – №1.

4. Бороздина, Л.В. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний / Л.В. Бороздина, Е.А. Залученова // Вопросы психологии. – 1993. – №1.

5. Возрастные закономерности социализации личности : сб. науч. тр / Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка ; редкол.: Н.С. Старжинская и др.; науч. ред. Л.А. Кандыбович. - Мн.: БГПУ, 2008.

УДК 159.922

ТРЕНИНГ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ

А.Г.Печенкина

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.пс.н., доц. В.Б. Чупина

Здоровье человека - тема для разговора достаточно актуальная для всех времён и народов, а в XXI веке она становится ещё и первостепенной.

На современном этапе психология здоровья активно ставит перед обществом задачи: помочь вести более правильный образ жизни и научить управлять своими болезнями и

здоровьем. Важнейшим вектором в этом направлении является стремление достичь значительных изменений в поведении человека.

Учитывая традиционную направленность действующей системы здравоохранения на выявление, определение и «устранение» болезней, усилившуюся в связи с прогрессирующей социально-экономической деструкцией общества, становится ясным, что медицина сегодняшнего дня и обозримого будущего не сможет существенно влиять на сохранение здоровья человека. Этот факт обосновывает необходимость поиска более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья

Образ жизни - понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей, охватывающее труд, быт, формы использования свободного времени, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в политической и общественной жизни, нормы и правила поведения людей, умения и навыки в области укрепления собственного здоровья, медицинскую активность.

Здоровый образ жизни - возможно, главный фактор предупреждения различного рода заболеваний. Это явление сложное, многофакторное. На него влияют демографическая, экономическая, политическая ситуации, ценности, принятые обществом, состояние системы образования и здравоохранения.

Приобщение человека к ЗОЖ следует начинать с формирования у него мотивации здоровья. Забота о здоровье, его укреплении должна стать ценностным мотивом, формирующим, регулирующим и контролирующим образ жизни человека. Образ жизни каждого человека определяет его представления о смысле жизни, отношение к окружающему миру, к себе, к своему здоровью. Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если всем этим не управляет осознанная мотивация здорового образа жизни.

Основная проблема состоит в том, что большинство людей никогда не имели достаточно привлекательного образа своего здоровья и физического благополучия. У них просто отсутствует представление о том, что такое быть по-настоящему здоровым.

Жизнь взрослого человека проходит в бешенном ритме. Нужно все успеть и везде успеть. И мало кто думает о том, что нужно соблюдать здоровый образ жизни. Проблемы на работе, в семье, кризис среднего возраста и прочие жизненные факторы влияют на проявление тревожности – она возрастает.

Давайте разберем, что же такое тревожность? Как она проявляется и как можно ее снизить при помощи мотивации здорового образа жизни?

Тревожность - индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам.

Мы живем в мире, который стремительно меняется. Политические, экономические неурядицы, природные катастрофы, общественные беспорядки, негативные новости в СМИ - все это ежедневно подрывает душевное равновесие человека. В итоге повышенная тревожность в современном обществе становится все более распространенным явлением.

Повышенная тревожность может иметь место у человека в течение всей жизни, не приводя к каким-либо более серьезным расстройствам и заболеваниям. Но чаще она выливается в депрессии, различные формы неврозов, фобии, болезни внутренних органов (в первую очередь нервной и сердечнососудистой системы), психические заболевания.

Здоровый, сбалансированный стиль жизни играет большую роль в устранении симптомов общего тревожного расстройства. Если вы испытываете хронический стресс, тревогу или беспокойство, очень важно задуматься о том, какой образ жизни вы ведёте.

Позитивное отношение к жизни - отличный способ избежать депрессию и снизить тревожность и раздражительность.Для сохранения и восстановления здоровья недостаточно пассивного ожидания, когда природа рано или поздно сделает свое дело. Человек сам должен совершать какие-то действия. Для каждого же действия нужен мотив - осознанное побуждение, обусловливающее действие для удовлетворения какой- либо потребности человека. Совокупность мотивов - мотивация, в большей степени определяющая образ жизни. Следовательно, для сохранения здоровья и снижения тревожности очень важна мотивация здорового образа жизни.

Нельзя сказать, что люди не понимают значения здоровья, не дорожат им, но, к сожалению, ценность здоровья большинством людей осознается тогда, когда оно под серьезной угрозой или в определенной степени утрачено. Только тогда и возникает мотивация - вылечить болезнь, избавиться от вредных привычек, избавиться от стресса и тревоги, стать здоровым.

Существует ли положительная мотивация для сохранения здоровья у людей, страдающих тревогой? Вопрос этот очень сложный и требует специального исследования психологами, социологами, медиками и представителями других наук.

Оказывается, что положительной мотивации явно недостаточно. И причины тут двух родов: человек не ощущает своего здоровья, не знает величины его резервов, его качества и заботу о нем откладывает на потом, к выходу на пенсию или на случай болезни.

Человек, задумавшийся о здоровом образе жизни и выполняющий все его принципы, не поддается повышенной тревожности, так как он гармонично развивается, приспосабливаясь ко всем меняющимся условиям среды. Организм полон внутренних резервов и эти резервы помогают справляться с тревогой и стрессом.

Для того, чтобы повысить у людей интерес к здоровому образу жизни, помочь снизить тревожность и повысить внутренние резервы организма, необходимо проводить тренинги и профилактику, направленную на здоровый образ жизни.

Тренинг может помочь замотивировать и привлечьлюдей к соблюдению здорового образа жизни, показать все его положительные стороны, помочь осознать, что соблюдение правил могут снизить уровень тревожности.

Важнейшим фактором эффективной деятельности любой системы являются обратные связи. Организм человека - весьма сложная система с множеством безусловных и условных реакций, обеспечивающих высокую адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды. Многие люди, однако, неразумно долго и упорно испытывают стойкость своего организма неправильным образом жизни, алкоголем, никотином, и нередко только через десятилетия становятся очевидными неизбежные пагубные последствия. Рано или поздно обратная связь сработает, но чаще всего поздно или очень поздно. Должны пройти годы и десятилетия, прежде чем человек ударится лбом о свою болезнь, стресс, о свое несчастье.В следствие чего у него возникнет повышенная тревожность.

Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь.

Понятие «здоровый образ жизни» во мнении разных людей оказывается довольно спорным, что связано с двумя проблемами. Во-первых, в самом здоровом образе жизни каждый человека видит не всю совокупность формирующих его компонентов, а лишь тот его аспект, с которым он лучше всего знаком. Именно этим обусловлен широко известный тезис: здоровый образ жизни - это не пить, не курить и заниматься физкультурой. Ничего удивительного в таком взгляде нет, потому что он сам по себе бесспорен, очевиден. Во-вторых, трудности в объективной характеристике здорового образа жизни обусловлены тем обстоятельством, что до настоящего времени, не существует научно обоснованных рекомендации в отношении почти любого компонента, формирующего жизнедеятельность.

Только разумное отношение к здоровью позволяет человеку на долгие годы сохранить бодрость, высокую работоспособность, социальную активность и достичь долголетия. И, разумеется, каждый человек должен понимать, что его здоровье - это спокойствие близких

ему людей, жизнеспособность его будущих детей и сила страны.Нельзя сохранять здоровье по частям. Здоровье означает согласованное действие всех систем организма и личности, так что изменение в любом из них обязательно скажется на здоровье в целом. Поэтому не стоит пренебрегать ни одной из «частей» единого здоровья. Чтобы обеспечить их гармоничное взаимодействие, необходимо уделять внимание всему комплексу обстоятельств, формирующих образ жизни данного человека.

Пользуясь принципами здорового образа жизни, человек будет воочию убеждаться, к чему приводит неправильный и что дает правильный образ жизни. Здесь большие задачи возникают перед медициной, педагогикой и главным образом перед психологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхова, Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности / Т.Ю. Артюхова // Дис. канд. психол. Наук. - 2000.-195 с.
2. Басалаева, Н.В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественной психологии / Н.В. Басалаева // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 4. – С. 169-170.
3. Брехман, И.И. Валеология - наука о здоровье/ И.И. Брехман - М.: ФиС. - 2006. - 217 с.
4. Карасева, Т.В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий / Т.В. Карасева // Начальная школа.-2005.- № 11. - С.75.
5. Кропанева, Е.М.Профилактика здорового образа жизни в практике американских ученых (на основе открытых лекций профессора университета Эмори Ральф ДиКлементе (dr. ralphdiclemente, emoryuniversity, usa) / Е.М. Кропанева // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. – 2014. – С. 246.
6. Шевченко, Л.Л. От охраны здоровья к успеху / Л.Л. Шевченко // Начальная школа.– 2006.– № 8. – С.88.

УДК 616

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ И УХОДЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Е.В.Пивсаева

КГБПОУ Минусинский медицинский техникум

Научный руководитель: Т.Ю.Заречнева

Синдром диабетической стопы – это поражение кожи, крупных и мелких сосудов, нервов, костей и мышц стопы. Эта патология вызвана токсическим действием повышенного уровня сахара в крови. СДС определен Международной рабочей группой как «инфекция, язва или деструкция глубоких тканей, связанная с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести».

Синдром возникает как позднее осложнение сахарного диабета, когда длительное повышение количества глюкозы в крови губительно действует на крупные (макроангиопатия) и мелкие (микроангиопатия) сосуды, нервную, костно-мышечную ткань. Нижние конечности, а особенно стопы и лодыжки, хуже кровоснабжаются из-за их удаленности от сердца. При длительном действии повышенного уровня сахара на нервные окончания нижних конечностей возникает диабетическаянейропатия. Нейропатия ведет к снижению болевой чувствительности - при этом небольшие повреждения кожи стоп не ощущаются пациентом и очень медленно заживают. На ноги приходится большая нагрузка при ходьбе, мешающая быстрому заживлению.

Актуальность темы исследования заключается в частоте распространения СДС за последние годы и поэтому возрастает роль медицинской сестры в профилактике диабетической стопы и обучении больных.

Цель исследования – проанализировать основные проявления синдрома диабетической стопы.

Поставленная цель определяет круг задач:

1.Выявить причины возникновения синдрома диабетической стопы.

2.Изучить основные методы диагностики.

3.Изучить подходы к лечению синдрома диабетической стопы.

4.Рассмотреть методы профилактики синдрома диабетической стопы и участие в ней медицинской сестры.

5. Проанализировать статистические данные распространения СДС в Минусинске и Минусинском районе.

Объект исследования: Больные с синдромом диабетической стопы.

Предмет исследования: Меры профилактики диабетической стопы и роль медицинской сестры.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников, медицинской документации ЛПУ г.Минусинска и Минусинского района.

2. Статистический анализ распространения СДС в Минусинске и Минусинском районе.

Синдром возникает как позднее осложнение сахарного диабета и поэтому различают насколько типов диабетической стопы:нейропатическая форма, ишемическая форма, смешанная форма.

При нейропатической форме преобладает поражение нервной ткани, при ишемической – нарушение кровотока. При смешанной форме – имеются проявления и нейропатической, и ишемической форм.Пациентов беспокоит боль в конечных отделах стоп, которая может усиливаться в покое и ослабевать при движении. Характерны и другие проявления повреждения нервной ткани – онемение, жжение или охлаждения стоп, парестезии (ползание мурашек, покалывание). Глубокие повреждения тканей, развивающиеся вследствие ухудшения кровоснабжения, представлены плохо заживающими язвами, инфекционными поражениями, гангреной.

В поликлинике города Минусинска состоит на учете больных с сахарным диабетом:1 типа - 600 человек, 2 типа - 1000 человек. Из них впервые выявленных в 2014г.- 100 больных, 16% от общего числа.Выявлены поздние осложнения в виде ангиопатии и полинейропатии у 300 больных – 18% от общего числа.Из них с синдромом диабетической стопы 70 больных (23,3%).

Ранняя диагностика синдрома диабетической стопы предполагает:

•тщательный сбор анамнеза

•осмотр ног.

•оценку неврологического статуса.

•оценку состояния артериального кровотока.

•рентгенографию стоп.

•бактериологическое исследование отделяемого из раны приналичии.

Больные предъявляли жалобы:

на отек стопы- 20 чел.28,5%

на боли в стопах, особенно при ходьбе – 15чел.21,4%

на похолодание стоп- 18чел. 25,7%

на чувство «ползания мурашек» -5 чел. 7,1%

на трофические изменения кожи стоп -4 чел. 5,7%

на наличие язвы -8чел.11,4%

При осмотре ног:

1) красный цвет – при наличии целлюлита-10чел.14,2%

2) бледные стопы-48чел.68,5%

3) цианотичный цвет кожи – при ишемии- 8чел.11,4%

4) багровый цвет стоп – притяжѐлой ишемии- 4чел.5,7%

5) деформация стопы - стопа Шарко - 7чел.10%

6) отвислая стопа- 6чел.8,5%

7) деформация пальцев -3чел.4,2%

8) отѐк стоп -20чел.28,5%

9) изменения ногтевых пластинок-10чел.-14,2%

10) омозолелости, гиперкератоз- 14 чел.11,4%

11)трещины на пятках и пальцах -70чел.-100%

12) инфицированные пузыри на пальцах и подошве – 8 чел.11,4%

13)язвы: нейропатические – на подошве -5чел. 7,1%

14) ишемические – по краям стопы - 3чел. 4,2%

15) признаки инфицирования с классическими симптомами воспаления - 6 чел. 8%

16) ослабленная пульсация при нейропатической форме - 40 чел. 57,1%

17) отсутствие пульсации при ишемической форме – 30 чел.42,8%

18) нарушение вибрационной, тактильной, болевой, проприоцептивной чувствительности-70чел.100%

Дифференциальная диагностика клинических форм СДС:

С нейропатической формой выявлено 40чел.

С ишемической формой - 30 чел.

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика клинических форм СДС

Признак	Нейропатическая форма	Ишемическая форма
Средний возраст	часто до 40 лет	Старше 55 лет
Длительность СД	Более 5 лет	часто 1—3 года
Другие поздние осложнения	Часто	Могут быть невыражены
Сосудистая патология	Макроангиопатии может не быть	Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ИБС
Язвы стоп в анамнезе	Часто	Редко
Состояние пораженного участка	Обычно безболезненный. По ночам могут беспокоить сильные боли и парестезии (синдром «беспокойных ног»)	Болезненный. Пробы для определения состояния артериального кровоснабжения ног положительны. При сопутствующейнейропатии

		перемежающаяся хромота может отсутствовать
Состояние ног	Ноги теплые, розовые. Кожа сухая, тестообразная, трескающаяся. Пульс прощупывается, вены пол-нокровны	Ноги влажные, холодные, синюшные. Пульс ослаблен или не пальпируется. Оволосение отсутствует
Локализация язв	Преимущественно на подошве, в межпальцевых промежутках	Преимущественно на пальцах и на пятке
Чувствительность	Определяется нарушение вибрационной, болевой и температурной чувствительности (по типу «носков» и "перчаток"), а также ослабление коленного и пяточного рефлексов, атрофия мышц	Выраженное нарушение чувствительности чаше отсутствует
Изменения стопы	Часто возникают деформация стопы и остеоартропатия	Костные изменения развиваются редко
Рентгенография	Остеопения, остеолиз, спонтанные фрактуры суставов стопы, нарушение структуры свода стопы	Медиасклероз сосудов голени и стопы

Дополнительные обследования, которые проведены больным:

- Общеклинические методы исследования -70 чел.100%
- Рентгенограмма стоп в 2 проекциях -50 чел.71,4%
- Дуплексное сканирование артерий - 30 чел.42,8%
- Исследование болевой, тактильной и вибрационной чувствительности и определение сухожильных рефлексов -все больные были отправлены на консультацию к невропатологу.
- Компьютерная томография стоп и голеней- 5чел-7%.

Роль медицинской сестры в профилактике СДС: беседы с пациентами, составление памяток, проведение занятий по лечебной физкультуре, помощь в подборе обуви пациентам, профилактический осмотр ног.

Темы для бесед имеют разную направленность: по питанию пациентов, по контролю сахара в крови и использованию индивидуальных глюкометров, режимам физической активности, по ходу за ногами, по подбору обуви.

Таким образом, проведя анализ литературных источников и полученных в ходе исследования данных, можно сделать следующие выводы:

- Количество больных с сахарным диабетом увеличивается с каждым годом, а следовательно, увеличивается и количество пациентов с поздними осложнениями.
- При первых признаках неблагополучия больной сахарным диабетом должен обратиться к специалисту и подробно описать связанные с диабетической стопой симптомы.
- Медицинская сестра должна быть активным пропагандистом методов профилактики сахарного диабета и синдрома диабетической стопы.
- Медицинская сестра может участвовать в проведение школ, обучающих программ по сахарному диабету, по уходу за ногами, подбору обуви, проведение ЛФК.

Таким образом, нашими рекомендациями является активное привлечение медицинских сестер к профилактике сахарного диабета и поздних осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008. – 544 с.
2. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. / Т.П. Обуховец, Т.А. Скляров, О.В. Чернова – Ростов н/Д, Феникс – 2009. – 552с.
3. Сестринский процесс у пожилых больных с синдромом диабетической стопы // Медицинская сестра – 2001. – №5 – С. 28-29.
4. Туркина, Н.В. Больные с синдромом диабетической стопы: школа здоровья / Н.В. Туркина // Медицинская сестра – 2011 - № 5- с. 3-8.
5. Удовиченко, О.В. Лечение синдрома диабетической стопы на современном этапе / О.В. Удовиченко //Медицинская сестра – 2006 - №8 – С. 32-34.
6. Храмилин, В.Н. Роль медсестры в лечении и профилактике синдрома диабетической стопы / В.Н. Храмилин // Медицинская сестра – 2007 - №5 – С. 28-30.

УДК 614.253:174

ВЕЖЛИВАЯ МЕДИЦИНА

П.С. Пидюков, Л.Н. Бадалян
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков
Научный руководитель: к. филол. н., доц. С. В. Волынкина

Что представляет собой речевой этикет? Разные авторы дают различные трактовки этого понятия. Так, например, в учебном пособии Л.К. Граудиной и Е.Н. Ширяева «Культура русской речи» представлено понятие речевой этики как «свода правил должного речевого поведения, основанных на нормах морали, национально-культурных традициях» [3]. У автора статьи «Риторическая этика или речевая этика» А. В. Щербакова находим подтверждение этой точки зрения: «Речевая этика – это совокупность этических норм и правил речевого поведения в различных ситуациях общения. <…> Речевая этика подразумевает знание и применение в речевой практике правил речевого поведения в ситуациях установления, поддержания и размыкания контакта в соответствии с ситуацией общения, а также статусом и ролью коммуникантов» [7]. В качестве типичных примеров нарушения речевой этики исследователь выделяет появление и быстрое распространение бранной лексики и фразеологии, сквернословия, оскорбляющего нравственные и этические чувства людей, манипулирование общественным сознанием в текстах СМИ.

Базовым в аспекте изучения речевого этикета является понятие вежливости. Рассмотрим его подробнее. Всестороннему анализу принципа вежливости посвящено немало научных исследований. В работе известного американского лингвиста Р. Лакофф принцип вежливости формулируется в виде трех правил: не навязывай своего мнения; предоставляй собеседнику возможность выбора; будь доброжелательным [8].

Автор работ по лингвопрагматике Дж. Лич принцип вежливости рассматривает как определенную стратегию общения, направленную на сотрудничество и предотвращение возможных конфликтных ситуаций. Таким образом, согласно теории Дж. Лича, принцип вежливости находит свое отражение в шести максимах: максима такта (соблюдай интересы другого); максима великодушия (уменьшай собственную выгоду и увеличивай выгоду других); максима одобрения (меньше ругай, больше хвали); максима скромности (не хвали себя); максима согласия (чаще соглашайся с партнером); максима симпатии (выражай симпатию к партнеру) [3].

В настоящее время, как и ранее, сохраняется потребность в знании правил речевого этикета, умении верно оценивать коммуникативную ситуацию, выбирать соответствующие этой ситуации и характеристикам собеседников речевые высказывания и – шире –

коммуникативные действия, включающие также средства невербального общения. Все это в совокупности оказывается необходимым потому, что по природе своей человек – существо социальное, нуждающееся в постоянных контактах, и желательно, чтобы эти контакты были положительными, психологически настраивающими и поддерживающими.

Особенно важно это в сфере медицинского обслуживания, где слово врача имеет немалый вес: оно может нанести непоправимый вред пациенту, а может и задать установку на быстрое выздоровление. В медицинской терминологии существует такое понятие, как ятрогения, или ятрогенное заболевание. Само по себе оно представляет собой болезненное состояние, имеющее исходным пунктом такие высказывания врача или такие его поступки, которые обусловили неблагоприятное воздействие на психику пациента, в результате чего у последнего возникает ряд новых болезненных ощущений, в ряде случаев приводящих к тяжелым состояниям. Именно поэтому вербальное воздействие в этой сфере приобретает большое значение.

Н. И. Формановская в учебном пособии по культуре общения и речевому этикету приводит цитату писателя и врача Зория Балаяна: «Сейчас принято среди врачей говорить: “эпидемия инфаркта”. Вроде бы каждому известно: инфаркт не инфекционное заболевание, при чем здесь “эпидемия”? Но призадумаешься – никакой ошибки нет. Инфаркт, как инфекция, передается от человека человеку. Без микробов и вирусов. Передается через слово, через поступок, через отношение друг к другу. Меня всегда поражает: на государственной основе решали и решаем грандиозные по своим масштабам социальные и чисто медицинские задачи, а вот ликвидировать хамство и грубость не можем. <…> Львиная доля инфарктов возникает там, где на производстве нездоровый климат, где создается обстановка недоброжелательства, зависти, подсиживания, где оскорбляют и унижают человеческое достоинство» [5].

На основе вышеуказанных рассуждений ученых и собственного коммуникативного опыта в качестве **гипотезы** в настоящем исследовании было принято положение о необходимости соблюдения этико-речевых норм в рамках профессионального медицинского общения.

Объектом для исследования стали речевые акты, организующие коммуникацию как внутри профессионального медицинского сообщества, так и собственно взаимоотношения врача и пациента.

Относительно обозначенного выше объекта была выбрана соответствующая исследовательская цель – изучить этико-речевое поведение медицинских работников в процессе осуществления ими профессиональной деятельности.

Остановимся подробнее на этике с точки зрения медицины.

В здравоохранении уже давно установились такие понятия, как биоэтика и медицинская этика. Что собой представляют данные термины? Прежде всего следует отметить их несинонимичность – это не равнозначные термины. Например, Джон Р. Уильямс в своей книге «Руководство по медицинской этике» пишет: «Медицинская этика тесно связана, но не идентична биоэтике. В то время как медицинская этика сосредотачивается главным образом на вопросах, возникающих в медицинской практике, биоэтика является очень широким предметом, занимающимся проблемами норм поведения, возникающими с развитием биологических наук в целом» [7].

В рамках медицинской этики Джон Р. Уильямс выделяет несколько основных принципов, которые являются основой взаимоотношений врача и пациента: уважение к человеку; информированное согласие (согласие пациента на основании полной информации); врачебная тайна [4].

Взаимоотношения между врачом и пациентом имеют большое значение на всех этапах лечения больного: начиная с его поступления в лечебное учреждение и заканчивая выпиской. Врачу необходимо с первых слов установить доверительные отношения с больным. И. Харди в своей книге «Врач, сестра, больной. Психология работы с больными» пишет: «В практике врачебной деятельности привыкли к тому, чтобы задавать больному вопросы относительно начала, развития заболевания, важнейших жалоб <…>. Кроме таких обязательных вопросов целесообразно дать больному возможность свободно изложить все, что он хочет сказать врачу. Умение выслушать больного не только помогает определить заболевание, которому он подвержен, но и сам по себе этот процесс выслушивания больного оказывает благоприятное воздействие на формирование соответствующих отношений между больным и врачом. <…> врач должен откликнуться на рассказ больного всем своим разумом, во всей полноте своей личности» [8].

Хорошие, теплые отношения влияют и на ход лечения. Если пациент видит, что врач заинтересован в его лечении, то он и сам становится в этом заинтересованным. И наоборот, холодные взаимоотношения между врачом и пациентом могут мешать процессу выздоровления, негативно влиять на результат проводимого лечения. Известны случаи, когда из-за отсутствия доверия между врачом и пациентом последние намеренно отказывались от назначенного лечения и не принимали необходимые препараты, что вело к осложнениям.

Особое внимание при лечении необходимо уделять сообщению диагноза. И. Харди по этому поводу писал: «Сообщение диагноза больному всегда требует большого такта и умения разбираться в людях. Сообщение о заболевании может вызвать страх, панику, даже самоубийство. По возможности следует разговаривать с больным на его языке, избегая

употребления специальных терминов, просто. <…> Случается, что врачу необходимо беседовать с родными больного, в других случаях истинное положение должно познаваться самим больным, но постепенно, «правда должна дозироваться небольшими порциями». Может случиться и так, что придется взять свои слова обратно. Многое зависит от выносливости больного и от его контакта, сотрудничества с врачом» [6].

Названные теоретические изыскания в итоге привели к необходимости изучить реализацию описанных в работах по медицинской этике принципов межличностного общения в настоящей медицинской практике города Красноярска.

На базе поликлиники № 7 был проведен опрос среди пациентов медучреждения. Репрезентативную группу составили 50 человек – постоянных клиентов поликлиники. В ходе анализа анкет были получены следующие результаты.

Большая часть респондентов (48 %) выразила неудовлетворенность качеством обслуживания, отмечая, что медперсонал относится к пациентам неуважительно. 32 % опрошенных никогда не сталкивались с проявлениями агрессии и хамства со стороны медперсонала. И наконец, 20 % выступили с жалобой на регулярные проявления вербальной агрессии со стороны медицинских работников.

Основная масса (66 %) опрошенных сошлись во мнении, что вежливость важна в любых сферах взаимодействия людей. 26 % утверждают, что отсутствие таких проявлений, как уважение, вежливость, корректное поведение со стороны медицинского персонала, крайне отрицательно влияет на самочувствие пациента. И лишь 4 человека (8 %) выразили мнение, что культура и вежливость не имеют никакого отношения к профессии: самым важным, по их мнению, являются знания врача.

29 опрошенных (58 %) предположили, что в частных клиниках медперсонал проявляет большее уважение, чем в госучреждениях. 21 человек (42 %) связали вежливость с уровнем личной культуры медработника, а не с принадлежностью его к той или иной профессиональной организации.

Более половины респондентов (56 %) посчитали вежливость и культуру общения в сфере медицины чрезвычайно важными для профессии врача, так как вежливое общение способствует восстановлению эмоционального и физического состояния пациента. 40 % больных уверены, что каждый человек, вне зависимости от того, в какой сфере он работает, обязан знать правила этикета и активно использовать их в своей жизни, в том числе непрофессиональной. Лишь 2 человека (4 %) выразили мнение, что культура общения не играет существенной роли в работе врача.

Подводя итог настоящей исследовательской работе и основываясь на результатах, полученных в ходе анкетирования, выразим общее суждение о том, что вежливость в

медицинской сфере играет огромную роль. И прежде всего, это важно для пациента. Не только делом, но и словом, выражающим поддержку и участие или равнодушие и ненависть, врач может как помогать, так и вредить пациенту. И, к сожалению, как показали результаты проведённого опроса, последнее встречается всё чаще. В связи с этим целесообразно говорить о важности этики не только в отношении речевого поведения врачей, но и всего медицинского персонала, ежедневно работающего с людьми, нуждающимися в помощи.

Заметим, однако, что в последние десятилетия в России ведутся многочисленные работы по устранению безграмотности и грубости медицинского персонала. К таким мероприятиям, в частности, относится организация курсов и семинарских занятий по повышению квалификации в области деонтологии, внедрение интернет-проектов по оценке эффективности работы врача с предложениями по улучшению качества обслуживания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козловская, Т. Л. Вежливости формы / Т. Л. Козловская // Культура русской речи : Энциклопедический словарь-справочник / Под ред. Л. Ю. Иванова, А. П. Сковородникова и др. – М.: Флинта: Наука, 2003. С. 109.
2. Культура русской речи: Учебник для вузов / Отв. ред. проф. Л. К. Граудина и проф. Е. Н. Ширяев. М.: НОРМА-ИНФРА, 1999. – 560 с.
3. Русский язык и культура речи: Учебник для вузов / Под ред. Д. Д. Черняк. М., 2002.
4. Уильямс, Д.Р. Руководство по медицинской этике / Д.Р. Уильямс / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова. – М.: Изд-во ГЭОТАР, 2006. – 128 с.
5. Формановская, Н.И. Культура общения и речевой этикет / Н.И. Формановская. – М.: Изд-во ИКАР, 2005. – 250 с.
6. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди / пер. с венг. Алекса М. – 5-е изд., перераб. и доп. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
7. Щербаков, А.В. Риторическая этика или речевая этика / А.В. Щербаков // Культура русской речи: Энциклопедический словарь-справочник / Под ред. Л.Ю. Иванова, А. П. Сковородникова и др. – М.: Флинта: Наука, 2003. С. 591–592.
8. Lakoff, R. Language In Woman's Place / R.Lakoff. – Language In Society, 1973. – No.2.

УДК 378.172

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

А.А. Позднякова, М.В. Романова, С.С. Яганова
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО
Научные руководители: к.м.н., асс. Е.А. Пронина, к.м.н., доц. И.И. Барон

В условиях интенсификации учебного процесса, все возрастающих требований к качеству образования и уровню профессиональной подготовки специалистов актуальным является вопрос сохранения здоровья студентов. Физические упражнения положительно влияют на физическую и умственную работоспособность. Спортивные физические нагрузки играют важную роль в вопросах адаптации, формировании функциональных резервов организма [1]. Занятия физической культурой являются обязательным элементом программы обучения студента университета. В тоже время по данным некоторых авторов дети, которые активно занимаются спортом в свободное от школы время, став взрослыми продолжают (спустя 20 лет) вести более активный образ жизни [3]. В долгосрочной перспективе регулярные физические упражнения снижают общий риск смерти и риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 30-35% [2].

Целью нашего исследования явилось изучить отношение студентов КрасГМУ к физической активности, поимо занятий физкультурой в рамках университетской программы. В задачи исследования входило: 1. Изучить частоту дополнительных занятий спортом студентов КрасГМУ в зависимости от факультета. 2. Выяснить причины, которые побуждают студентов к дополнительным занятиям спортом. 3. Узнать причины, которые мешают студентам дополнительно заниматься физическими упражнениями.

В соответствии с задачами исследования нами была разработана анкета. Было проведено анонимное анкетирование студентов лечебного, стоматологического, педиатрического и фармацевтического факультетов. В анкетировании приняли участие 126 человек, из них 21 студент педиатрического факультета, 29 студентов стоматологического, 25 педиатрического, 51 студент лечебного факультетов, обучающихся на 1, 2 и 6курсе. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 8.0. Была изучена литература по данной теме.

В ходе анкетирования у нас получились следующие результаты. 69% опрошенных студентов, дополнительно, помимо занятий физкультурой в университете занимаются спортом (рисунок 1).

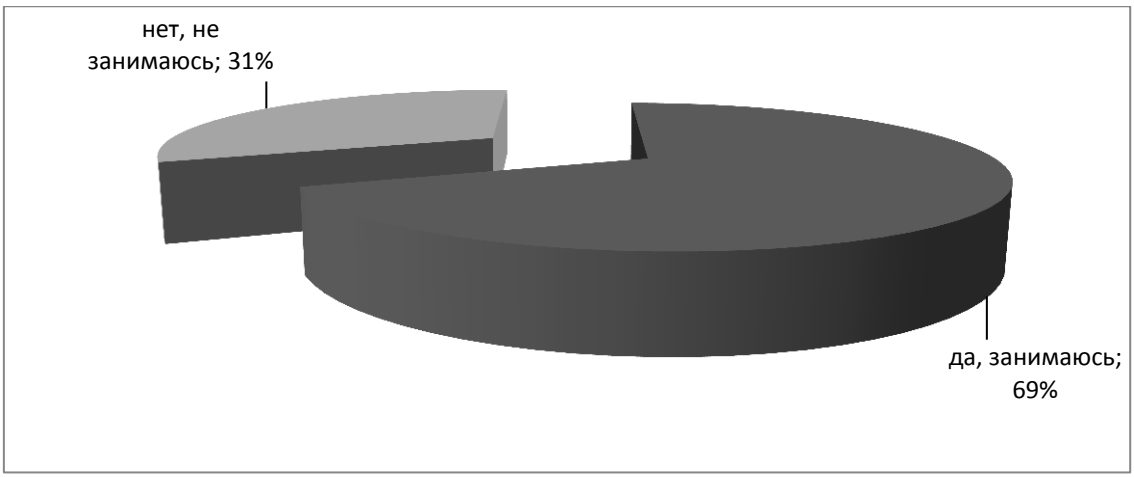


Рисунок 1 – Распространенность дополнительных занятий физическими упражнениями среди студентов КрасГМУ.

Только 35,7% студентов занимается от случая к случаю и 64,% студентов занимаются регулярно от 1-2 раз в неделю и чаще (рисунок 2).

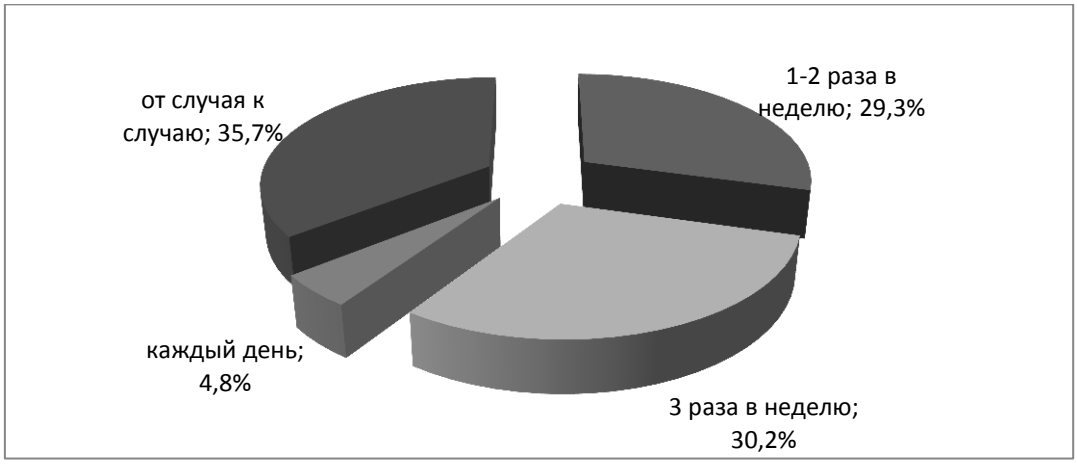


Рисунок 2 – Частота дополнительных занятий физическими упражнениями среди студентов КрасГМУ.

Студенты отдают предпочтение занятиям в спортзале, бассейне (42,1%) или домашних условиях (39,7%). В секциях занимаются только 7,1% опрошенных (рисунок 3).

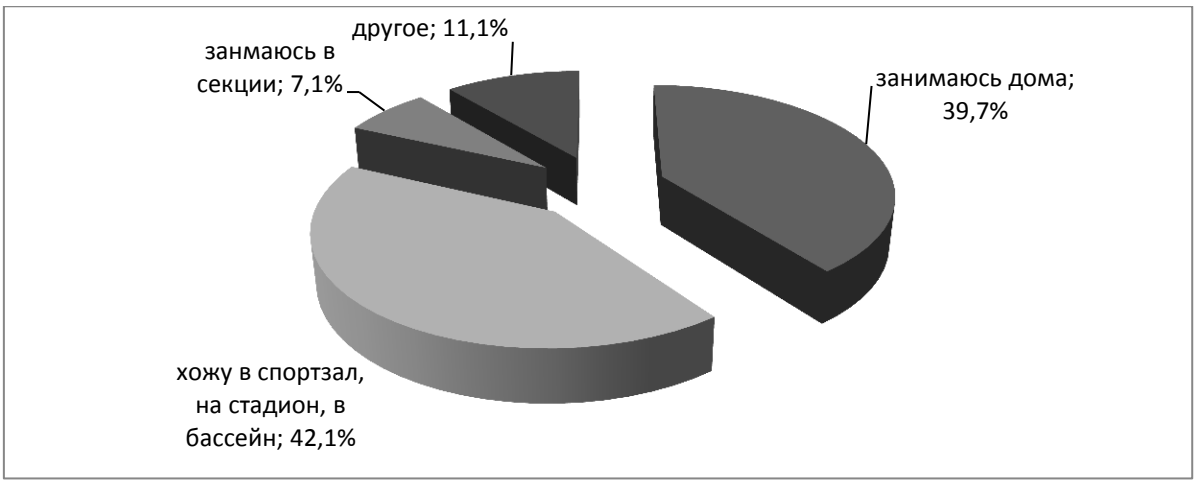


Рисунок 3– Места для занятий физическими упражнениями.

Среди наиболее популярных видов спорта (рисунок 4) можно назвать фитнес, танцы (19,8%), занятия в тренажерном зале (14,3%), а также ходьба и прогулки (14,3%). Также довольно широко распространены игровые виды спорта (10,3%), бег (11,1%) и велосипедные прогулки (8,7%).

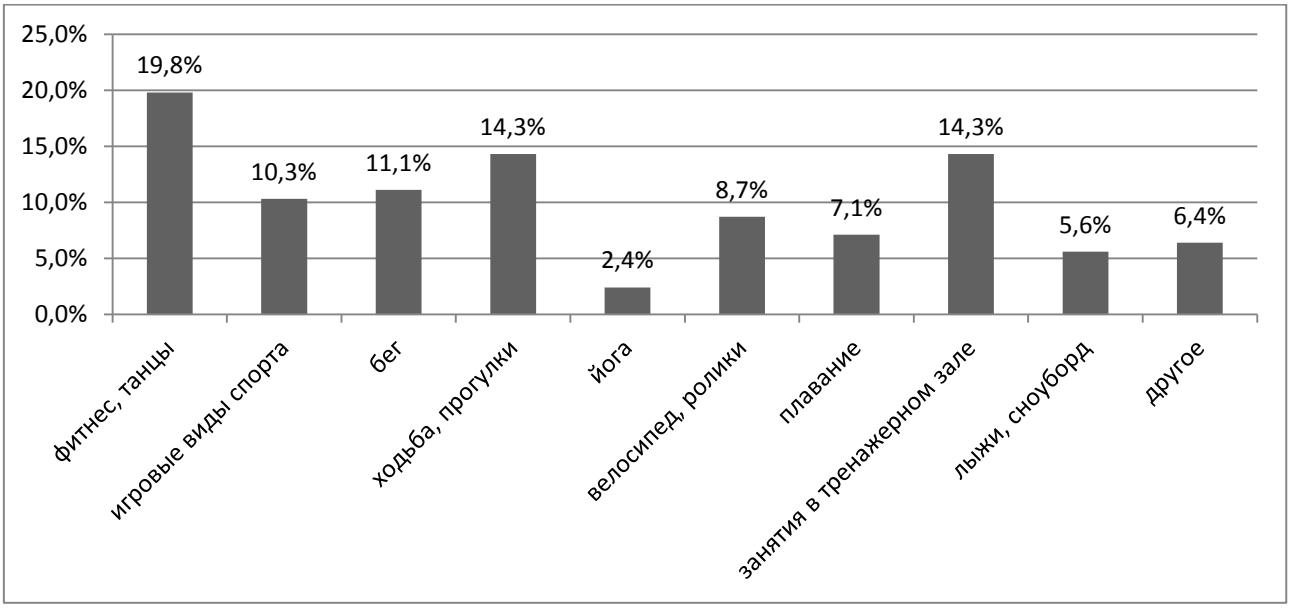


Рисунок 4– Виды дополнительных физических упражнений.

На наш взгляд, интересными оказались причины (рисунок 5), которые побуждают студентов дополнительно заниматься физическими упражнениями. На первое место вышли желание укрепить здоровье (25,4%) и поддержать физическую форму (23%). Не менее важными причинами оказались удовольствие от занятий спортом (13,5%) и желание улучшить фигуру (15,8%).

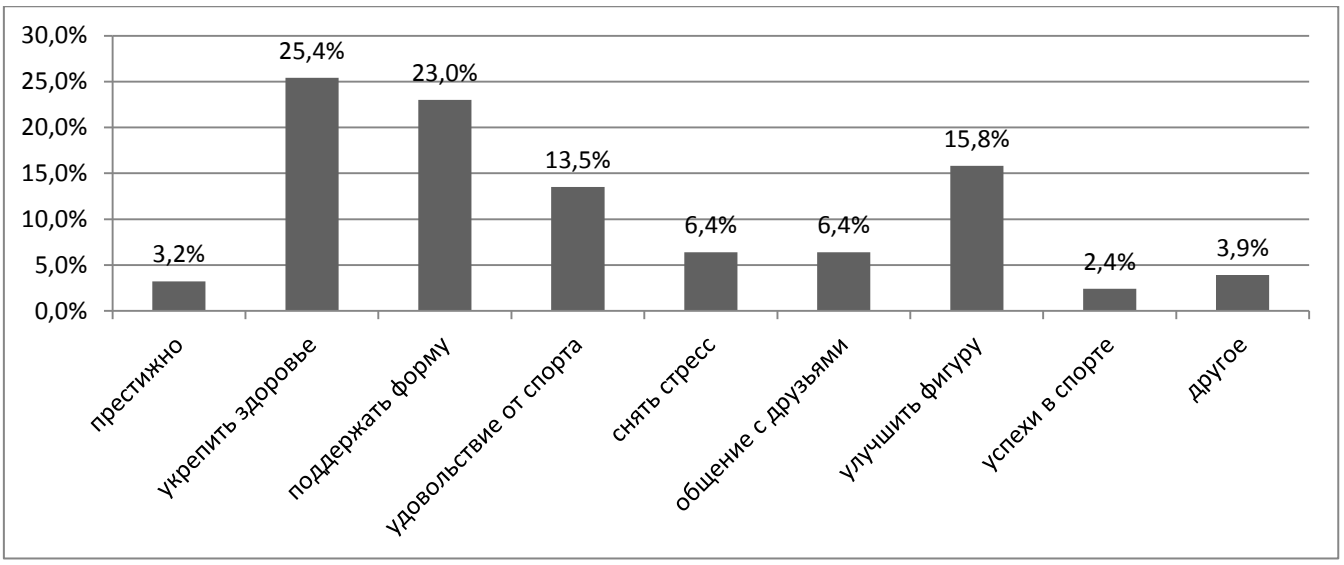


Рисунок 5– Причины дополнительных занятий физическими упражнениями студентов КрасГМУ.

Среди причин, которые препятствуют дополнительным занятиям спортом в нашем вузе, на первом месте оказались отсутствие времени (49%) и сил (24%), 12% студентов сослались на лень (рисунок 6).

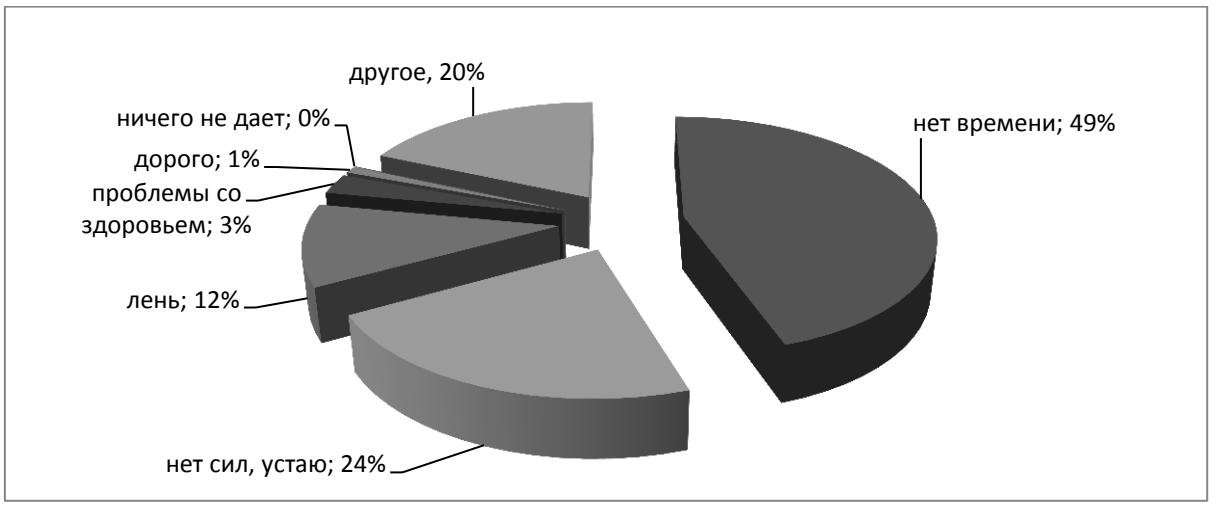


Рисунок 6 – Причины, по которым студенты КрасГМУ отказываются от дополнительных занятий физическими упражнениями.

В заключение можно сказать, что больше половины студентов КрасГМУ занимаютсяспортом, помимо занятий физкультурой в университете. Причем 64% студентов занимается регулярно от 1-2 раз в неделю и чаще с целью улучшения здоровья и поддержания хорошей физической формы. Наиболее популярными видами спорта являются фитнесс, танцы, занятия в тренажерном зале, ходьба и прогулки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние спортивных физических нагрузок на регуляторно-адаптивные возможности студенток с различной двигательной активностью / Е.В. Кальная, А.В. Шаханова, Т.А. Схакумидов, А.Р. Меретукова // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4: Естественно-математические и технические науки. - 2014. - №3 (142). - С. 80-88.

2. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis / M. Nocon, T. Hiemann, F. Müller-Riemenschneider at al. // Cardiovasc Prev Rehabil. - 2008. – V.15. - №3. – P.239-46.

3. Cleland, V. Which domains of childhood physical activity predict physical activity in adulthood? A 20-year prospective tracking study. / V Cleland, T. Dwyer, A. Venn. // Br. J. Sports Med. – 2012. – V. 46. - №8. - P.595-602

УДК 159.922.1:173.1-055.1/.3

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА СУПРУГА В ПОЗДНЕЙ ЮНОСТИ

К.С. Поломина
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 век стремительных изменений, происходящих в современном обществе, наблюдается немало людей с искаженным половым самосознанием, утрачивается значение мужчины и женщины как ценности, сопровождающееся феминизацией мужчин и маскулинизацией женщин, негативно влияющее на отношение молодежи к институту семьи. Предотвращению этих явлений призвано образование, обращенное не к бесполым студентам, а внутреннему миру девушек и юношей, способствующее становлению самотождественности и целостности их личности, мужественности и женственности как ведущих качеств гендерной идентичности.

В период студенческой юности происходит кризис в становлении такого сложного личностного образования, как гендерная идентичность, включающего осознание и самоприятие собственной половой принадлежности, развитие ценностных ориентаций и

полоролевого поведения, соответствующих своему биологическому полу, адекватным представлениям о маскулинности (мужественности) и фемининности (женственности), нуждающегося в своевременной педагогической поддержке.

Предпосылки для решения проблемы становления гендерной идентичности, создали отечественные и зарубежные исследователи. Сегодня гендерной проблематике уделяют внимание исследователи различных наук: философии, истории, социологии, медицины, лингвистики, психологии, педагогики.

Становление гендерной идентичности периода студенческой юности имеет собственную специфику и содержание, т.к. поступая в вуз, девушки и юноши обретают новый статус: студент/студентка; уже к старшим курсам они нередко параллельно с учебой начинают «делать карьеру», создают собственные семьи. В период начального обучения в вузе гендерная идентичность имеет жизненно-важное значение, т.к. происходит завершение этого процесса, что является условием психического здоровья девушек и юношей, которые утрачивают душевный покой, оказываются "потерянными", нередко не осуществившими свои личные жизненные и профессиональные планы, если она не складывается.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют: идеи междисциплинарного, целостного, гендерного подходов к становлению гендерной идентичности личности,идеи об идентичности как внутренней непрерывности и тождественности личности, гендерной идентичности как синтезе биологических, социальных и индивидуальных характеристик в структуре личностной идентичности основные положения о совокупности средств как системе педагогических ситуаций.

С целью изучения гендерных особенностей у студентов второго курса было организовано и проведено исследование на базе кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета. Выборка исследования: 26 человек.

В качестве диагностического инструментария был использован тест Сандры Бем «Феминность или маскулинность». По его результатам нами были получены следующие результаты. Из 100% девушек: 70% имеют андрогинность, 25% феминность, 5% ярко выраженную феминность. Из 100% юношей: 83% андрогинность, 17% маскулинность.

Под андрогинностьюпонимают явление, при котором человек проявляет одновременно (необязательно в равной степени) и женские, и мужские качества; психологическая андрогинность выявляется по высоким показателям одновременно и по шкалам мужественности (уподобление мужчине) и женственности (уподобление женщине). Маскулинность –комплекс телесных, психических и поведенческих особенностей,

рассматриваемых как мужские.Феминность– комплекс психологических особенностей, традиционно приписываемых женщине. Это — характерологические черты мягкости, готовности помочь и пр.

По ряду первичной диагностики мы сформировали экспериментальную и контрольную группы по 13 человек.

Сравнение показателей контрольной и экспериментальной групп, показало, что эмпирическое значение находится в зоне значимости (Uэмп. = 64). Что говорит нам о том, что различия между двумя выборками является существенным.

Учитывая особенности возраста наших исследуемых и гендерные особенности, была разработана программа коррекции.

Задачи программы:

- Произвести коррекционную работу.

- Произвести просветительскую беседу по теме гендерные особенности.

После завершения тренинга была проведена повторная диагностика (спустя три недели с момента завершения). Для этого был использован тот же тест.

Сравнение повторных показателей контрольной и экспериментальной групп, показало, что группы существенно различаются друг от друга**.** Сравнение различий проводилось по критерию Манна-Уитни (Uэмп = 63,5), полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости.

Для оценки эффективности разработанной и апробированной нами коррекционной программы, мы использовали критерий Манна-Уитни. Uэмп. = 82,5, данное значение критерия не попадает в зону значимости, это говорит о том, что значимых изменений в состоянии участников экспериментальной группы не произошло.

Таким образом можно сделать вывод о том, что коррекционная программа оказалась не эффективна, т.к. значимых изменений не произошло.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеев, В.С. Психологические и социальные функции полоролевых стереотипов / В.С. Агеев // Вопросы психологии. - 1987. - № 2. - С. 152 - 158.

2. Адлер, А. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки / А. Адлер, Р. Ассаджиоли, К.Р. Юнг и др.– М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1996. - 240 с.

3. Ананьев, Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. –М. : Наука, 1977.-380 с.

4. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. –Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1969. - 339 с.

5. Андреев, Ю.А. Мужчина и женщина. Путь человеческий путь звездный / Ю.А. Андреев. - СПб.:Респекс, 1994. - 368 с.

6. Антонова, Н.В. Проблема личностной идентичности / Н.В. Антонова // Вопросы психологии. - 1996. - № 1. - С. 131 - 143.

7. Барановская, Е.К. Мужественные мужчины / Е.К. Барановская. Л. :Лениздат, 1978. - 80 с.

8. Баскакова, М.Ф. Замужняя женщина: семья или работа? / М.Ф. Баскакова // Семья в России. –1995. - № 3/4. - С. 101 - 109.

УДК 612.822.56

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕЙРОГЕНЕЗЕ

А.М. Польников, Р.В. Рябоконь

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

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научный руководитель: к.м.н., асс. Комлева Ю. К., д.м.н. Малиновская Н. А.

На сегодня уже не является секретом само явление нейрогенеза в головном мозге взрослого человека. Большое внимание к данной теме связано с тем, что рассматривается возможным использование нейрогенеза в терапевтических целях, в частности для лечения острых и хронических нейродегенеративных патологий, а также изучение нейрогенеза дополняет представления о формировании памяти и интеллекта человека.

Целью данной статьи явилось проведение обзора современной научной литературы по проблеме нейрогенеза. Для достижения данной цели были обозначены следующие задачи: изучить русскоязычную и зарубежную литературу по данной тематике; обозначить зоны нейрогенеза и дать понятие нейрогенной ниши; описать процесс дифференцировки нейрональных стволовых клеток (НСК) и указать их маркеры на разной стадии дифференцировки; указать функциональную значимость нейрогенеза.

Пожалуй, каждому известна фраза: "Нервные клетки не восстанавливаются". Эта догма была выдвинута великим испанским ученым Сантьяго Рамоном Кахалем еще в 1913 г. на основе изученных им гистологических срезов головного мозга [6]. Непреложность ее оказала

большое влияние на современников и последующие поколения ученых. Даже открытие Джохева Альтмана в 1962 году пролиферации нейронов в зрелом мозге было проигнорировано [5].

На данный момент установлено, что нейрогенез во взрослом головном мозге протекает в нескольких зонах: субгранулярная зона (SGZ), субвентрикулярная зона (SVZ) [8,10], а также некоторые нейробиологи придерживаются мнения о том, что в ЦНС взрослых млекопитающих новые нейроны образуются в коре мозга, миндалине, стриатуме, черной субстанции и т.д. Полагают, что нейрогенез в этих зонах активируется при патологических состояниях [9].

SGZ - тонкий слой клеток, расположенных между двумя слоями гранулярных клеток и хилусом зубчатой извилины. Основная роль SGZ заключается в создании новых клеток, способных функционально интегрироваться в гранулярный слой зубчатой извилины. Нейрогенез в SGZ происходит параллельно с ангиогенезом и эндотелиальные клетки выступают в роли указателя для НСК. Таким образом, эндотелиальные клетки обеспечивают сигналы и вызывают выход растворимых факторов, способствующих ангиогенезу и нейрогенезу [2].

SVZ- слой клеток под эпендимой боковых желудочков. Из области SVZ группы нейробластов мигрируют цепочками, продвигаясь по глиальным трубкам, образованными волокнистыми астроцитами - ростральный миграционный путь [8]. Во многих работах показано, что клетки из SVZ мигрируют точно также как и из SGZ- вдоль кровеносных сосудов, по причине синтеза васкулярным эндотелием сигнальных молекул [3]. Доходя до середины обонятельной луковицы, цепочки нейробластов начинают радиальную миграцию. Так они и достигают верхних клеточных слоев, где происходит их окончательная дифференцировка [14].

Эти зоны являются нейральными нишами, которая является частным случаем стволовой. Стволовая ниша - это совокупность клеток и межклеточного вещества, обеспечивающих сохранность, пролиферацию и дифференцировку СК.

Формирующиеся в стволовой нише клетки могут рассматриваться по трем категориям. Первая группа – клетки, которые уже в начальной стадии подвергаются постмитотической гибели. Большая часть вновь образованных клеток подвергается апоптозу, своеобразной «выборке» новой популяции. Нейральный апоптоз представляет форму «очистки» пула большой массы генерированных клеток. Значение второй группы клеток, не подверженных апоптозу или дифференцировке, - в формировании «ниши» - специализированного микроокружения, которое определяет дальнейшую судьбу клеток.

Третью группу клеток составляют молодые пронейроны, которые, выживая, становятся зрелыми клетками и интегрируются в нейрональную сеть. [4]

Клеточный «дифферон» выглядит следующим образом (Рис. 1) [1].

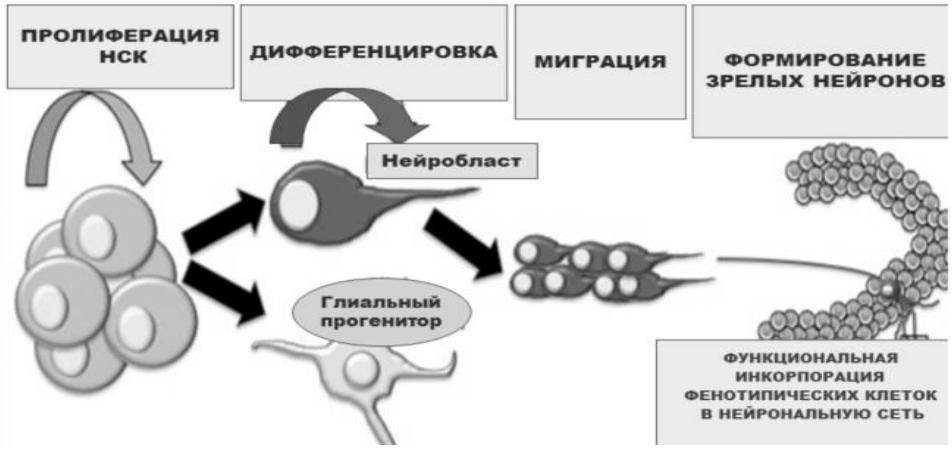


Рисунок 5- Этапы дифференцировки НСК

До сих пор не совсем ясным остается вопрос о функциональном значении нейрогенеза для самого организма. Так или иначе, нейрогенез является одним из механизмов пластичности мозга, выражающейся в увеличении количества нейронов и структурной перестройке нейрональных сетей, образовании новых синапсов и изменении синаптической передачи. Добавление новых клеток в обонятельные луковицы и в зубчатую извилину гиппокампа заканчивается функциональной интеграцией клеток с уникальными характеристиками. Например, молодые гранулярные клетки в зубчатой извилине имеют более низкий порог долговременной потенциации (LTP), чем более старые клетки. Предполагается, что эта пластичность важна для процессов обучения и памяти [12]**.** В доказательство этому было проведено исследование на уникальном материале из образцов ткани гиппокампа, получаемых при хирургическом вмешательстве у больных эпилепсией: было установлено, что низкий уровень пролиферации и дифференцировки стволовых клеток в биоптатах головного мозга коррелировал с нарушениями памяти у этих пациентов. У пациентов с высокой пролиферативной потенцией нейральных стволовых клеток уровень когнитивной функции, тестируемой до операции, соответствовал норме [7].

Функциональная роль НСК, находящихся в субвентрикулярной зоне, остается до сих спорной. Как было уже отмечено, вновь образованные клетки в субвентрикулярной зоне мигрируют по ростральному миграционному тракту в ольфакторные луковицы. Нейрогенез в субвентрикулярной зоне во взрослом мозге не оказывает роль в сохранении памяти о различии в запахах и врожденном обонятельном предпочтении, но при этом участвует в

консолидации долговечных обонятельных следов [11]. Недавние исследования подтвердили эти данные и продемонстрировали, что для более сложных и тонких различий в запахах необходима модуляция выживаемости новорожденных нейронов [13].

Маркерами нейрогенеза являются молекулы бета - тубулин, даблкортин, нестин, GFAP-белок, виментин, проминин-1 (CD133). На стадии нейронайльной стволовой клетки (НСК) служит GFAP белок. На стадии НСК и нейробласта маркером будет нестин, даблкортин, β-III тубулин. Для нейробласта и зрелого нейрона NeuroD. Доподлинным маркером зрелого нейрона является молекула Neun [7].

Изучив литературу по данной тематике, мы пришли к следующим выводам: на данный момент выделено 2 основных зоны, в которых протекает нейрогенез – SGZ и SVZ, но помимо этих зон доказано наличие нейрогенеза в миндалине, черной субстанции, стриатуме и др., было дано определение нейральной нише; показаны стадии и последовательность дифференцировки нейрональных стволовых клеток; обозначены молекулы, которые являются маркерами данного процесса (нестин, GFAP белок и т.д.); указана функциональная значимость нейрогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гозмаков, О.А. Нейрогенез как адаптивная функция мозга / О.А Гозмаков // Наука и жизнь.-2014.-№2.-С.50-58.

2. Комлева, Ю.К. Регенеративный потенциал головного мозга: популяционный состав и формирование регуляторного микроокружения в нейрогенных нишах / Ю.К. Комлева, Н.В. Кувачева, Малиновская Н.А.

3. Молекулы-маркеры активации глии при нейровоспалении: новые возможности для фармакотерапии при нейродегенерации / Н. А. Малиновская, С. В. Прокопенко, Ю. К. Комлева, Ю. А. Панина, Е. А. Пожиленкова, Р. В. Рябоконь, А. Б. Салмина.// Сибирское медицинское обозрение.-2014.-№4.-С.10-15.

4. Попов, Б.В. Введение в клеточную биологию стволовой клетки 2010г./ Б.В. Попов

5. Altman, J. Are new neurons formed in the brains of adult mammals? / J. Altman // Science 1962; 135, 1127–1128.

6. Colucci-D'Amato, L. The end of the central dogma of neurobiology: stem cells and neurogenesis in adult CNS / L. Colucci-D'Amato, V.Bonavita, // Neurol. Sci. 2006; 27: 266–270

7. Coras, R. Low proliferation and differentiation capacities of adult hippocampal stem cells correlate with memory dysfunction in humans вrain / R. Coras, Siebzehnrubl F.A., Pauli E., 2010; 133 (11):3359-72.

8. Djoher, N. A. Adult Neurogenesis: From Precursors to Network and Physiology / N. A. Djoher, Muriel Koehl , Michel Le Moal 2005.

9. Ernst, A. Neurogenesis in the striatum of the adult human brain / Alkass K, Bernard S, Salehpour M. // Cell 2014; 156(5): 1072-83.

10. Farin, A. M. The biological restoration of central nervous system architecture and function: part 2-emergence of the realization of adult neurogenesis / A. M. Farin, Liu CY, Langmoen IA, Neurosurgery. // 2009 Apr; 64(4):581-60; discussion 600-1.

11. Lazarini, F. Cellular and behavioral effects of cranial irradiation of the subventricular zone in adult mice / F. Lazarini, Mouthon M. A., Gheusi G. // PLoS ONE 2009; 4: e7017.

12. Lledo, P.M. Adult neurogenesis and functional plasticity in neuronal circuits / Lledo, P.M. – 2006.

13. Mandairon, N. Neurogenic correlates of an olfactory discrimination task in the adult olfactory bulb / N. Mandarin, Sacquet J., Garcia S., Ravel N. et al. // Eur. J. Neurosci. 2006.

14. Snapyan, M. Vasculature guides migrating neuronal precursors in the adult mammalian forebrain via brain-derived neurotrophic factor signaling / Snapyan, M. Lemasson M, Brill MS.

УДК 616-006-052:005.963.1:159.944.4

ТРЕНИНГ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Д.В. Попов

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

Кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО

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

Актуальность исследования обусловлена тем, что в результате обнаружения онкологических заболеваний и предрасположенности к ним происходит снижение уровня психологического благополучия у человека, в результате чего он теряет внутреннее равновесие, придается сильным эмоциональным переживаниям, которые могут негативно отразиться на течении заболевания.

Проблема исследования - снижение уровня психологического благополучия у людей больных раком.

Тема исследования – уровень психологического благополучия у пациентов онкологического профиля.

Цель исследования – изучить уровень психологического благополучия у онкологических больных и посредствам тренинга стрессоустойчивости повысить его.

Гипотеза исследование построено на предположении, что люди страдающие онкологией характеризуются низким уровнем психологического благополучия.

Объект исследования –психологическое благополучие человека как психологический феномен.

Предмет исследования – уровень психологического благополучия у больных онкологией.

Задачи исследования:

● Изучить литературу по теме исследования.

● Подобрать диагностический инструментарий, реализовать исследование.

● Провести тренинг.

● Повторно реализовать исследование.

● Осуществить качественную и количественную обработку результатов исследования. Сформулировать выводы.

Методы исследования

1. Анализ литературных источников

2. Методы сбора эмпирических данных:

● Шкала психологического благополучия Рифф. Версии Шевеленковой - Фесенко

● Анализ стиля жизни (Бостонский тест на стрессоустойчивость)

3. Методы качественной и количественной обработки результатов.

Результаты изучения: на первом этапе исследования была проведена методика определения психологического благополучия Рифф(Версии Шевеленковой – Фесенко) с целью создания группы испытуемых с низким уровнем психологического благополучия. Из выборки в 20 человек были отобраны 8 с наименьшим уровнем психологического благополучия. На втором этапе был проведён Бостонский тест на стрессоустойчивость. Результаты тестов по этим людям были интерпретированы.

Данные полученные при проведении методики определения психологического благополучия Рифф(Версии Шевеленковой – Фесенко) в таблице 1.

Таблица 1 – Эмпирические данные исследования пациентов по Шкале психологического благополучия Рифф

№	Ф.И.О.	Возраст	Балл	Уровень психологического благополучия
1	Виктор Б.	46	314	низкий
2	Алексей Н.	29	285	низкий
3	Владимир Ф.	49	335	средний
4	Дмитрий К.	60	355	средний
5	Тимур А.	57	315	средний
6	Сергей Д.	54	280	низкий
7	Владимир М.	60	360	средний
8	Анатолий К.	58	390	средний

После проведения тренинга, пациентами была повторно пройденаШкала психологического благополучия Рифф для сравнения с первичными данными.

Данные полученные при повторном проведении методики определения психологического благополучия Рифф(Версии Шевеленковой – Фесенко) в таблице 2.

Таблица 2 - Эмпирические данные повторного исследования пациентов по Шкале психологического благополучия Рифф

№	Ф.И.О.	Возраст	Балл	Уровень психологического благополучия
1	Виктор Б.	46	358	средний
2	Алексей Н.	29	394	средний
3	Владимир Ф.	49	433	высокий
4	Дмитрий К.	60	366	средний
5	Тимур А.	57	413	средний
6	Сергей Д.	54	434	высокий
7	Владимир М.	60	394	средний
8	Анатолий К.	58	405	средний

Таким образом, в ходе исследования по Шкале психологического благополучия Рифф были получены результаты, позволяющие проанализировать уровень психологического

благополучия пациентов, до и после тренинга стрессоустойчивости.В ходе первичного исследования выяснилось, что 3 человека из 8 имеют низкийуровень психологического благополучия, 5 человек имеют средний.После проведения тренинга и повторного исследования, результаты улучшились у всех пациентов.

На основе проведенного исследования уровня психологического благополучия у пациентов страдающих онкологией можно сделать выводы, что по средствам тренинга, возможно улучшить субъективный уровень психологического благополучия.

В процессе работы выявлено, что люди больные раком, характеризуются низким или средним уровнем психологического благополучия. Такие пациенты не чувствуют осмысленности жизни, страдают от недостатка целей, чувства направленности; не видят целей и в своем будущем; так же у них отсутствуют воззрения и убеждения, предающие жизни смысл, что определенно негативно сказывается на течении заболевания и качестве жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская, К.А.Стратегия жизни /К.А. Абульханова-Славская // Просвещение -1991.
2. Аргайл, М. Психология счастья / М. Аргайл –М.- 2000.
3. Безносов, С.П. Профессиональная деформация личности / С.П. Безносов –Речь, 2004.
4. Белинская, Е.П.Социальная психология личности / Е.П.Белинская, О.А. Тихомандрицкая // Аспект Пресс - 2001.
5. Битянова, М.Р.Социальная психология / М.Р. Битянова –Международ. пед. Академия - 2006.
6. Бодалев, А.А. Психология личности / А.А.Бодалев –Просвещение - 1988.

УДК616.89-008.19:615.014-057.876

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АСТЕНИИ У СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА

Н.А.Прахова

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

Научныйруководитель: преп. Л.И.Ярославцева

Астенический синдром, астения (гр. а – отсутствие, sthenos – сила) — патологическое состояние, характеризующееся быстро наступающей усталостью после активности обычной интенсивности [3]. Астения возникает в результате истощающих заболеваний внутренних органов, инфекций, интоксикаций, эмоциональных, умственных и физических перенапряжений, при неправильно организованном труде, отдыхе, питании, а также при нервных и психических болезнях. Астения, развивающаяся из-за нервного перенапряжения, волнений, трудных, чаще длительных переживаний и конфликтов, называется неврастенией[7].Неспецифичность астенических нарушений обусловливает их широкую распространенность. Они наблюдаются при различных заболеваниях в общесоматической, неврологической и психиатрической практике. При этом в связи с увеличением психогенных нагрузок в жизни современного человека отмечается возрастание частоты астенических расстройств. Распространенность астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45%[2,7].

Утомляемость – самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам, и которая является основным симптомом астенических расстройств. Наряду с повышенной утомляемостью и истощаемостью они включают такие проявления, как раздражительная слабость, гиперестезия, вегетативные нарушения, расстройства сна (трудности засыпания, поверхностный сон)[4].Природа астении разнообразна - психогенная, соматогенная, токсическая. Условно генез астенических расстройств можно разделить на две большие группы: 1) неврастении и расстройства адаптации, в которых объединены невротические и стрессогенно обусловленные астенические расстройства и 2) соматогенная астения, объединяющая соматогенные и органически обусловленные астенические расстройства, формирование которых связано с соматическими и неврологическими заболеваниями [5].

Среди разнообразных факторов риска формирования такого полиэтиологического синдрома, как астения, можно выделить, с одной стороны, факторы биологические, соматические, и, с другой стороны, факторы психологические и социальные [1].

Следует особо подчеркнуть, что астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности, нарушают привычную жизнедеятельность, ухудшают качество жизни, а иногда выступают в качестве фона, на котором формируются другие, более тяжелые психические или соматические нарушения. Довольно сильно подобному состоянию подвержены люди, чья деятельность связана с большими

умственными нагрузками и эмоциональными затратами (педагоги, психологи, медицинские работники, работники социальных служб, а также студенты).

Студенты составляют особую социальную группу, объединенную возрастом, специфическими условиями жизни и деятельности. Поступив в вуз, студент оказывается в новых социальных и психофизиологических стрессовых условиях. Процесс вузовского обучения коренным образом отличается от школьного и, прежде всего, увеличением продолжительности учебных занятий, большим объемом информации, возросшей степенью личной ответственности за качество обучения, что в свою очередь может привести к возникновению у них астении. У студентов, как правило, встречается интеллектуальная и психологическая астения, что является одной из главных причин снижения академической успеваемости. Необходимо заметить, что студенты-медики являются группой повышенного риска в отношении развития неврастении. Медицина - сложная специальность, для ее освоения требуются много занятий, как теоретических, так и практических, в том числе и в сверхурочное время.Ранее выявление астенических расстройств может быть важным этапом в оценке здоровья студентов и своевременного оказания им помощи.

Исходя из сказанного выше, в качестве гипотезы нашего исследования мы выдвинули предположение о том, что у студентоводной возрастной группыФармацевтического колледжа возможно наличие астении разной степени выраженности, которое вероятно может быть обусловлено влияниемотдельных факторов риска (далее – астенизирующие факторы).

Цель исследования: изучение степени выраженности астении и выявление частоты встречаемости астенизирующих факторов у студентов Фармацевтического колледжа.

Цель исследования определила необходимость решения следующих задач:

1. провести эмпирическое исследование степени выраженности астении у студентов;
2. выявить частоту встречаемостиастенизирующихфакторов у студентов;
3. разработать рекомендации по профилактике и коррекции астении для студентов

Объект исследования: студенты отделений «Сестринское дело», «Фармация», «Лабораторная диагностика» Фармацевтического колледжа КрасГМУ одной возрастной группы.

Предмет исследования:степень выраженности астении и астенизирующиефакторы у студентов.

Исследование проводилось в 2015 году на базе Фармацевтического колледжа. Средний возраст испытуемых 18 лет. Общее количество составило 60 человек, из которых 58 девушек и 2 юноши. Методы исследования: тестирование, анкетирование. Эмпирическое исследование проводилось с помощью шкалы астенического состояния (ШАС), разработанной Л.Д. Малковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на базе данных клинико-

психологических наблюдений и известного опросника MMPI (Миннесотский многомерный личностный перечень) [6]. Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих степени выраженности астении («отсутствие астении», «слабая астения»,«умеренная астения», «выраженная астения»). Студенты, внимательно прочтя каждое предложение, проводили самооценкусвоего состояния.Исследованиеастенизирующих факторовпроводилось методом анкетирования. Для этого была разработана и применена закрытая анкета. Из перечня факторов испытуемым предлагалось выбрать те, влиянию которых, по их мнению, они подвергаются. В перечень астенизирующих факторов для выбора были включены следующие: нервное перенапряжение, волнения, стрессы, конфликты («1»);длительная работа на компьютере (в том числе планшетном), «зависание» в интернете, смартфоне («2»);наличие острого или хронического заболевания («3»); большие умственные и физические нагрузки, перегрузки («4»), неправильная организация труда и отдыха («5»), плохое, нерациональное питание («6»); систематическое недосыпание («7»); гиподинамия, адинамия («8»)[1].

После сбора и статистической обработки результатов тестирования и анкетирования они были обобщены, занесены в сводные таблицы. По данным сводных таблиц были построены диаграммы, изображенные на рисунках 1 и 2. Диаграмма, изображенная на рисунке 1,отражаетраспределение испытуемых по степени выраженности астении и указывает на преобладание студентов с отсутствием астении. Диаграмма на рисунке 2 отражает частотувстречаемости астенизирующих факторов по результатам самооценки испытуемых.

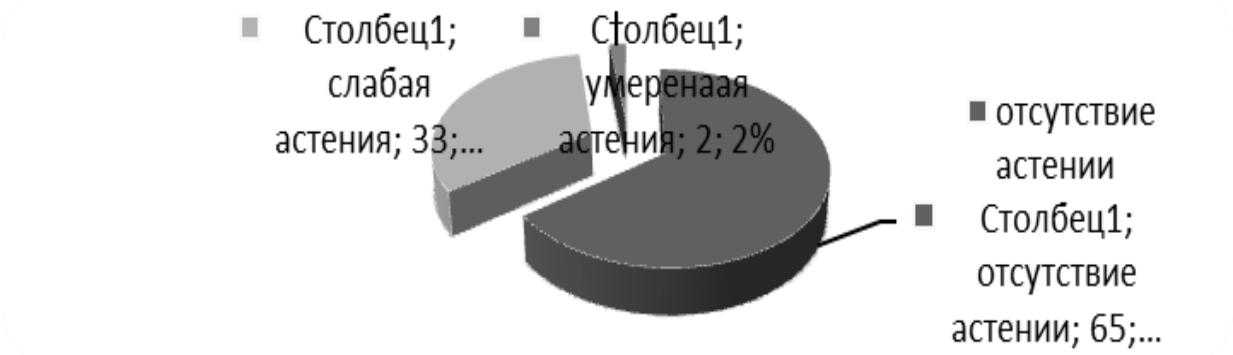


Рисунок 1 -Распределение испытуемых по степени выраженности астении, в процентных долях.

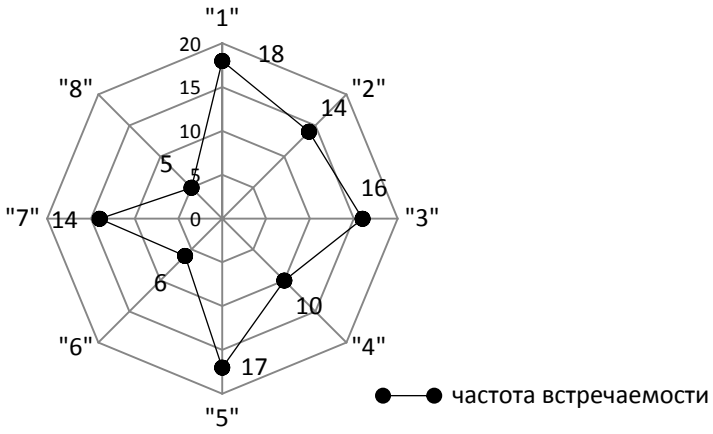


Рисунок 2 - Частота встречаемости астенизирующих факторов у испытуемых по результатам самооценки, в процентных долях от общего количества выборов.

Нами были получены следующие результаты. У 65 % студентов астения отсутствует, у 33 % обнаружена слабая астения и у 1 % - умеренная астения, что соответствует популяционным показателям. Наиболее часто студенты, по их мнению, подвергаются влиянию таких социогенных, психогенных и соматогенныхастенизирующихфакторов как:длительная работа на компьютере (в том числе планшетном), «зависание» в интернете, смартфоне, неправильная организация труда и отдыха, систематическое недосыпание (45 % от всех выборов), большие физические и умственные нагрузки и перегрузки, перенапряжение, волнения, стрессы, конфликты (28 % от всех выборов), острые или хронические заболевания (16 % от всех выборов).

Результатыисследования позволили сделать следующие выводы:

1. Подтвердилась гипотеза исследования, устудентов одной возрастной группы выявлена астения разной степени выраженности – от ее отсутствия до умеренной астении;
2. Наиболее часто встречающимися у студентов астенизирующими факторами, по результатам их самооценки, являются социогенные;
3. У 34 % студентов с диагностированной слабой и умеренной астенией (20 человек) на момент исследования имелось острое или хроническое заболевание.

На основании сформулированных выводов студентам могут быть даны общие рекомендации по профилактике астении, а именно: организовать ритмичный график умственного труда без «штурма»: совершенствовать взаимоотношения с товарищами по учебе и преподавателями; ввести в свой образ жизни тонизирующие физические нагрузки, активный отдых, включающий занятия утренней гимнастикой, посещение бассейна, домашние водные процедуры; оптимизация рациона питания (увеличение удельного веса продуктов – источников протеинов (мяса, сои, бобовых), продуктов, богатых углеводами, витаминами группы В (яиц, печени) и триптофаном (хлеба грубого помола, сыра, бананов,

мяса индейки), введение продуктов питания с выраженными витаминными свойствами; прекратить контакты с возможными токсическими химическими веществами, отказаться от алкоголя; заняться самовоспитанием, проконсультировавшись с врачом и/или психологом, критически посмотреть на себя со стороны.Рационально ли соотношение труда и отдыха в жизни ? Сколько времени тратится на сон, когда в последний раз были на свежем воздухе (именно свежем воздухе), сколько времени вы проводите за компьютером..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению. [Электронный ресурс]. - Режим доступа - http://stimol.pro/files/monography.pdf.
2. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия [Электронный ресурс]. - Режим доступа - http://www.rmj.ru/articles_6827.htm. Астенический синдром, астения. [Электронный ресурс]. - Режим доступа -http://psychiatr.ru/education/slide/97.
3. Астенический синдром. [Электронный ресурс]. - Режим доступа - http://www.psyline.ru/andepr16.htm.
4. Гречко, Т.Ю. Выявление астенических расстройств среди студентов, как этап оценки психического и соматического здоровья / Т.Ю.Гречко, Ю.Е. Васильева // Здоровьезбережение: теория и практика. Материалы XXIII межрегиональной научно-практической конференции, 29 апреля 2013 года. Липецк. [Электронный ресурс]. - Режим доступа - http://sibac.info/13872.
5. Психология[Электронный ресурс] // Персональный сайт Бруннера Е.Ю. - Режим доступа - http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/141-astenia. (Дата обращения - 26.12.2012).
6. Что такое Астеническое расстройство (астения) [Электронный ресурс]. - Режим доступа - http://www.eurolab.ua/diseases/179.

УДК 616.98:578.828-06:616.511

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СИНДРОМА ЭКЗАНТЕМЫ

Е.А.Просвирина, З.Э.Гусейнова

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.В. Сергеева

Проблема ВИЧ-инфекции остается актуальной для мирового сообщества. Масштабы ее распространения имеют глобальный характер и представляют угрозу социально-экономическому развитию большинства стран в мире. ВИЧ-инфекция является одной из серьезных медицинских и социальных проблем, требующих эффективных мер как со стороны государственных структур здравоохранения, так и со стороны общественных организаций и гражданского сообщества.

Цель работы – оценитьособенности течения у больных острой ВИЧ-инфекции с преобладанием синдрома экзантемы.

Материалы и методы:Был проведен анализ 25 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном корпусе КМК БСМП им. Н. С. Карповича г.Красноярска с 2013-2015гг. Диагноз подтвержден методом ИФА ВИЧ (лаборатория КМК БСМП им.Н.С. Карповича) и иммунным блотингом (Центр СПИД).

Результаты исследования:Анализируя истории болезни мы разделили всех пациентов на 3 группы в зависимости от возраста. 1 группа (2 пациента – 8%) – возраст от 17 до 20 лет, 2 группа (16 пациентов – 64%) – возраст от 20 до 35 лет, 3 группа (7 пациентов – 28%) – возраст от 35 лет до 55лет.

Среди обследуемых – 11 женщин в возрасте от 17 до 55 лет (44%), 14 мужчин в возрасте от 19 до 52 лет (56%).

Особенности эпидемиологического анамнеза: 36% (9 пациентов) - парентеральное употребление наркотиков, 20% (5 пациентов) - незащищенные половые связи, 16% (4 пациента) - пребывали в местах лишения свободы, 16% (4 пациента) - нанесение татуировок в домашних условиях, на отдыхе, в тату-салонах, 8% (2 пациента) – сожитель с ВИЧ-инфекцией, 4% (1 пациент) - оперативные вмешательства.

В большинстве случаев пациенты поступали в инфекционный корпус по направлению из поликлиник г.Красноярска (16 пациентов – 64%), остальные были доставлены бригадой СМП (6 пациентов – 24%), и только 3 пациента (12%) обратились самостоятельно.

При направлении в стационар были выставлены следующие диагнозы: ОРВИ (24%), лихорадка неясного генеза (20%), ОРВИ+токсикодермия (20%), менингит (16%), иерсиниоз (8%), герпетическая инфекция (8%), вирусный гепатит (4%).

Длительность болезни на момент поступления варьировала от 1 дня до 9 дней. Чаще всего пациенты обращались за медицинской помощью на 3 день болезни (8 пациентов – 32%), на 4 день (5 пациентов - 20%), на 5 день (5 пациентов - 20%), на 2 день (4 пациента – 16%), на 9 день (2 пациент - 8%), на 7 день (1 пациент - 4%).

Длительность госпитализации была от 3 суток (4%) до 21 суток (12%), наиболее часто длительность госпитализации составляла – 7 дней (64%).

Наиболее часто при поступлении отмечались: гипертермия+лимфоаденопатия+сыпь (32%), гипертермия+сыпь (24%), гипретермия+лимфаденопатия (16%), гипертермия+лимфаденопатия+гепатомегалия+сыпь (16%), гипертермия+сыпь+гепатомегалия (4%), гипертермия (4%), гипертермия+гепатомегалия (4%).

При обращении в инфекционный корпус у 11 пациентов (44%) отмечалась пятнисто-папулезная сыпь, у 5 пациентов (20%) – крупнопятнистая сыпь, у 3 пациентов (12%) – папулезная сыпь. Локализация сыпи была преимущественно на лице, груди, верхних конечностях, реже напо всему туловищу и нижних конечностях. Следует отметить, что у 6 пациентов (24%) сыпь при поступлении не была выявлена, она появилась на 2-3 день пребывания в стационаре.

В среднем экзантема сохранялась 5-6 суток. У 21 пациента (84%) сыпь исчезла через пигментацию, у 4 пациентов (16%) после исчезновения сыпи отмечалось шелушение.

В РАК были выявлены следующие особенности: тромбоцитопения (76%), лимфоцитоз (52%), лейкопения+тромбоцитопения+лимфоцитоз (52%), анемия (48%), лимфопения (44%).

Иммунный статус сделали только 4 пациентам (16%), это связано с тем, что пациенты поступали в стадии острой ВИЧ-инфекции, находились на койке малое количество дней, поэтому сделать иммунный статус не представлялось возможным. Из 4 иммунограмм выявлено: снижение СД4 (222 клетки) было у 1 пациента, а вот повышение СД8 – у 2 пациентов (2745 и 2364), у 1 пациента нарушений в иммунном статусе не выявлены.

При анализе проводимой терапии выявлено, что 23 пациента (92%) получали сочетание антибактериальной терапии с симптоматической терапией, и только у 2 пациентов (8%) была назначена симптоматическая терапия.

Выводы:

1. Большинство пациентов с Острой ВИЧ-инфекцией госпитализированы в инфекционные отделения по направлению из поликлиник (64%).
2. Наиболее частый диагноз при поступлении – гипертермия+лимфоаденопатия+сыпь (32%) и гипертермия+сыпь (24%).
3. В РАК у 76% пациентов выявлена тромбоцитопения.
4. Врачи поликлинической службы должны с настороженностью относится к пациентам с лихорадкой в сочетании с сыпью, лимфаденопатией, а также с тромбоцитопенией, чтобы не пропустить ВИЧ-инфекцию. Назначать таким пациентам диагностику методом ИФА на наличие антител к ВИЧ-инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гранитов, В. М. ВИЧ-инфекция / СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии / В. М. Гранитов. - М. : Медицинская книга, 2003. - 119 с.

2. Либман, Г. ВИЧ-инфекция : пер. с англ. / Г. Либман, Х. Дж. Макадон ; ред.-пер. А. И. Мазус, Т. П. Бессараб ; ред. Н. В. Макашова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 560 с.

3. Лобзин, Ю. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Ю. В. Лобзин, К. В. Жданов, В. Л. Пастушенков ; отв. ред. Ю. В. Лобзин. - СПб. : Фолиант, 2003. - 133 с.

УДК 616.12-009.72-06:[616.13-007.681+616-02+616-005.1-08]

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ, СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ I-III ФК

М.Б. Прохорович, М.М. Иванова

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

Кафедра внутренних болезней №2

Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, асп. Я.И. Вериго

Сердечно-сосудистые заболевания наиболее актуальная проблема здравоохранения большинства стран мира, занимают лидирующие позиции по уровню заболеваемости и инвалидизации [3].

Наиболее частой причиной поражения сосудистой системы является атеротромбоз. Тромбоокклюзионными поражениями сосудов страдают около 18-24,5% мужчин и 13-15% женщин старшей возрастной группы [6]. Важным звеном патогенеза атеросклероза является эндотелиальная дисфункция, которая развивается вследствие хронического его повреждения [7]. В её основе лежит генерализованный дефект механизмов гомеостаза, включающий в себя дисбаланс эндотелий продуцируемых факторов вазоконстрикции и вазодилатации. От степени этого дисбаланса и способности эндотелиоцитов противостоять ему зависит дальнейшее развитие событий в стенке сосудов [2].

Для раннего выявления, предотвращения прогрессирования и развития осложнений ССЗ необходимо изучать маркеры дисфункции эндотелия, которые являются показателями

повреждения сосудистой стенки на начальном этапе [8]. При физиологических условиях эндотелий сосудов продуцирует большое количество биологически активных факторов, одним из которых является фактор Виллебранда (ФВ) [9]. Когда субэндокардиальный матрикс стенки кровеносных сосудов подвергается воздействию, освобождение ФВ увеличивается, облегчая агрегацию тромбоцитов и образование тромбоцитарной пробки [4].

Установлено, что в атеросклеротически измененных артериях наибольшую роль в агрегационных процессах тромбоцитов играет ФВ. В связи с этим увеличение содержания ФВ в плазме крови можно рассматривать как основной предиктор гиперкоагуляции [1].Это дает основание рассмотреть ФВ в качестве потенциального маркера дисфункции эндотелия.

Хроническое воспаление является одним из факторов развития коронарной патологии. Важнейшим фактом является то, что С-реактивный белок (СРБ) играет ведущую роль в возникновении атеросклероза. Некоторые исследования подтвердили прогностически значимое повышение уровня СРБ в плазме крови больных ИБС [5].

В настоящее время доказано, что одним из надежных критериев стратификации риска кардиоваскулярных осложнений является показатель ригидности (жесткости) центральных артерий, который отражает степень дисфункции эндотелия [10]. Одним из наиболее изученных параметров, характеризующих сосудистую жесткость является скорость распространения пульсовой волны (СПРВ), индекс аугментации (ИА). Увеличение ригидности артерий рекомендуется относить к доклиническим признакам поражения органов мишеней. Учитывая вышесказанное, представляет интерес изучение взаимосвязи эндотелиальной дисфункции, системного воспаления и артериальной ригидности.

Целью данной работы является: изучить клеточно-молекулярные механизмы воспаления и формирования эндотелиальной дисфункции, у больных стабильной стенокардией напряжения I-III ФК.

Задачами, поставленными для выполнения работы явились: изучение показателей системы гемостаза у больных стабильной стенокардией напряжения I-III ФК; оценка параметров артериальной ригидности у больных стабильной стенокардией напряжения I-III ФК; изучение выраженности системного воспаления путем определения уровня С-реактивного белка в плазме крови больных стабильной стенокардией напряжения I-III ФК; оценка взаимосвязи между показателями дисфункции эндотелия, системного воспаления и артериальной ригидности, в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии и степенью поражения коронарных артерий.

В исследовании участвовало 45 больных, 25(55%) мужчин и 20(45%) женщин, которые были разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 13 больных со стабильной стенокардией напряжения I ФК , медиана возраста 55 лет, из них 7(52%) мужчин, 6(48%) женщины. Во 2-

ю группу включено 17 больных с II ФК , медиана возраста 58 лет, из них 11(64%) мужчин, 6(36%) женщин. В 3-ю группу включено 15 больных с III ФК, медиана возраста 57 лет, из них 11(73%) мужчин, 4(27%) женщины. В группу контроля вошли 30 потенциально здоровых добровольцев, из них мужчин 11(36%), женщин 19(64%), Me= 57.

Исследования проводились на базе Консультативно-диагностической поликлиники Краевой клинической больницы г. Красноярска. Критериями включения были: возраст > 30 лет и < 80 лет, стабильная стенокардия напряжения I-III ФК.

Основные характеристики артериальной ригидности оценивались методом неинвазивной артериографии с помощью артериографа Tensio Clinic TL1. Определяли основные характеристики артериальной ригидности: СПВА и ИА. Активность ФВ определялась на агрегометре «Биола». Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Для анализа признаков, распределение которых было отличным от нормального использовались непараметрические критерии. Данные представлены в виде: Me – 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 $p < 0,05$.

В результате при сравнении показателей гемостаза, было выявлено Статистически значимое повышение уровня ФВ у пациентов в 3 группе (III ФК Me=123[107;134]), в сравнении с 1 группой (I ФК Me=99[90;120], 2 группой (II ФК Me=117[100;130]), а так же с группой контроля (Me=95,5[90;120]) (Таблица 1).

Таблица 1- показатели гемостаза у пациентов с ИБС и группы контроля. Зависимость фактора Виллебранда от ФК стенокардии.

Показатель	Группы Me [Q_1 ; Q_3]					
ФВ	ИБС п=45	I ФКп=13	IIФКп=17	IIIФКп=15	Контр п=30	ЗР
	Me=118 [86;123]*	Me=99 [90;120]*	Me=117 [100;130]*	Me=123 [107;134]*	Me=95,5[90; 120]*	P1-7=0,006
Фибриноген	Me3,83 [3,2;4,1]				2,8[2,3;9,2]	P=0,00002
РФМК	Me 8[3,2;4,1]				15,7[8,5;1,6]	P=0,002
Тромбоциты	Me 257[200;287]				213[186;229]	P=0,013
Антитромб. 3	Me 102[96;111]				99[96;100]	P=0,032

Примечание: * - статистически значимые различия между исследуемыми группами и контролем при $p < 0,05$;Me – медиана; Q1-Q3 – верхний и нижний квартили;

При оценке показателей артериальной ригидности нами установлено повышение ИА у пациентов 3 группы (III ФК Me=2,8[-4,5;21,6]) в сравнении с группой контроля (Me=-25,9[-44,2;13,3]). Так же отмечается статистически значимое повышение СПВА у больных 3 группы (IIIФК Me=12,3[9,5;14,6]) в сравнении с показателями группы контроля(Me=7,57[6,6;7,8]). (Таблица 2)

Таблица 2– показатель артериальной ригидности в зависимости от функционального класса.

Пок.	Группы Me [Q_1 ; Q_3]					
	ИБС п =45	I ФК п=13	IIФК п=17	IIIФК п=15	Контроль п=30	Значимость различий
ИА	4,4 [-5,7;19]*	1,07 [-5,7;3,5]*	1,8 [-25;14]*	2,8 [-4,5;21,6]*	-25,9 [-44,2;13,3]*	P1-4=0,0002
СПВ	11,7 [9,3;14]*	11,2 [8,3;11,8]*	11,7 [10,1;14,4]*	12,3 [9,5;14,6]*	7,57 [6,6;7,8]*	P1-4=0,0005

У всех больных стенокардией отмечается более высокий уровень С-реактивного белка (Me=2,55[90;120]), чем у группы контроля. Более того, более высокий уровень С-реактивного белка у пациентов 3 группы (III ФК Me=4,0[2,8;6,6]), по сравнению с первой (I ФК Me=2,0 [2,0;3,0]). (Таблица 3).

Таблица 3– показатель уровня С- реактивного белка у пациентов с ИБС (I, II, III ФК)

Пок	Группы Me [Q_1 ; Q_3]					ЗР
	ИБС п=45	IФКп=13	IIФКп=17	IIIФКп=15	Контрп=30	
СРБ	2,55[9,0;1,2]	2,0[2,0;3,0]*	2,0[0,9;3,0]	4,0[2,8;6,6]*	1,2[0,7;2,1]	P1-5= 0,016

Кроме того выявлена зависимость между выраженностью коронарного атеросклероза и уровнем ФВ, АР и СРБ: уровень ФВ у больных с поражением 3 коронарных артерий (КА) (Me=130[107;161]) достоверно выше, чем при поражении 1КА (Me=83[73;102,5]); ИА у пациентов с поражением 3 КА (Me=2,9[-1,9;19]) превышает показатель поражения 1 КА (Me=1,4[-9,9;14]). Также достоверно выше показатель СРБ, СПВ у пациентов с поражением 3 КА (Me=13,2[11,5;15,3]), чем с поражением 1 КА (Me=11,5[9,3;14]). (см. Таблица 4)

Таблица 4– показатели артериальной ригидности, ФВ и СРБ в зависимости от количества пораженных артерий

Показатель	Группы Me [Q_1 ; Q_3]				Значимость различий
	Диф. Пор п=16	Пор 1 КА п=9	Пор 2 КА п=10	Пор 3КА п=9	
СПВ	11,4[8.3;12]	11,5[9,3;14]*	11,2[9,7;13,5]	13,2[11,5;15]*	Р1-4=0,027
ИА	1,6[-25;6,6]	1,4[-9,9;14]*	8,5[-4,7;21,7]*	2,9[-1,9;19]*	Р=0,025
ФВ	113[99;121]	83[73;102,5]*	131[123;157]*	130[107;161]*	Р1-4=0,041
СРБ	2[2;3]	3[1,2;3,2]	2[1,5;2,8]*	4[2;6,6]	Р=0,042

Делая выводы, мы отмечаем, что у больных стабильной стенокардией напряжения III ФК было выявлено статистически значимое повышение уровня ФВ, в сравнении с больными с I ФК, II ФК и группой контроля. Во всех группах с ИБС отмечаем повышение уровня тромбоцитов, фибриногена и антитромбина 3 в сравнении с группой контроля. При оценке показателей артериальной ригидности нами установлено повышение ИА во всех группах больных с ИБС в сравнении с группой контроля . Отмечается прямо пропорциональная связь между уровнем ФВ, показателями артериальной ригидности, уровнем С- реактивного белка и утяжеляющимся функциональным классом стенокардии. Выявлена статистически значимая связь между показателями АР, ФВ, СРБ и количеством пораженных артерий.

В клинической практике достаточно сложно выявить ССЗ в дебюте. Кроме определения показателей ригидности центральных артерий, необходим поиск биомаркёров, позволяющих выявить эндотелиальную дисфункцию на ранних стадиях. Учитывая известную роль ФВ в процессах воспаления и ремоделирования сосудистой стенки, необходимо более тщательное изучение роли данного маркёра в патогенезе ССЗ, что в дальнейшем даст возможность своевременной диагностики, позволяя, тем самым, улучшить прогноз и качество жизни пациентов, и, следовательно, снизить летальность от данной патологии в России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фактор Виллебранда и его роль в дисфункции эндотелия при ишемической болезни сердца / Я.И.Вериго, И.В.Демко, М.М.Петрова и др.// Сибирское медицинское обозрение.- 2014.-Т.6,N 5.-С.23-28.

2. Крюков, Н.Н. Medpro, медицина для профессионалов Глава III. / Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский //Ишемическая болезнь сердца 3.1 – Самара, 2010. – С. 1-236.

3. Оганов, Р.Г. Рекомендации ВНОК / Р.Г. Оганов, С.А Бойцов. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2011.- Т.6, №10, приложение 2.- С.7.

4. Оганов, Р.Г. Эпидемию сердечно сосудистых заболеваний можно остановить усилием профилактики / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Профилактическая медицина.- 2009.-Т.6, №3.- С.3-7.

5. Парахонский, А.П. Иммунная система как предиктор эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертонии с метаболическими нарушениями / А.П. Парахонский //Фундаментальные исследования.- 2007. - № 9.-С.74-75.

6. Суслина, З.А. Атеросклероз и ишемические нарушения мозгового кровообращения / З.А. Суслина, М.М.Танашян, О.В. Лагода //Атеротромбоз .- 2009.-Т.3, №2 .- С.60-64.

7. Терещенко, С.Н. Сравнительная характеристика ингибиторов ангиотензин превращающего фермента рамиприла и эналаприла в лечении хронической сердечной недостаточности у женщин / С.Н.Терещенко, И.В.Жиров, Е.В. Маличенко //Кардиология.- 2010.-№4.– С.64-68.

8. Arid, W.C. Endothelial biomedicine / W.C. Arid // Cambrige University Press.- 2007. – 1500 c.

9. Chen, C. Estimation of centralaortic pressure waveform by mathematical transformation ofradial tonometry pressure:validation of generalized transfer function / C.Chen, E. Nevo // Cerculation.-1997.-Vol.95,№7.- P.1827-1836.

10. Derhasching, U. Assesment of plateles and the endothelium in patients presenting with acute coronary syndromes – is there a future? / U.Derhasching, B. Jilma //Thrombosis and Haemostasis.- 2009.-Vol.102, №6.-P. 1141-1148.

УДК 159.923.3: 616.1

ИЗУЧЕНИЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.Ю.Пугачева, Н.В.Попенко

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: преп. Н.В.Попенко

Актуальность темы исследования обусловлена значительным увеличением числа людей перенесенных ИБС, запоследние 15 лет, их число возросло более чем в 3 раза. Это связано, по мнению специалистов, в том числе и с социально-экономическими изменениями в обществе, вызывающими большое число всех соматических заболеваний. Общеизвестно,

что сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания: страх, депрессии, эмоциональные переживания, конфликты все это приводит к возникновению ИБС.

Ишемическая болезнь сердца - важнейшая проблема современного здравоохранения. По целому ряду причин она - одна из главных причин смерти среди населения промышленно развитых стран. Она поражает работоспособных мужчин (в большей степени, чем женщин) неожиданно, в разгар самой активной деятельности. Те, кто не умирает, часто приводит к инвалидизации.

Под ишемической болезнью сердца понимают патологическое состояние, развивающееся при нарушении соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным осуществлением. Это несоответствие может возникать при сохраняющемся на определенном уровне кровоснабжении миокарда, но резко возросшей потребности в нем, при сохраняющейся потребности, но упавшем кровоснабжении. Особенно выражено несоответствие в случаях снижения уровня кровоснабжения и возрастающей потребности миокарда в притоке крови.

Человек, заболевший тяжелой болезнью, вынужденный на протяжении всей жизни соблюдать строгий терапевтический режим, и возвращающийся к нормальной жизни, работе, общению, принужденучитывать много новых условий, изменений, внесенных болезнью в его жизнь. Наиболее важным здесь является самосознание человека. Ведь высокий уровень развития самосознания отражается главным образом в позитивном самоотношении личности, а самоотношение оказывает регулирующее влияние практически на все аспекты поведения человека, играя особую роль в установлении межличностных отношений, в постановке и достижении целей, в способах формирования и разрешения кризисных ситуаций. От того, как меняется самоотношение, зависит самочувствие, работоспособность, настроение человека, его отношение к окружающему миру, а так же прогноз на будущее.

Изучение самосознание больных пожилого возраста с ИБС, была подобрана выборка из 40 человек:экспериментальная группа – больные ИБС в возрасте 56–75 лет (20 человек), контрольная группа – люди, без данного заболевания в возрасте 56–75 лет (20 человек).

Полученные в ходе нашего исследования (методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева; методика личностного дифференциала, адаптированная в НИИ им. В.М. Бехтерева; тест на самоуважение, шкала М. Розенберга) результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Людям с ИБС свойственно защитное поведение личности, желание соответствовать общепринятым нормам поведения и взаимоотношений с окружающими людьми; они более критичны к своему «Я» (низкая самооценка, неуверенность в себе и самоунижение), в отличие от людей без данной патологии;

2. Люди, с диагнозом ИБС, являются интровертами, они закрыты, необщительны, пассивны и эмоционально спокойны, так же отмечается недостаточный самоконтроль, зависимость от внешних обстоятельств и оценок, в отличие от людейбез данной патологии;

3. Больным ИБС свойственно воспринимать себя на общем негативном фоне, видеть только свои недостатки и акцентировать внимание только на своих слабых сторонах, т.е. у них низкий уровень самоуважения, в отличие от людей без данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян, Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Атмосфера. 2002. - Т. 1. - № 2. - С.5-7.

2. Акимова, Е.В. Факторы риска ишемической болезни сердца в открытой популяции Тюмени / Е.В.Акимова, В.А.Кузнецов, В.В. Гафаров // Кардиология. 2005. - Т. 45. - №5 - С. 58.

3. Анастази, А. Психологическое тестирование. / А.Анастази, С. Урбина – Санкт-Петербург. 2001. - С. 383-389.

4. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник. – Москва. 1996. - С. 62-80.

5. 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. – 24 с.

УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ ИПОХОНДРИИ У СТУДЕНТОВ

Н.В.Рассказова

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.псх.н., доц. С.М.Колкова

Данное исследование проводилось с целью исследования наличия у студентов-медиков ипохондрии и проведения профилактической лекции.

Исследование было проведено в ГОУ ВПО Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Основная деятельность заключается в реализации программ высшего профессионального образования,

подготовке высококвалифицированных специалистов по разным направлениям медицины. Исследование студентов проводилось во вне учебное время. В исследовании приняли участие две группы студентов: первая состояла из 15 человек 3 курса Факультета фундаментального медицинского образования, вторая группа – контрольная, состояла из 15 студентов 3 курса различных университетов города Красноярска не медицинского профиля.

В результате проведения диагностики мы получили следующие данные по методике «Гиссенский опросник соматических жалоб (GiesenerBeschwerdebogen, GBB)» (Таблица 1):

Таблица 1 – Средние показатели выраженности соматических жалоб

Название шкалы	Среднее значение
Истощение (И)	3,8
Желудочные жалобы (Ж)	5,2
Ревматический фактор (Р)	5,6
Сердечные жалобы (С)	0,6
Давление (интенсивность) жалоб (Д)	15,2

Из показателей таблицы средних значений можно сделать вывод о том, что все значения шкал в пределах нормы, однако есть жалобы, к которым студенты обратили внимание - желудочные жалобы и боли в различных частях тела или ревматический фактор. Шкала «желудочные жалобы» отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий, шкала «ревматический фактор» выражает субъективные страдания пациентов, носящие спастический (судорожный) характер.

По этой же методике вторая группа студентов из университетов немедицинского профиля показала следующие результаты (Таблица 2):

Таблица 2 - Средние показатели выраженности соматических жалоб

Название шкалы	Среднее значение
Истощение (И)	2,3
Желудочные жалобы (Ж)	0,3
Ревматический фактор (Р)	3,7
Сердечные жалобы (С)	0
Давление (интенсивность) жалоб (Д)	5,8

Также из показателей видно, что значение шкал минимально, как и у предыдущей группы испытуемых, однако в сравнительной схеме (Рисунок 1) отчетливо можно проследить, что у группы 1 показатели выше.

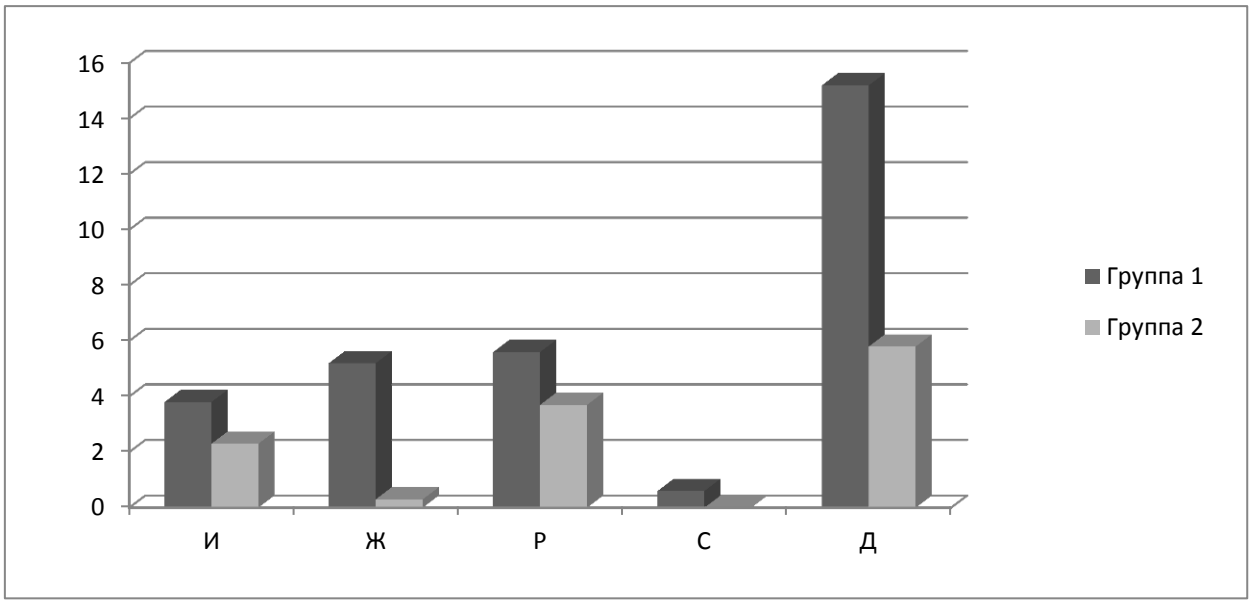


Рисунок 1 – Сравнение средних показателей группы 1 и группы 2.

Таким образом, исходя из результатов методики «Гиссенский опросник соматических жалоб» можно сделать вывод о том, что, несмотря на невысокие показатели шкал, у студентов-медиков (группа 1) преобладают желудочные жалобы и ревматические жалобы, в то время как у группы студентов других вузов только ревматические жалобы. Однако, как и в первой группе, так и во второй все показатели шкал в пределах допустимой нормы.

Следующая ступень исследования осуществлялась с помощью методики «Тест исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера». В нашем исследовании мы отдаем приоритетное внимание личностной тревожности, так как личностная тревожность - это индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения [13]. И как отмечалось выше, тревожность является одним из диагностических признаков ипохондрии.

В результате проведения диагностики по данной методике мы получили следующие данные (Рисунок 4, Таблица 3):

Таблица 3 – Сравнение средних показателей тревожности

Наименование группы	Личностная тревожность (ЛТ)	Ситуативная тревожность (СТ)
Группа 1	33,8	43,2
Группа 2	27,6	31,4

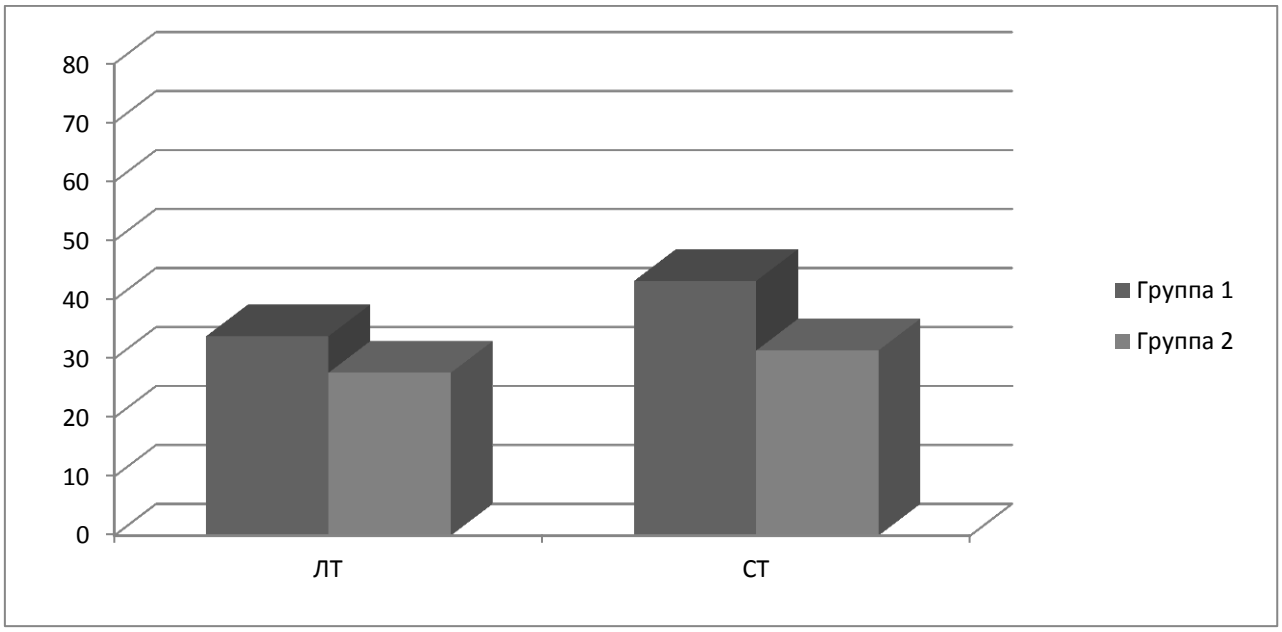


Рисунок 2 – Сравнение средних показателей тревожности.

Исходя из результатов данной методики, можно сделать вывод о том, что у группы студентов-медиков (группа 1) личностная и ситуативная тревожность в пределах средних границ или умеренная тревожность. При этом у группы первой балл ситуативной тревожности превышает личностную, что вполне допустимо и не является отклонением. Так же как и в первой методике, у группы второй (студенты других ВУЗов) достаточно низкие показатели тревожности. Личностная тревожность низкая, ситуативная оценивается как умеренная по нижнему порогу.

В ходе анализа результатов следующей методики - «Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан» упор делался на три шкалы: «Здоровье», «Внешность», «Уверенность в себе», так как человек, страдающий ипохондрией, приковывает свое внимание именно к этим трем составляющим своего тела. Методика для исследования самооценки послужила дополнительной методикой для качественного анализа испытуемых групп, в связи с чем, количественный средний показатель важной роли не играет.

В целом по трем шкалам уровень самооценки у группы 1 варьировал от 43 баллов до 62 баллов, что означает реалистичную (адекватную) самооценку. Уровень притязаний расходится максимально на 10 баллов повосходящей, что так же является в пределах нормы. У группы 2 уровень самооценки находится в диапазоне 54-70 баллов, уровень притязаний расходится на 5 баллов, что также является в пределах нормы. (Таблица 4)

Таблица 4 – Общие показатели групп по Дембо-Рубинштейн

Наименование группы	Уровень самооценки	Уровень притязаний	Расхождения
Группа 1	43-62	53-72	10
Группа 2	54-70	50-75	5

Таким образом, у обеих групп уровень самооценки и уровень притязаний соответствуют адекватным представлениям.

Для анализа результатов последней диагностической методики – анкеты использовался также качественный метод, каждая анкета рассматривалась индивидуально, с целью собрать анамнез жизни испытуемых, а также для того, чтобы наилучшим образом составить профилактические рекомендации.

Исходя из результатов анкеты, из первой группы испытуемых лишь три человека имеют хронические заболевания на протяженном отрезке жизни и уделяют своему здоровью повышенное внимание. У группы второй – лишь один человек. Однако ни у одного испытуемого не отмечается, согласно данным анкеты, боязни смерти или постоянного подозрения на возникновение новой тяжелой болезни.

Таким образом, гипотеза о том, что обучение в медицинском университете негативно влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования.

В результате проведенных исследований выраженных отличий в результатах групп не было выявлено. Однако, небольшие различия в показателях все-таки можно проследить, например, в таких как уровень тревожности. У студентов-медиков незначительно уровень тревожности выше, чем у студентов других ВУЗов.

Гипотеза о том, что обучение в медицинском университете влияет на формирование у студентов ипохондрии, не подтвердилась данными исследования. Не смотря на такой результат исследования, со студентами, имеющими хронические заболевания и умеренную личностную тревожность, была проведена профилактическая работа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дружинин, В.Н. Экспериментальная психология: Учебное пособие / В.Н. Дружинин – М.: ИНФРА, 1997. – 256 с.

2. Колкова, С.М. Проблема позитивного изменения личности студентов – будущих психологов/ С.М. Колкова// Вестник ЯГУ им. М.К.Аммосова.– Том 6, № 4 –2009.- С.90-95.

УДК 616.98:578.822.91-036.1-053.1

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

С.А. Редько, Н.С. Егорлицкая

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

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

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

В настоящее время ротавирусная инфекция (РИ), как причина заболеваемости детей, сохраняет свои лидирующие позиции [1]. По данным экспертов ВОЗ, практически каждый ребенок до 5 лет переносит РИ. Ежегодно в мире регистрируется до 25 млн., в России – около 300 тыс. ротавирусных гастроэнтеритов. [2,5]. В эпидемический период до 80% острых кишечных инфекций (ОКИ) приходится на РИ, которая регистрируется в виде спорадических заболеваний или вспышек в семье и детских коллективах. Наиболее высокая восприимчивость у детей до 5 лет, и она обусловлена анатомо-физиологическими особенностями органов желудочно-кишечного тракта, незрелостью как специфических, так и неспецифических факторов иммунной защиты, что в свою очередь является причиной госпитализации в стационар [3]. Зачастую РИ протекает тяжело с развитием признаков эксикоза 1-3 степени, и, в ряде случаев, может привести к летальному исходу. Кроме того, согласно литературным данным, практически у всех детей с РИ отмечаются изменения микробиоценоза кишечника, что существенно усугубляет клиническую симптоматику и элиминацию ротавирусов из кишечника, и, в свою очередь, может способствовать не гладкому течению заболевания с развитием осложнений, а также постинфекционных нарушений [4].

В Красноярском крае заболеваемость РИ за последние 10 лет увеличилась почти в 7 раз. Активность эпидемического процесса РВИ поддерживается в основном за счёт детского населения, доля которого в возрастной структуре заболеваемости по г. Красноярску в 2012

году составила 96,9 %. Среди детей наиболее высокие показатели заболеваемости РИ отмечаются в возрастных группах от 0 – 1 года (1515,5 на 100 тыс. населения) и 1–2 лет (1401,5 на 100 тыс. нас.), что в свою очередь зачастую является причиной госпитализации в стационар. Только за последние 3 года число детей с РВИ госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ ГДКБ №1 г.Красноярска увеличилось более чем в 2 раза. При этом удельный вес больных первых двух лет жизни составил 88,1%.

Цель исследования – изучение особенностей клинической картины заболевания в зависимости от возраста.

Под нашим наблюдением находилось 126 детей в возрасте 1-5 лет, больных РВИ, находившихся на лечении в инфекционном стационаре КГБУЗ МДКБ№1 г. Красноярска. Среди наблюдаемых больных дети первых двух лет жизни составили 65,1±4,2% (82 чел.), в возрасте 3-5 лет 34,9±4,2% (44 чел.).

Протокол исследования включал изучение жалоб, анамнеза заболевания, и жизни, клинический осмотр, параклиническое обследование (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследования крови, копрограмма), а также бактериологическое исследование испражнений на всю кишечную группу и определение антигена ротавируса в кале с помощью реакции латексной агглютинации (РЛА).

У всех 126 наблюдаемых больных в кале обнаружен антиген ротавируса. Результаты бактериологического исследования испражнений на всю кишечную группу у 100% больных были отрицательными.

Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, степени тяжести кишечной инфекции. При оценке тяжести инфекционного процесса учитывались частота и продолжительность диареи, рвоты, выраженность лихорадки, степень эксикоза.

По результатам исследования в пакете электронных таблиц MS Excel 2003 была сформирована база данных, на основе которой, с помощью пакета 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 с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 процентилей (C_{25} и C_{75}). Достоверность различий между 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 $p<0,05$.

Анализируя данные эпидемиологического анамнеза у наблюдаемых больных необходимо отметить, что в 1/3 случаев независимо от возраста детей имел место контакт с

больным кишечной инфекцией. При этом основную часть у детей 1-2 лет составляли внутрисемейные очаги заболевания (76,4%), источником инфекции в группе детей раннего возраста чаще являлись матери (56,5±6,0%), реже – старшие братья и сестры (30,4±5,5%), и только в 11,6±3,9% случаев – отцы. Напротив, в группе пациентов 3-5 лет достоверно чаще источником инфекции были другие дети, посещавшие ДДУ, внутрисемейные очаги заболевания встречались реже. Так, среди возможных источников инфекции матери составили 36,5±5,6%, отцы – 17,6±4,4%.

Отмечаются некоторые клинические особенности РИ в зависимости от возраста пациентов. Во всех случаях заболевание начиналось остро с подъема температуры до субфебрильных или фебрильных цифр. При этом у пациентов раннего возраста заболевание характеризуется выраженной интоксикацией (100±0%), лихорадкой (92,8±3,1%), появлением повторной (60,9±5,9%) или многократной (7 – 9 раз) рвоты (39,1±5,9%). Уже в первые сутки заболевания (71,0±5,5%) или на следующий день (23,2±5,1%) присоединялся обильный, жидкий, водянистый, пенистый стул с неприятным кислым запахом от 5–7 (27,5±5,4%), 8–10 (31,9±5,6%) и более 10 раз (40,6±5,9%). У большей части пациентов (84,1±4,4%) диарея сопровождалась выраженными явлениями метеоризма (вздутие и урчание живота, колики, беспокойство).

В отличие от больных первой возрастной группы, в группе детей 3-5 лет достоверно чаще в первые сутки заболевания имела место многократная рвота (45,5±7,5%), а повышение температуры до субфебрильных цифр встречалось в 77,3±6,3% случаев ($p<0,05$). Также, как и в первой возрастной группе, ведущим клиническим синдромом являлся гастроэнтерит (47,7±7,5%), с явлениями метеоризма, однако у большей части больных (68,2±7,0%) жидкий водянистый стул появлялся несколько позднее – на 3 сутки от начала заболевания. Необходимо отметить, что в 27,3±6,7% заболевание протекало в форме гастрита, а признаки поражения всех отделов желудочно-кишечного тракта имели место в ¼ случаев, что подтверждалось обнаружением умеренных воспалительных изменений в копрограмме.

Кроме того, более, чем у половины пациентов раннего возраста имели место умеренные катаральные явления (58,3%), в то время как среди детей второй возрастной группы они встречались лишь в 15,2% случаев ($p<0,05$).

С учетом выраженности клинических проявлений у 68,3±4,1% диагностирована среднетяжелая форма заболевания. При этом доля детей раннего возраста составила 44,2±5,4%, а в группе больных старше 3 лет – 55,8±5,4%.

Тяжелая форма РИ с развитием эксикоза различной степени выявлялась у 31,7±4,1%. Достоверно чаще тяжелые формы заболевания встречались в группе больных до 2 лет ($p>0,05$). Независимо от возраста наиболее часто имело место развитие эксикоза 1 степени

(73%), эксикоз 2 степени встречался в 22,9% случаев. Однако только среди лиц первой возрастной группы в 4,1% случаев развивался эксикоз 3 степени ($p>0,05$).

В клиническом анализе крови у больных независимо от возраста были выявлены воспалительные изменения, проявляющиеся умеренным лейкоцитозом и нейтрофилезом (95,9±2,3%), ускоренной СОЭ (100±0,0%). В копрограмме у детей раннего возраста имели место лишь ферментативные нарушения, проявляющиеся преобладанием нейтрального жира (78,3±4,2%), в то время как среди лиц второй возрастной группы наряду с явлениями ферментативной недостаточности (нейтральный жир обнаруживался в 68,4±6,2%, зерна крахмала – 34,8±5,1%), у 25,3±5,8% детей выявлены воспалительные изменения ($p<0,05$).

Клинический мониторинг за детьми проводился ежедневно с момента поступления ребенка в стационар и до его выписки. Сравнительный анализ течения острого периода заболевания показал, что у пациентов старше 3 лет длительность температурной реакции составила в среднем 2,7 суток [2,4-3,0], диарейного синдрома – 6,3 суток [5,7-6,7]. Однако для больных РВИ раннего возраста характерно не только большая выраженность, но и продолжительность лихорадочного периода. Так нормализация температуры тела у 81,1±4,6% больных раннего возраста происходила только на 4–5 сутки госпитализации, а в 18,9±4,6% случаев лихорадочный период составил 6,8 дней. Нормализация характера стула у 72,7±4,1% детей произошла к 8 дню, а у 9,3±3,4% – на 10 сутки пребывания в стационаре. При этом у 17,6±5,1% детей вплоть до выписки из стационара сохранялись признаки нарушения функциональной деятельности желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся неустойчивым водянистым стулом, беспокойством после кормления при сохранении аппетита и неплохого самочувствия ребенка.

Выводы:

1. Для РИ характерно острое начало, симптомы интоксикации, лихорадка, признаки поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта с развитием водянистой диареи и явлениями метеоризма. Однако у детей старше 3 лет, по сравнению с детьми первой возрастной группы, заболевание чаще протекает как в форме гастрита, так и гастроэнтероколита, что подтверждается воспалительными изменениями в копрограмме.

2. Тяжелые формы встречаются именно среди лиц первых двух лет жизни, при этом тяжесть состояния обусловлена развитием эксикоза как первой, так и в ряде случаев третьей степени. Также для детей раннего возраста характерно более длительное течение заболевания, что обуславливает необходимость дальнейшего наблюдения реконвалесцентов РИ, назначения коррегирующей терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горелов А.В., Усенко Д.В. Ротавирусная инфекция у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – № 8 (6). – С. 72–78.

2. Денисюк, Н.Б. Ротавирусная инфекция у детей: моно- и сочетанные формы, особенности клиники и течения // Журнал инфектологии. – 2012. - № 4. – С. 20-24.

3. Клиника, эпидемиология и профилактика ротавирусной инфекции: методические рекомендации / Под ред. академика РАМН проф. Ю.В. Лобзина. – СПб. : НИИДИ, 2013. – 48 с.

4. Мазанкова, Л.Н. Яковлева Г.Ю., Ардатская М.Д. Ротавирусная инфекция у детей раннего возраста: обоснование пробиотической коррекции // Детские инфекции. – 2011. – №2. – С. 52-56.

5. Singer C., Stancu P., Cosoveanu S. Diarrhea with Rotavirus in Children // Current Health Sciences J. – 2010. – № 36. – P. 5698–5700.

УДК 612.017.2-053.4

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИЯДОШКОЛЬНИКОВ К МИКРОСОЦИАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ДОУ

С.А.Редько, А.В.Доценко, С.И.Артеменко

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель: д.м.н., доц. М.Ю.Галактионова

Одним из важнейших направлений государственной политики РФ является улучшение здоровья детей и создание условий, благоприятствующих их воспитанию и образованию [3,4,5]. При этом особую актуальность приобретают проблемы совершенствования действующей организационной модели профилактических осмотров детей. В настоящее время в связи с занятостью женщин в производственной сфере возрастает роль детских дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) в процессе развития и формировании здоровья детей [2,6].

Способность быстрого приспособления организма к меняющимся социально-психологическим условиям является одним из показателей здоровья детей. Адаптацию на вегетативном уровне, как правило, оценивают по системе кровообращения, поскольку она одной из первых включается в процесс приспособления к меняющимся условиям среды, тесно связана с другими системами и позволяет выявить резервы организма [1]. Комплексная

оценка уровня здоровья детей предполагает использование физиологических тестов, позволяющих выявить функциональные резервы и уровни адаптации организма. Вегетативный тонус, отражающий интегральное состояние соматических функций, выступает одним из основных признаков успешной адаптации ребенка. Недоучет неблагоприятных адаптивных сдвигов в связи с началом поступления в детское дошкольное образовательное учреждение приводит к раннему формированию дезадаптационного синдрома.

Цель исследованияизучить показатели здоровья дошкольников и адаптации к условиям детских образовательных учреждений.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ интенсивных показателей заболеваемости 32959 дошкольников, посещающих детские дошкольные образовательные учреждения г. Красноярска за 6 лет (2005-2010 гг.), по данным официальной статистики Главного управления городского здравоохранения г. Красноярска за период с 2006 г. по 2010 г. [7].

У 97 дошкольников в возрасте 4-5 лет (46 мальчиков и 51 девочка) и 214 дошкольников в возрасте 6-7 лет (90 мальчиков и 124 девочки) проведено определение состояния вегетативной нервной системы и реакции организма на физическую нагрузку с помощью компьютерной программы «ORTO- Expert» (НПП «Живые системы», г. Кемерово, 2001 г). Основной метод диагностики – кардиоритмография; в качестве нагрузки использовали ортостатическую пробу. Были определены исходный вегетативный тонус (ИВТ), реакция сердечно-сосудистой системы на ортостатическую пробу, вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) и функциональное состояние организма школьников.

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладных программ «STATISTICAv. 7.0 © STATSOFT, USA» с использованием критерия χ^2 в модификации Пирсона. Результаты считали статистически значимыми при $p< 0,05$.

Результаты и обсуждение. Общая заболеваемость на 1000 организованных дошкольников г. Красноярска в динамике за 6 лет увеличилась более чем на треть (рисунок 1). В структуре общей заболеваемости лидирующее место занимает класс болезней органов дыхания. Второе место занимает класс болезней нервной системы, на третьем месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

При анализе данных за 5 лет (2005-2009 гг.) выявлено снижение травматизма детей в ДОУ г. Красноярска (с 16,2% до 7,5%), что указывает на соблюдение санитарно-гигиенических норм, правил к организации образовательного процесса и контроле со стороны администрации ДОУ за охраной жизни и укреплением здоровья воспитанников.

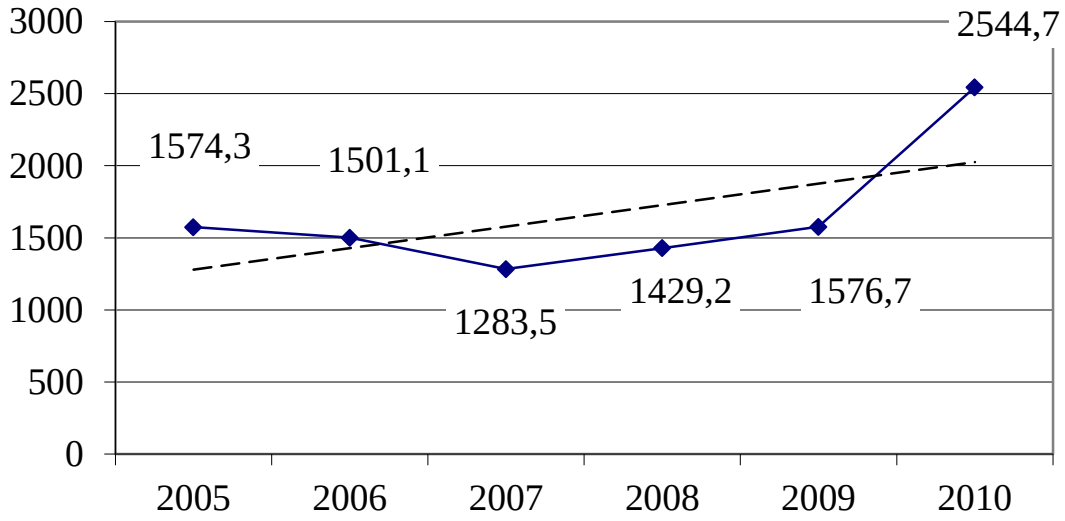


Рисунок 1 – Динамикаобщей заболеваемости организованных дошкольников (на 1000 детей).

Внедрение при проведении профилактических осмотров дошкольников автоматизированной экспертно-скрининговой технологии диспансерного осмотра в рамках краевой целевой программы «Дети», позволяет на ранних этапах выявить отклонения в состоянии здоровья по 24 профилям патологии. Нами проведен анализ профилактического осмотра дошкольников в 2010 г. с использованием технологии АКДО у 998 дошкольников. Наибольшее число подростков, прошедших АКДО, имели от двух до пяти профилей хронически значимых патологий (табл. 1.). Один профиль хронически значимой патологии была зафиксирован всего у 362 чел. (36,27%). Выявлено преобладали 2-3 профиля хронически значимой патологии, в структуре превалировали ортопедический, неврологический профили и ЛОР (табл. 1).

Таблица 1 – Ранговая структура лидирующей десятки значимых хронических отклонений в состоянии здоровья дошкольников, выявленных с помощью технологии АКДО

№ профиля	Название профиля	Всего n=998		Ранг
		абс.	%	
4	Ортопедия	415	41,58	1
6	Офтальмология	185	18,54	7
7	ЛОР	362	36,27	3
8	Невропатолог	384	38,48	2
9	Кардиология	317	31,76	4

12	Дерматология	144	14,43	8
16	Стоматология	268	26,85	6
17	Эндокринология	110	11,02	10
18	Аллергология	134	13,43	9
23	Физическое развитие	294	29,46	5

Оценка течения адаптации детей к ДОУ является одним из основных критериев функциональных возможностей дошкольников и качества наблюдения за детьми в ДОУ при поступлении. В течение последних двух лет отмечено увеличение числа дошкольников с благоприятной адаптацией (рисунок 2). Это объясняется подготовкой и качеством медицинского осмотра перед поступлением в ДОУ, организацией комиссий по адаптации в детских поликлиниках, санитарно-просветительной работе среди родителей.

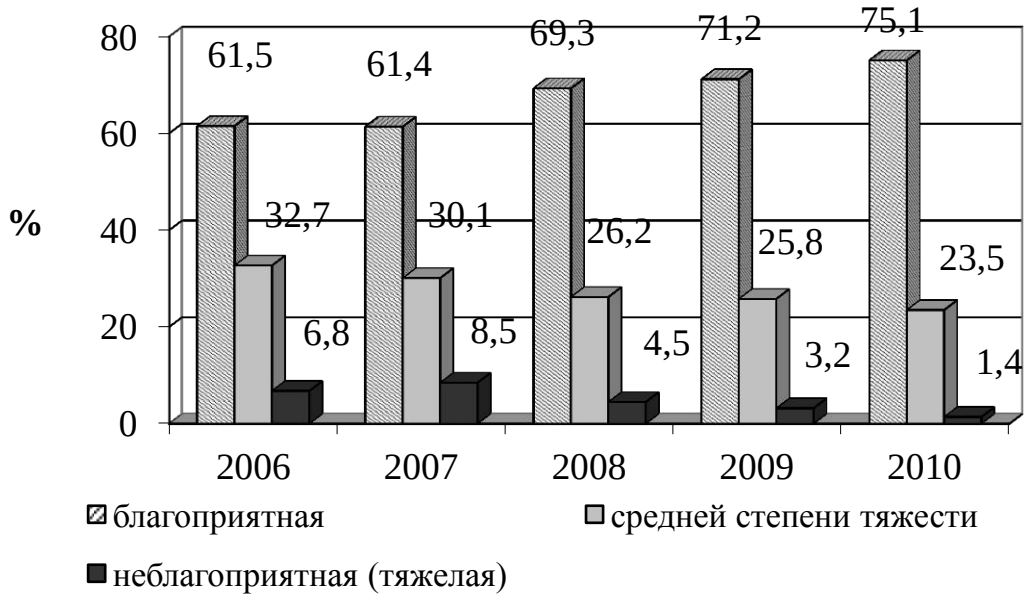


Рисунок 2 – Оценка течения адаптации дошкольников к ДОУ за 2006 – 2010гг. (в %)

Проведение кардиоинтервалографии с клиноортостатической пробой позволяет судить не только об исходном вегетативном тонусе, но и вегетативном обеспечении деятельности. Исходный вегетативный тонус характеризует фоновую активность структур, осуществляющих регуляцию функций организма в ходе приспособительной деятельности, и может рассматриваться в качестве одной из характеристик, формирующих тип реагирования организма на воздействие внешних факторов.

Во всех обследованных группах дошкольников распределение ИВТ было неравномерным со значительным преобладанием доли симпатикотонии (54,5% в возрастной

группе 4-5 лет и 62,8%- в возрасте 6-7 лет). Достаточное ВОД чаще встречается у детей 4-5 лет, чем у дошкольников 6-7 летнего возраста, данная тенденция в большей степени характерна для девочек ($p<0,05$). Избыточное ВОД чаще встречалось в возрасте 6-7 лет ($p<0,05$).

При оценке функционального состояния организма у большинства дошкольников выявлено напряжение механизмов адаптации, реже отмечалось удовлетворительное функциональное состояние организма. Неудовлетворительное функциональное состояние организма регистрировалось довольно часто, у девочек чаще, чем у мальчиков, причем в возрасте 6-7 лет, разница показателей оказалась статистически достоверной (таблица 2).

Таблица 2 – Оценка реакции организма дошкольников на нагрузку (%)

возраст	пол	n	функциональное состояние организма		
			удовлетворительное	напряжение	неудовлетворительное
4–5 лет	1. м	46	39,1 ± 7,1	43,5 ± 7,3	17,4 ± 5,5
	2. д	51	27,4 ± 6,2	41,2 ± 6,8	31,4 ± 6,5
6–7 лет	3. м	90	44,4 ± 5,1	44,4 ± 5,2	11,2 ± 3,3
	4. д	124	31,4 ± 4,1	46,8 ± 4,5	21,8 ± 3,7
примечание					P_{3-4} <0,05

Таким образом, выявлены тенденции к ухудшению здоровья детей дошкольного возраста, высокая распространенность дисгармоничных вариантов роста и развития современных дошкольников, что диктует необходимость разработки комплексов коррекционных мероприятий для педагогов, родителей и медицинских работников по профилактике заболеваний у детей организованных коллективов.

Отмечается значительное преобладание влияния симпато-адреналовой системы, что предопределяет напряжение механизмов адаптации и снижение функциональных резервов у дошкольников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ноздрачев, А.Д. Современные способы оценки функционального состояния вегетативной нервной системы / А.Д. Ноздрачев, Ю.В. Щербатых // Физиология человека. – 2001. - №6. – С. 135 – 141.

2. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие /Под ред. Г.Н. Сердюковской.– М., 1993.– 163 с.

3. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432с.

4. Павленко, Т.Н. Состояние здоровья и качество жизни детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения / Т.Н. Павленко, И.В. Винярская, Ю.М. Мурзина, Г.Б. Кацова // Рос. пед. журнал.– 2008. –№4.– С.47-50.

5. Письмо Агентства здравоохранения и лекарственного обеспечения администрации Красноярского края от 23.11.2007г. №03-08/11967 «О работе с экспертно-скрининговыми системами диспансерного осмотра детей».

6. Раппопорт, И.К. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы /И.К. Раппопорт, П.И. Храмцов, И.В. Звездина, Е.Н. Сотникова // Рос. пед. журнал. – 2009. – №2. – С.49-52.

7. Ярусова, О.А. Информационное письмо «Состояние здоровья детей Красноярского края в 2010 году»/ Ярусова О.А./ Красноярск: ККМИАЦ, 2010. – 27 с.

УДК 616.12-005.4-052:316.628

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е.С. Решетникова

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: Д.В. Лушникова

Ишемическая болезнь сердца – психосоматическое заболевание, возникающее на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющееся соматизацией психических нарушений. Общеизвестно, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, стойко удерживает одно из первых мест. Число больных ИБС возрастает, кардиологические отделения переполнены, врачи не в силах излечить людей, они лишь могут стабилизировать критическое состояние[3].

В целях оптимизации профилактики и лечения в последние годы продолжает отмечаться повышенный интерес к оценке психологических аспектов заболевания у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, поскольку психоэмоциональное состояние, особенности мотивационной и личностной сфер оказывают выраженное влияние на характер течения болезни и эффективность терапевтического процесса. Таким образом,

для повышения эффективности лечения ИБС и наиболее эффективного взаимодействия среднего медперсонала с пациентом необходимо изучение «психологической составляющей», в частности, исследование мотивационной сферы [1,2].

Цель исследования – изучить особенности мотивационной сферы пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Объект исследования: индивидуально-психологические особенности пациентов. Предмет исследования: особенности мотивационной сферы пациентов с ишемической болезнью сердца. Гипотеза исследования: мы предполагаем, что пациентам с ИБС свойственно стремление к общественной активности, общению, поддержанию жизнеобеспечения и выражен страх отвержения.

Задачи исследования:

1. Провести анализ проблемы мотивационной сферы пациентов с ИБС на основе психологической литературы.
2. Подобрать методическое обеспечение для исследования мотивационной сферы.
3. Провести эмпирическое исследование мотивационной сферы пациентов с ИБС.
4. Провести математическую обработку полученных результатов: провести сравнительный анализ характеристик мотивационной сферы пациентов с ИБС и контрольной группы, выявление достоверных различий с использованием U – критерия Манна-Уитни.
5. Выявить и охарактеризовать особенности мотивационной сферы пациентов с ишемической болезнью сердца.

Методы исследования

1. Теоретический анализ литературы;
2. Математические методы обработки (для сравнения выборок использован U-критерий Манна Уитни, в основе корреляционного анализа лежит расчет коэффициента корреляции Пирсона).
3. В качестве конкретных психодиагностических методик планируется использовать: методика «Мотивационный профиль личности» В. В. Мильмана, тест опросник для измерения мотивации аффиляции М.Ш. Магомед - Эминова (модификация теста – опросника А. Мехрабиана).

База исследования - кардиологическое отделение КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона».

Выборка - 60 человек. Клиническая группа составила 30 больных ишемической болезнью сердца. Контрольная группа - 30 здоровых испытуемых. В группу здоровых испытуемых включены люди, у которых отсутствуют хронические и острые соматические

заболевания и заболевания нервной системы, психически здоровые и давшие согласие на участие в исследовании.

Всю разницу выраженности мотивов у пациентов с ИБС и контрольной группы позволят нам увидеть ниже следующие гистограммы.

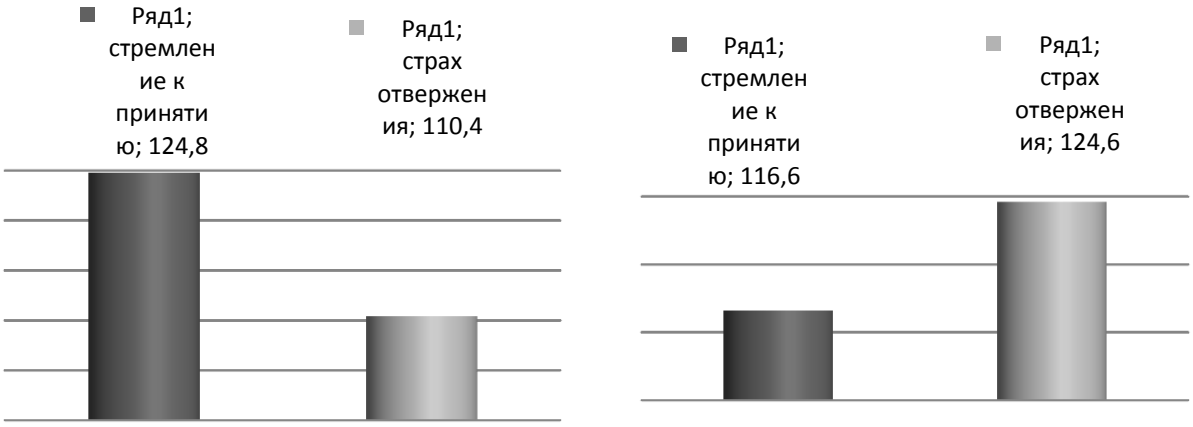
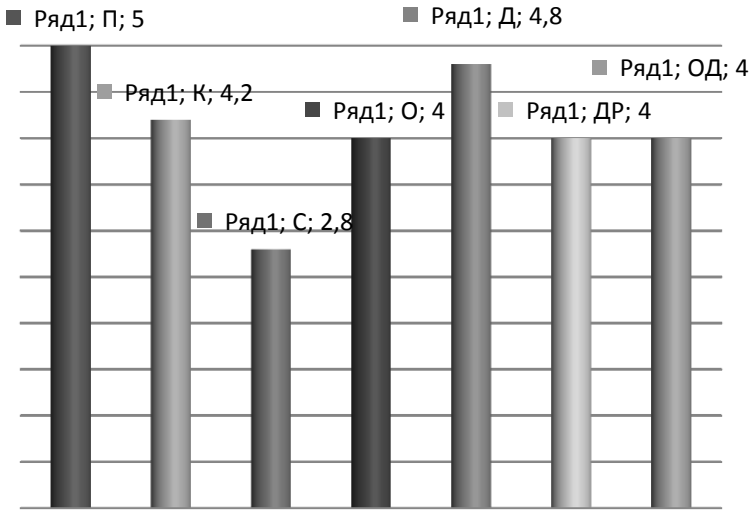


Рисунок 1- Мотивация аффиляции контрольной группы (слева) и пациентов с ИБС (справа)

Как мы можем заметить из полученных гистограмм (рис. 1, 1а), мотив стремления к принятию (сп) выше у контрольной группы (здоровых), в то же время страх отвержения (со) – выше у пациентов с ишемической болезнью сердца. Различие в особенностях поведения, таким образом, присутствуют в этих устойчивых мотивов личности.

Далее мы рассмотрим различие гистограмм по мотивационному профилю.

В сфере идеальной общежитейской мотивации (рисунки 2-3) у пациентов с ишемической болезнью сердца обращает на себя внимание преобладание развивающихмотивов над поддерживающими, следовательно, уровень собственно побуждения, устремления относится в первую очередь в житейской сфере на активность – творческую и общественную. У контрольной группы поддерживающие, жизненные мотивы удовлетворены в большей степени.А именно – поддержание жизнеобеспечения (П), комфорт (К), социальный статус (С) и потребность в общении. Что здесь важно заметить, мотив общественной полезности, творческой активности более выражен у пациентов с ИБС.



П - поддержание жизнеобеспечения

К - комфорт

С - социальный статус

О - общение

Д - общая активность

ДР - творческая активность

ОД - общественная полезность

Рисунок 2 - Сфера идеальной общежитейской мотивации у пациентов с ИБС.

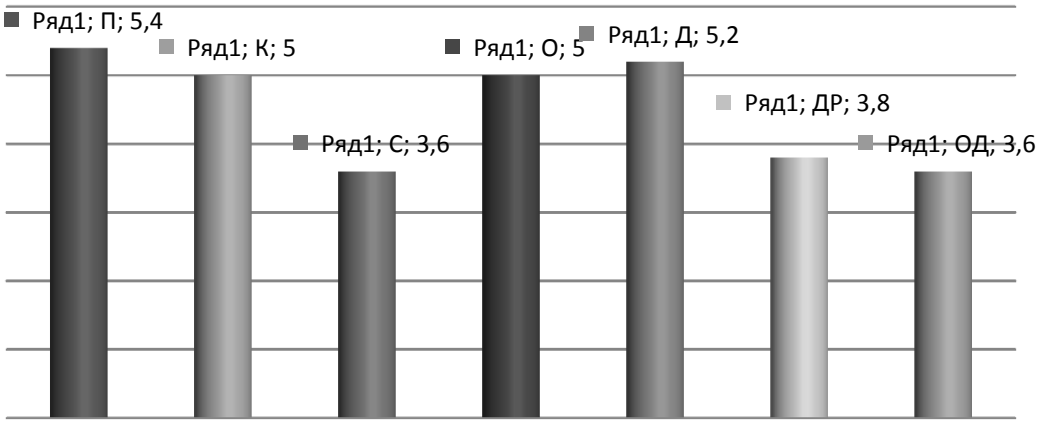


Рисунок 3 - Сфера идеальной общежитейской мотивации у контрольной группы (здоровые).

В сфере реальной житейской мотивации (рисунок 4), т.е. то «реальное состояние», насколько испытуемые расценивают данные мотивы удовлетворенными в настоящее время, мы видим, что наоборот поддерживающие, жизненные мотивы удовлетворены в большей степени у пациентов с ИБС.А именно – поддержание жизнеобеспечения (П), комфорт (К) и мотив стремления к высокому социальному статусу (С). Далее мы смотрим, что на одном уровне удовлетворенности у обеих групп находится мотивы стремления к общению (О) и мотивы общественной активности. Однако в сфере идеальной житейской мотивации, мы наблюдаем у пациентов с ИБС высокий, в отличие от контрольной группы, уровень общей активности.

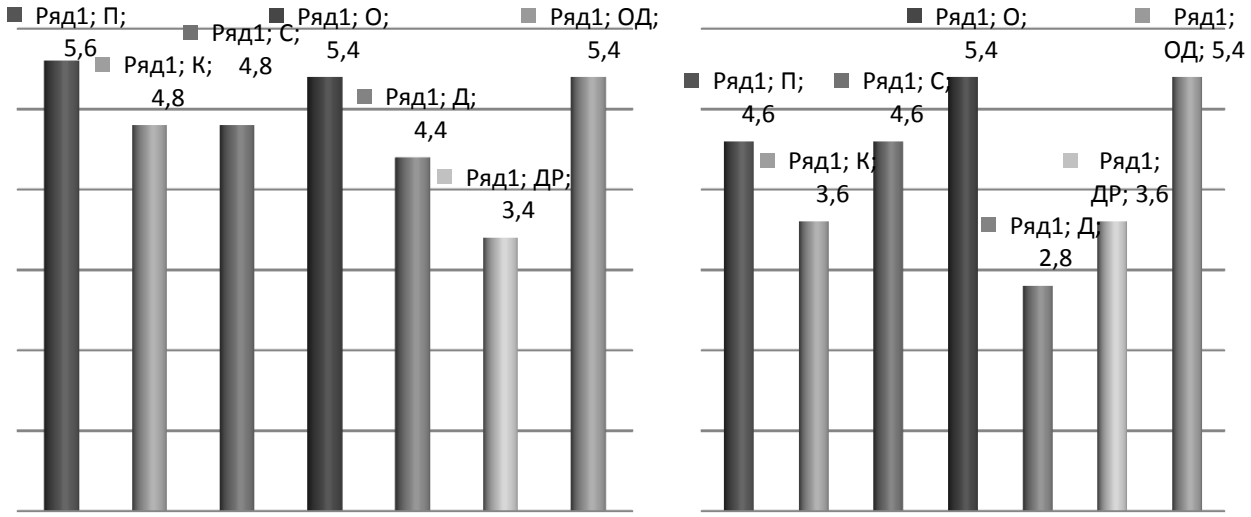


Рисунок 4 - Сфера реальной житейской мотивации у пациентов с ИБС (слева) и у контрольной группы (справа).

В сфере идеальной рабочей мотивации (рисунок 5) важно обратить внимание на то, что для пациентов с ИБС особенно важно стремление к творческой и общественной активности. У контрольной группы показатели поддержания жизнеобеспечения, общения, общая активность выше. Особенно интересен следующий факт, что мотивы стремления к социальному статуса, комфорту находятся на одном уровне в идеальной рабочей мотивации.

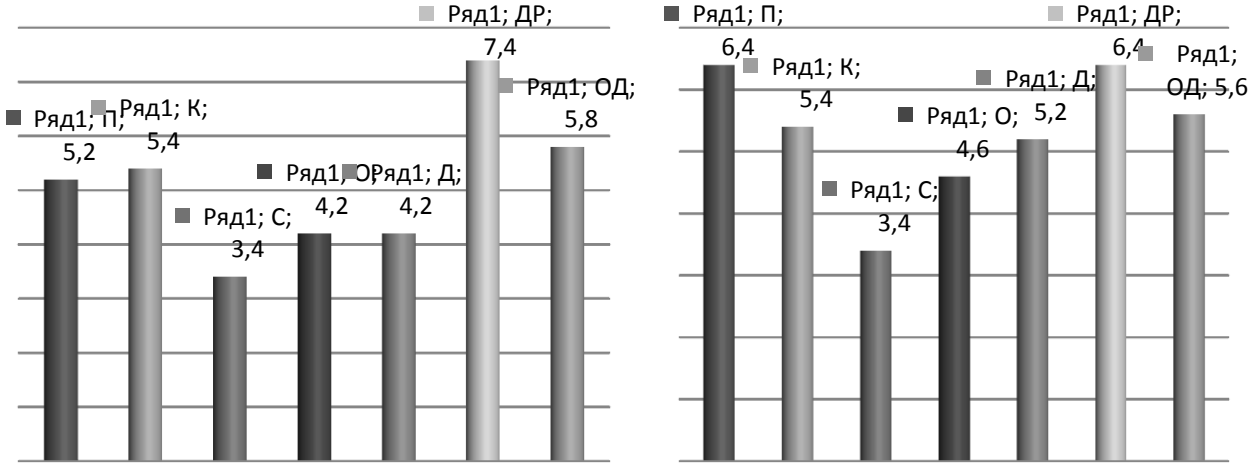


Рисунок 5 - Сфера идеальной рабочей мотивации у пациентов с ИБС (слева) и контрольной группы (справа).

В сфере реальной рабочей мотивации (рисунок 6) мы наблюдаем следующую картину: пациенты с ИБС наиболее удовлетворенными расценивают мотивы социального статуса,

жизнеобеспечения, общей, творческой и общественной активности и, тогда как контрольная группа – комфорт, общение.

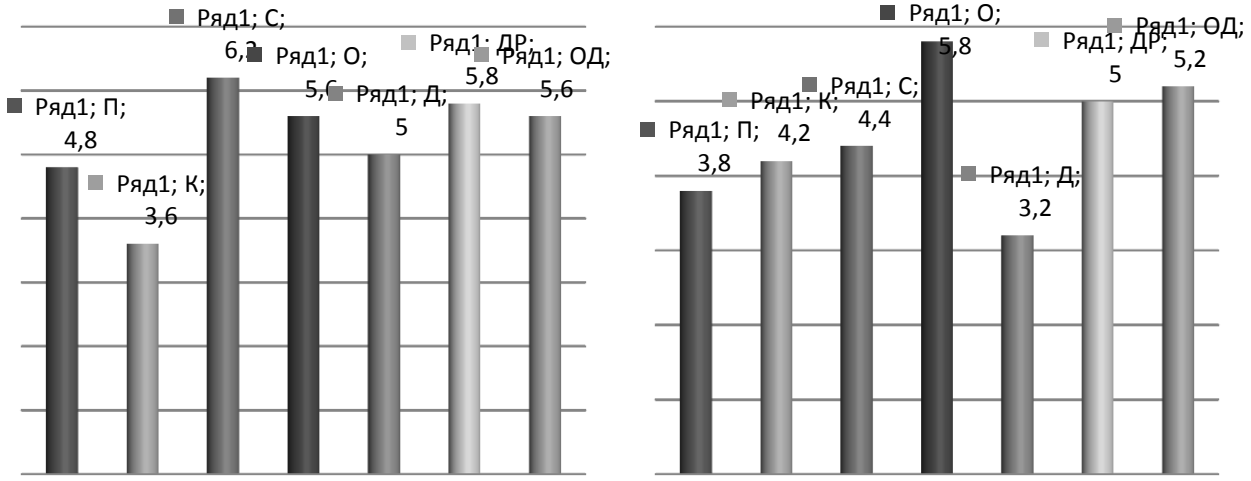


Рисунок 6 - Сфера реальной рабочей мотивации у пациентов с ИБС(слева) и контрольной группы (справа).

Подводя итог рассмотрению гистограмм, можно прийти к следующим выводам. Мы увидели, что упациентов с ИБС более выражен страх отвержения и преобладают развивающие мотивы над поддерживающими, т.е. для них важно удовлетворение в первую очередь таких мотивов как общая, творческая и общественная активность в идеальной житейской и идеальной сфер рабочей мотивации. У контрольной группы базовые потребности - комфорт, статус, поддержание жизнеобеспечения в большинстве своем случаев, удовлетворены.

Пациентам с диагнозом ишемическая болезнь сердца в целом присущи такие качества, как уверенность в себе, независимость, склонность рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Результаты указывают на их высокую активность, общительность, импульсивность. Поведение людей, имеющих сердечно-сосудистое заболевание, можно оценить как сверхприспособительное и сверхнормальное.

Практическая значимость работы также заключается в возможности использования результатов в целях повышения эффективности психологической коррекции в комплексной системе лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов с диагнозом ИБС.

Наше исследование позволит теперь выстраивать целесообразные программы развития и формирования мотивационной сферы.Ориентируясь на реальные потребности, мотивы, интересы пациентов, можно показывать продуктивные и конструктивные способы их разрешения.Это необходимо в первую очередь потому, что только таким образом возможно

наиболее эффективно сестринскому персоналу взаимодействовать с пациентом и подбирать оптимальные методы терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурлачук, Л.Ф. Индивидуально психологические особенности больных сердечно сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л.Ф. Бурлачук // Психол. Журнал. - 2012. - № 3. – С.24-27.

2. Ильин, Е.П. «Мотивация и мотивы». / Е.П. Ильин – СПб, «Питер», 2012 – 507 стр.

3. Леонтьев, Д.А. «Современная психология мотивации» / Леонтьев Д.А. – М.: Смысл, 2014 — 343 с.

4. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева/ Ред.: В.В.Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 2013. — 167 с.

УДК 616.34-022-036.11-084:303.522

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Н.А. Ростовцева

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»

Научный руководитель: преп. В.А. Андреев

Острые кишечные инфекции (далее ОКИ) - это группа инфекционных заболеваний, вызываемых патогенным энтеробактериями, представителями условно-патогенной флоры, многочисленными вирусами и характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта с развитием симптомов токсикоза и дегидратации [1].

Острые кишечные инфекции являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний. Они характеризуются не только высокой заболеваемостью, но и достаточно высокой смертностью. К ним относятся дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф, паратифы А и В, холера, ботулизм, пищевые токсикоинфекции, вирусный гепатит А и др. Эти опасные для здоровья людей заболевания приводят к поражению не только желудочно-кишечного тракта, но и других органов и систем[2].

Министерством здравоохранения Красноярского края подготовлен «Комплексный план мероприятий по профилактике острых кишечных инфекций на 2014-2018 годы»,

важным пунктом которого является работа с населением края. Для профилактики острых кишечных инфекций – сальмонеллезов, иерсиниозов, вирусного гепатита А, вирусных кишечных инфекций и информирования населения планируется издать наглядные пособия (листовки, брошюры, информационные стенды в образовательных учреждениях и пр.), а также организовать выступление в средствах массовой информации ведущих специалистов-инфекционистов [3].

Актуальностьисследования определяется отсутствием данных об информированности населения в вопросах профилактики ОКИ.

Цель исследования: определение информированности населения в области профилактики ОКИ.

Объект исследования:профилактика ОКИ.

Предмет исследования: информированность населения в вопросах профилактики ОКИ.

Гипотеза: в исследовании мы предположили, что население недостаточно информировано в вопросах профилактики ОКИ.

Задачи исследования:

1) Выявить способы профилактики ОКИ

2) Провести исследование информированности населения в области профилактики ОКИ.

3) Провести анализ полученных результатов.

Методы исследования:

- Теоретический анализ литературы.
- Анкетирование.

Выборка:студенты КГБПОУ «Красноярский техникум социальных технологий».

Экспериментальная часть исследования выполнена в КГБПОУ «Красноярский техникум социальных технологий» в 2015 г. В процессе эксперимента было опрошено 50 студентов разных отделенийв возрасте16 –23 лет.

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

Оценка уровня знаний студентов по результатам анкетирования приведена ниже.

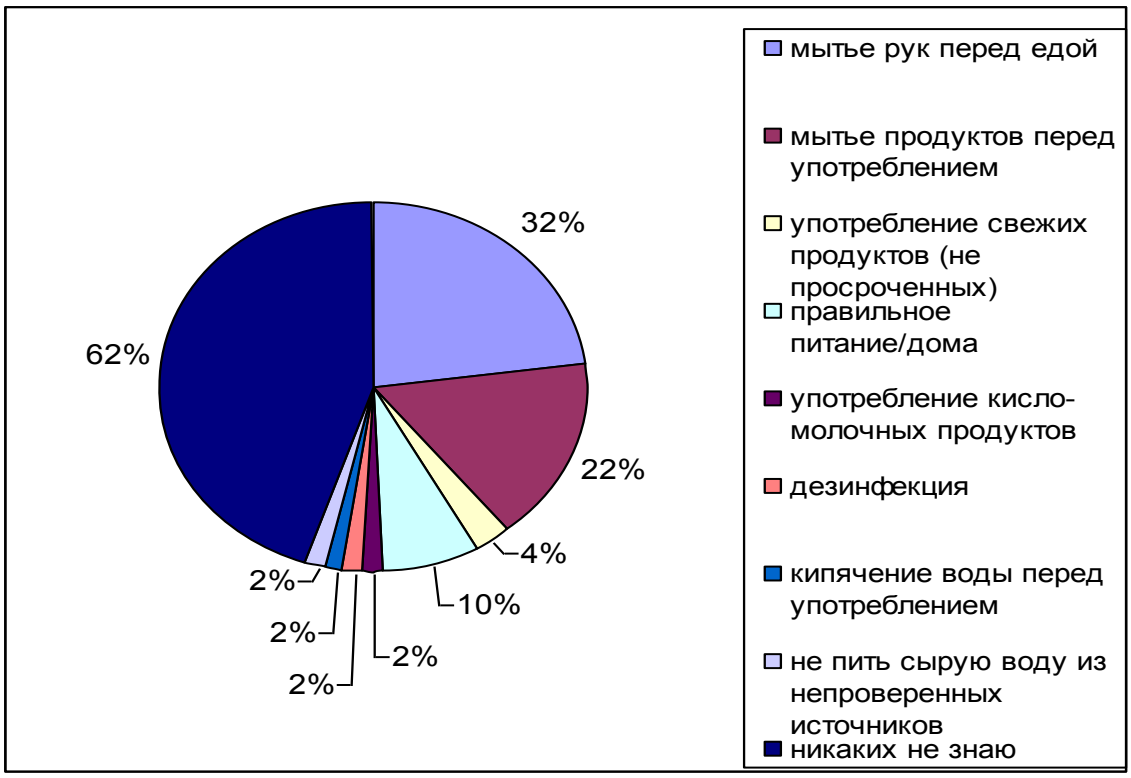


Рисунок 1 -Способы профилактики ОКИ

Как показывают результаты опроса, большинство опрошенных студентов не знают никаких методов профилактики ОКИ, 32% - назвали мытье рук перед едой, 22% - мытье продуктов перед употреблением. Остальные назвали:употребление свежих (непросроченных) продуктов, правильное питание и питание дома, употребление кисломолочных продуктов, дезинфекцию, кипячение воды перед употреблением, исключение употребления сырой воды из непроверенных источников.

Полный анализ результатов анкетирования показал, что:

1) большинство опрошенных студентов имеет низкий уровень информированности об ОКИ;

2) правила личной гигиены соблюдает большая часть опрошенных студентов;

3) 52 % купаются в открытых водоемах и 34% пьют сырую воду из непроверенных источников, если вода кажется им чистой;

4) 56% опрошенных ежедневно питаются в общепите либо покупают еду у частных лиц;

5) 62% опрошенных студентов не знают никаких методов профилактики ОКИ;

Таким образом, данное исследование имеет практическую ценность для разработки и проведения мероприятий, а также выбора эффективных средств информирования населения в области профилактики ОКИ. Основное внимание при разработке методов профилактики

следует уделить купанию в открытых водоемах, употреблению сырой воды из непроверенных источников, питанию в общепите и употреблению купленной у частных лиц еды.

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. / В.А. Малов–М.: «Мастерство», 2005. С. 197-199.
3. Подготовлен «Комплексный план мероприятий по профилактике острых кишечных инфекций на 2014-2018 годы» - URL: ttp://www.kraszdrav.ru/news/2944#.U4SpQVKIq1s

УДК 616.914 – 06:616.831 – 002] – 053.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕТРЯНОЧНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ

А.А. Рудинская, Е.В. Сафонова.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ»

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.А. Кутищева

В структуре заболеваемости детского населения на долю инфекций приходится более 70% [6]. Общепризнанным является факт роста числа вирусных заболеваний, среди которых все большую актуальность приобретают болезни, обусловленные семейством Herpesviridae. Доля ветряной оспы в структуре воздушно-капельных инфекций (без учета гриппа и острой респираторной вирусной инфекции – ОРВИ) составляет 50-70%, причем ее удельный вес продолжает нарастать [1,5]. Актуальность проблемы определяется высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением, повышением удельного веса в общей инфекционной патологии, значительным экономическим ущербом, неэффективностью реализуемых на практике общеизвестных мер профилактики (изоляция больных, карантин) [2,4,8].

Ветряная оспа далеко не всегда является доброкачественным заболеванием, даже неосложненные случаи инфекции вызывают существенный стресс и дискомфорт у больного,

при этом у исходно здоровых лиц возможно развитие серьезных осложнений. После первичной инфекции в детстве формируется пожизненное латентное носительство. Вирус находится в сенсорных ганглиях, где остается дремлющим до момента, когда ослабление контроля со стороны клеточного звена иммунной системы приводит к его реактивации. Клиническая манифестация реактивации VZV – это опоясывающий герпес, при этом любой человек, перенесший ветряную оспу, подвержен риску развития опоясывающего герпеса в течение жизни.Вероятность реактивации увеличивается с возрастом, группой риска, как правило, являются лица старше 55 лет [1,2,8].

Заболеваемость ветряной оспой в России была и продолжает оставаться высокой. В последнее десятилетие отмечена тенденция к росту заболеваемости ветряной оспой с 353,2 на 100 тыс. населения в 1999 г. до 600,2–563,9 в 2007–2008 гг. соответственно [1]. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 3-6 лет. Между тем сокращение сети детских яслей и садов привело к нарастанию неиммунной прослойки, что способствует росту заболеваемости ветряной оспой у подростков и взрослых [6,9].

Принято считать, что ветряная оспа – преимущественно детская и благоприятно протекающая инфекция. В то же время известно, что даже у исходно здоровых лиц возможно развитие тяжелых и осложненных форм болезни. В структуре осложнений превалируют бактериальные инфекции кожи, пневмонии и поражение ЦНС [2,3,7].

Целью настоящей работы явилось выявить клинические особенности ветряночных энцефалитов у детей.

Под нашим наблюдением находилось 284 пациента в возрасте от 1 месяца до 15 лет, госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ ГКДБ №1 г. Красноярска за период 2009-2013 гг. Диагноз ветряной оспы большинству наблюдаемых больных был выставлен на основании эпидемиологического анамнеза и комплексного клинического наблюдения. Всем больным при наличии неврологической симптоматики с диагностической целью проводилась люмбальная пункция.

Среди наблюдаемых больных преобладали дети в возрасте до 2-х лет (51,3%), дети в возрасте 3-6 лет составили 18%, старше 6 лет – 29,5%. Ветряной оспой несколько чаще болели мальчики (54,5%). Только 31,3% (89 чел.) детей поступивших в стационар были неорганизованными, 11,6% (33 чел.) посещали детские образовательные учреждения, 15,8% (24 чел.) – школы. При этом почти половину (48,7%) среди госпитализированных составляли дети из закрытых детских учреждений: домов ребенка – 38% (108 чел.), специализированных санаториев, соматических стационаров – 3,2% (9 чел).

Все дети поступали в стационар с уже явными клиническими проявлениями ветряной оспы. В зависимости от выраженности синдрома интоксикации, локализации, характера и

длительности периода высыпаний диагностированы легкая 19,3% (55 чел), среднетяжелая 63,7% (181 чел) и тяжелая 17% (48 чел) формы заболевания.

У 43% (123) детей развивались неспецифические осложнения, обусловленные наслоением вторичной бактериальной флоры, в основном пиогенных стрептококков и золотистых стафилококков: импетиго (40% - 114 чел.), стоматит (1,4% - 4 чел.), флегмона (0,3% - 1 чел.), пневмония (0,7% - 2 чел.), у двух детей (0,7%) диагностирована буллезная форма ветряной оспы. Обычно эти осложнения отмечались у ослабленных детей при нарушении гигиенического режима кожи и слизистых оболочек.

Но особого внимания заслуживают неврологические осложнения ветряной оспы, среди которых наиболее значимым является ветряночный энцефалит. Частота этих осложнений составляет от 1 до 7,5 на 1000 случаев заболеваний. При этом доля ветряночного энцефалита (ВЭ) в этиологической структуре вирусных энцефалитов относительно велика – от 25 до 30%, летальность колеблется в широких пределах (от 1 до 20%), что указывает на важность данной проблемы в педиатрической практике [1,2].

Отмечается поражение как центральной, так и периферической нервной системы. Различают 2 формы ветряночного энцефалита: мозжечковую (острый церебеллит) и церебральную. К редким формам относятся оптикомиелит, поперечный миелит, полирадикулоневрит, серозный менингит [4].

Под наблюдением находилось 13 пациентов с ветряночным энцефалитом. Ветряная оспа у этих детей протекала типично, преимущественно в среднетяжелой (84,6%) и легкой (15,4%) форме. Возраст детей с ВЭ колебался от 3 до 13 лет, наибольший удельный вес составили дети в возрасте 3-6 лет (54%), однако значительный процент приходится на детей старше 6 лет (38,5%).

Неврологическая симптоматика появлялась в период с 4 по 12 день от начала ветряной оспы. У всех пациентов диагностирована атаксическая форма ВЭ, при этом у одного ребенка атаксия сочеталась с поражением периферической нервной системы (синдром Гийена-Барре).

Развитие энцефалита сопровождалось ухудшением состояния, вновь возвращались симптомы интоксикации, отмечалось повышение температуры от субфебрильной до 40ºС (92%), появлялись общемозговые симптомы – головная боль (62%), рвота (23%) и менингеальные знаки (54%). Нарушения сознания не отмечено ни у одного из наблюдаемых пациентов. У всех больных при поступлении в стационар имела место очаговая неврологическая симптоматика – нарушение походки (92,3%), дизартрия (69%), у 100% больных развивалась динамическая атаксия и только у 15,4% имело место сочетание динамической и статической атаксии. У большинства детей развивалась атаксия средней

степени выраженности (69%), а у 31% детей - тяжелые мозжечковые расстройства, когда больные не могли самостоятельно не только передвигаться, но и сидеть, удерживать предметы в руках. Отмечались и другие мозжечковые нарушения: интенция при выполнении координаторных проб (38,5%), дизартрия (69%), горизонтальный нистагм (46%). Кроме того выявлялись анизорефлексия (100%), оживление сухожильных рефлексов (84,6%), диффузная мышечная гипотония (77%).

Воспалительные изменения в спинномозговой жидкости в виде невысокого лимфоцитарногоплеоцитоза (до 292 кл/мкл) выявлены у 46% детей, содержание белка, как правило, не превышало нормативных показателей, что позволило говорить о наличии менингоэнцефалита у этих пациентов. Изменения на глазном дне в виде умеренно выраженных признаков внутричерепной гипертензии отмечались у 15,4% больных.

С учетом клинико-лабораторных данных у 61,5% больных диагностирована среднетяжелая и у 38,5% детей – тяжелая форма ветряночного энцефалита.

На фоне проводимой терапии клиническая симптоматика регрессировала в течение 2-4 недель, длительность лихорадочного периода составила в среднем 5-7 дней, неврологические нарушения имели обратимый характер. Почти во всех случаях исходом заболевания было выздоровление без неврологического дефицита.

Таким образом, проведенный анализ подтверждает, что ветряная оспа – это далеко небезопасное инфекционное заболевание, которое может протекать тяжело даже у исходно здоровых детей, и особенно у иммунокомпрометированных пациентов. Кроме того, любой человек, который был инфицирован VZV, имеет риск развития опоясывающего лишая в дальнейшей жизни.В Красноярском крае отмечается рост заболеваемости ветряной оспой с увеличением общего показателя заболеваемости за последние 10 лет в 1,6 раза, а у детей – в 2 раза. Почти у половины больных развиваются неспецифические осложнения, обусловленные наслоением вторичной бактериальной флоры. Частота развития энцефалита при ветряной оспе составляет от 1 до 7,5 на 1000 случаев заболеваний, при этом поражение нервной системы не зависит от тяжести ветряной оспы. У большинства больных развивается атаксическая форма энцефалита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галицкая, М.Г. Ветряная оспа: возможности борьбы со «старым врагом» в практике педиатра / М.Г. Галицкая // Вопросы современной педиатрии. – 2010. –Т. 9. –№ 5. – С. 99-102.

2. Деконенко, Е.П. Летальный исход энцефалита после ветряной оспы у пациента с аутоиммунным заболеванием / Е.П. Деконенко, Л.В. Шишкина // Журнал неврол. и психиат. им. Корсакова. – 2005. - №2. – с. 54-59.

3. Намазова-Баранова, Л.С. Первый в России международный мастер-класс по педиатрическим вакцинам. Результаты и перспективы / Л.С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2009. - №4. – с. 7-24.

4. Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. / М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко // М.: Медицина, 2004. – 416 с.

5. Тимченко, В.К. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях. /В.К. Тимченко// Методические рекомендации. СПб., 2008.

6. Тимченко, В.Н. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / В.Н. Тимченко // – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Спец. Лит., 2006. – 576 с.

7. Чернова, Т.М. Современные аспекты противовирусной терапии ветряной оспы у детей / Т.М. Чернова, В.Н. Тимченко // Детские инфекции. – 2011. Т. 10. № 3. – С. 58-61.

8. The economic value of childhood varicella vaccination in France and Germany / L. Coudeville, A. Brunot, T.D. Szucs et al. // Value Health. – 2005. – V. 8, № 3. – P. 209-222.

9. Varicella disease aft er introduction of varicella vaccine in the United States 1995-2000 / J.F. Sewerand, B.M. Watson, C.L. Peterson et al. // JAMA. – 2002. – V. 287, № 5. – P. 606-611.

УДК616.8-009.1-085.851.8

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕМИПАРЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CIMT И ПОЗНО-ТОНИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ

Н.А. Рыбалко

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Научный руководитель: д.м.н., доц. Е.Ю. Можейко,д.м.н., проф. С.В. Прокопенко

Проблема поиска эффективных методов двигательной реабилитации после инсульта является актуальной как в России, так и в мире. Несмотря на большое количество предлагаемых «ручных» и механизированных устройств по восстановлению функции

паретичных конечностей, остаются большие трудности в достижении полного восстановления и функциональной независимости пациента[1,4,5,6,7]. Еще менее исследована проблема повседневного использования конечности, восстановившейся после гемипареза. Нередко, даже при хорошем двигательном восстановлении, формируется синдром «приученного неиспользования» паретичных конечностей, который в рутинной клинической практике практически не диагностируется[8].Наиболее эффективными методами реабилитации при центральном гемипарезе считаются методы, направленные на восстановления не отдельного движения, а навыка, т.е. реабилитация, нацеленная на восстановление повседневной независимости пациента[3]. Методы, комбинирующие различные подходы к восстановлению, считаются более эффективными [2,3]. Таким образом, имеется высокая потребность в относительно недорогих, мобильных методах двигательной реабилитации, основанных на принципах принудительного использования паретичной конечности, и оказывающего комбинированный эффект воздействия, учитывающий активизацию рефлекторных движений и синергий.

Известно, что при центральном гемипарезе отмечается изменение двигательного стереотипа, который сопровождается: а) переносомвеса тела в сторону здоровойноги; б) неиспользование нарушенных верхних и нижних конечностей; в) полная или частичная позно-тоническая установка Вернике-Манна.

Основной идеейисследования являлось создание способа реабилитации при центральном гемипарезе, включающего в себя: а) ограничение использования здоровой руки – борьба с переносом веса в здоровую часть тела; б) воздействие на познотонические рефлексы; в) коррекция позы Вернике-Манна.

Цель исследования:разработка и внедрение эффективногометода реабилитации двигательных нарушений при центральном гемипарезе у пациентов, перенёсших инсульт с использованием CIMT и позно-тонических рефлексов.Задачамиисследования являлись: 1. Создать реабилитационный тренажер для принудительного использования пораженных конечностей. 2. Апробировать клиническую эффективность тренажеров у пациентов, перенесших инсульт с развившимся синдромом центрального гемипареза.

Материалы и методы:проведено обследование 8 больных (5 женщин и 3 мужчин) находящихся в нейрореабилитационном центре СКЦ ФМБА после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения у которых отмечались двигательные нарушения при центральном гемипарезе.Больные перенесли ишемический инсульт в бассейне правой (4 больных) и левой (4 больных) средней мозговой артерии.Методы исследования включали клиническое неврологическое обследование, оценку двигательных функций пораженной конечности (Fugl-MeyerMotorTest), оценку неспособностей верхних конечностей (вопросник

DASH), оценку тревоги и депрессии (госпитальная шкала HADS), оценку функции ходьбы (шкала DynamicGaitIndex), оценку спастичности (ModifiedAshworthScaleforGradingSpasticity, modifidedBohannonandSmith), оценку функциональных исходов больных, перенёсших инсульт (The Modified Rankin Scale), оценку нарушения навыков ходьбы по шкале «функциональные категории ходьбы» (M. Holden, 1986, F. Collen, 1990, D. Wade, 1992). Тестирование двигательных и когнитивных функцийпроводилосьдоипослелечения.

Реабилитационный курс, в дополнение к стандартному лечению, включалдве недели занятий в режиме 1 раз в день 6 дней в неделю по тренировке ходьбы и функций верхней конечности. Тренировка включала: ограничение движений здоровой нижней конечности (CIMT) с использованием специального ортеза, затрудняющего движения в тазобедренном и коленном суставах здоровой ноги, и активизацию позно-тонических рефлексов, путем придания конечностям на здоровой стороне позы Вернике-Мана (рисунок 1).

Рис.1 Внешний вид пациента во время занятия.

Результаты обследования пациентов до и после курса лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1– Результаты тестирования двигательных и когнитивных функций пациентов до и после курса лечения

ФИО		MOCA	HADS Тревог	HADS Депрес	DASH	GAIT index	Шкала Ашворта	Рэнкин	Функция ходьбы	FMA
Пациент 1	до	15	7	8	85	15	1	2	3	25
	после лечения	18	9	3	76	21	1	1	4	26
Пациент 2	до	0	3	3	82	0	1	4	1	3
	после лечения	0	5	3	85	0	1	4	1	3
Пациент 3	до	28	10	2	72	17	2	2	4	31
	после лечения	28	2	1	74	19	2	2	4	38
Пациент 4	до	21	4	2	84	14	3	3	3	14
	после лечения	20	2	1	85	14	1	3	4	43
Пациент 5	до	23	4	2	85	21	2	2	5	12
	после лечения	18	5	13	87	23	1	2	5	22
Пациент 6	до	0	0	3	100	13	2	4	3	32
	после лечения	0	3	0	90	20	1	3	4	34
Пациент 7	до	17	6	3	85	16	3	3	4	32
	после лечения	16	4	7	64	21	2	3	4	34
Пациент 8	до	0	7	6	80	2	3	3	3	6
	после лечения	0	4	3	72	16	3	2	4	11

Как видно из представленной таблицы, у большинства пациентов произошло улучшение функции ходьбы, согласно шкалам функциональной оценки, у 6 из 8 пациентов улучшилась функция верхней конечности, у 4 из 8 пациентов – произошло снижение мышечного тонуса в верхней конечности. Пациенты хорошо переносили занятия. Следует отметить, что эффект активизации движений нижней конечности происходил уже во время первой тренировки принудительного использования паретичной ноги.

Выводы.

Таким образом, первый опыт применения метода реабилитации двигательных нарушений при центральном гемипарезе у пациентов, перенёсших инсульт с использованием CIMT и позно-тонических рефлексов показал хороший клинический эффект в отношении восстановления движений в паретичной нижней и верхней конечности. Для объективного подтверждения эффекта тренировочных занятий, оценки вклада позно-тонических рефлексов в восстановление паретичных конечностей, необходимо продолжение исследования, сравнение полученных данных с результатами лечения пациентов стандартными способами реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев, Е. И. Проблема инсульта Российской Федерации: время активных совместных действий / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – №8. – С. 4–10.
2. Проблема инсульта в Российской Федерации / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, В. В. Киликовский[и др.] // Качество жизни. Медицина. – 2006. – №2. – С. 10–14.
3. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко, И. Д. Булюбаш, В. Н. Григорьева, Е. Ю. Можейко.–3-е изд., перераб. и доп.– М. : Андреева Т. М., 2010.– 1228 с.
4. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
5. Kwakkel,G. Effects of robot–assisted therapy on upper limb recovery after stroke: a systematic review / G. Kwakkel, B. J. Kollen, H. I. Krebs // Neurorehabil. Neural. Repair. – 2008. – Vol. 22. – P. 111–121.
6. Robot–based hand motor therapy after stroke / C. D. Takahashi, L. Der–Yeghiaian, V. Le [et al.] // Brain. – 2008. – Vol. 131(Pt. 2). – P. 425–437.
7. Бобат–концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации / под ред. С. Рейн, Л. Медоуз, М. Линч-Эллерингтон. – Н. Новгород : Кириллица, 2013. – 320 с.
8. Taub, E. Constraint–Induced Movement Therapy: a new family of techniques with broad application to physical rehabilitation–a clinical review / E. Taub, G. Uswatte, R. Pidikiti// J. Rehabil. Res. Dev. – 1999. – Vol. 36, №3.– P. 237–251.

УДК 612.171.3:611-018.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕЗРЕЛОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Ю.В. Рюдигер
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.С.Л. Парилов., асс. Л.Ф. Цывцина

За последнее десятилетие соединительнотканные дисплазии (ДСТ) у детейпривлекают к себе пристальное внимание врачей различных специальностей. Это связано как с увеличениемраспространенности и улучшением диагностики дисплазии соединительнойткани в популяции, так и с риском развития возможных осложнений, вплоть до внезапной смерти.

Цель указанной работы –провести обзор литературы по патологии незрелости соединительной ткани сердца у детей, для определения современного представления о данной проблеме.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – полиорганноезаболевание обусловленноегенетически детерминированным мезенхимальным дефектом, заключающимся в количественном и качественном изменении коллагена, приводящим к неполноценности соединительнотканного матрикса организма.

В структуре заболеваний сердечно - сосудистой системы значительное место занимают функциональные нарушения и состояния, связанные с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) или малые аномалии развития сердца (МАРС).В нашей стране в 1990 году в Омске на симпозиуме, соединительнотканные дисплазии сердца были выделены в самостоятельный синдром с последующей классификацией.

Причинами могут являться нарушения процессов кардиогенеза, онтогенеза, вегетативная дисфункция. При синдроме ДСТ сердца в патологический процесс вовлекается соединительнотканный каркас (сердечные клапаны, подклапанный аппарат, перегородки и магистральные сосуды).

Симптомокомплекс кардиальных и экстракадиальных проявлений по классификации С.Ф Гнусаева.

По форме и локализации:

1. Аортальный клапан: широкий и погранично узкий корень аорты, дилатация синусов Вальсальвы, двустворчатый клапан аорты, пролапс си асимметрия клапана аорты.

2. Митральный клапан: пролапс, нарушенное распределение и эктопическое крепление хорд, расширение и смещение кольца митрального клапана, «порхающие» хорды, дополнительные и аномально расположенные паппилярные мышцы сердца.

3. Трикуспидальный клапан: пролапс, смещение септальных створок в полость правого желудочка, дилатация правого атриовентрикульярного отверстия.

4. Пульмональный клапан: пролапс, дилатация ствола легочной артерии.

В предсердии и межпредсердной перегородке: пролабирующийклапан нижней полой вены,увеличенная евстахиева заслонка, открытое овальное окно, небольшая аневризма межпредсердной перегородки, пролабирующие гребенчатые мышцы и трабекулы в правом предсердии . В левом желудочке деформация выносящего тракта с систолическим валиком в верхней трети межжелудочковой перегородки.трабекулы, небольшая аневризма межжелудочковой перегородки.

Помимо приведенной классификации со стороны аномалий соединительно-тканного каркаса сердца не исключает наличие несостоятельности сосудистой системы (ангиодисплазии артериальные, венозные и смешанные). В частности, сосудов шейного отдела позвоночника, брахиоцефальных артерий, артерий внутренних органов, сосудов венозной системы.

По развитию осложнений определяются нарушения сердечного ритма, внезапная смерть, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, нарушения гемодинамики (степень регургитаци, наличие недостаточности кровообращения), петрификация, фиброзирование створок клапанов.

Кардиальные проявления ДСТ сердца различны. Наиболее изучаемым, клинически часто проявляемым является пролапс митрального клапана (ПМК). Под ПМК понимается прогиб створок в полость левого предсердия.

Морфоструктурные и гемодинамические варианты соединительнотканной дисплазии митрального клапана по В.М Яковлеву:

1. Соединительнотканная дисплазия митрального клапана без нарушения его функции:

-ПМК с/без признаков миксоматозной дегенерации клапана.

- Феномен длинных створок митрального клапана с аномальным смыканием створок, без ПМК.

2. Соединительнотканная дисплазия с функциональным нарушением митрального клапана:

-Неосложненный ПМК с регургитацией.

-Умеренная миксоматозная дегенерация митрального клапана с ПМК/без ПМК, с регургитациейI и II степени.

-Миксматозная дегенерация митральногоклапна с выраженным синдромом пролабироваия и митральной регургитациейII и III степени.

-ПМК с/без признаков миксоматозной дегенерации митрального клапана, осложненный отрывом хорд или инфекционным эндокардитом.

Помимо структурных изменений соединительной ткани сердца, отмечаются изменения неврогенного характера с соматоформной вегетативной дисфункцией.

Из выше изложенного можно сделать вывод, что дисплазия соединительной ткани сердца представляет собой сложный симптомокомплекс кардиальных и экстракардиальных аномалий развития организма человека, с неоднозначными клиническими проявлениями, и противоречивыми механизмами ее формирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басаргина, Е.Н. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца у детей / Е.Н. Басаргина //Вопросы современной педиатрии.- 2008.-№ 1- С. 129-133.
2. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Л.В. Рачок, Т.А. Дубровик, П.Ф. Черноглаз, А.В. Максимчик //Кардиология в Беларуси. -2008. -№ 1. – С. 107-112.
3. Гнусаев, С.Ф. Клинические значения малых аномалий развития сердца у детей / С.Ф. Гнусаев, Ю.М. Белозеров, А.Ф. Виноградов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. - № 4. – С. 20-25.
4. Кадурина, Т.И. Поражение сердечно - сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани / Т.И. Кадурина // Вестник аритмологии. – 2000. - № 18. – С. 87.
5. Остропolец, С.С. К проблеме дисплазии соединительной ткани в патологии сердечно – сосудистой системы у детей / С.С. Остропolец // Здоровье ребенка. – 2007. - №4.
6. Яковлев, В.М. Соединительнотканная дисплазия митрального клапана / В.М. Яковлев, Р.С. Карпов, Е.В. Шевцова // Томск: Изд-во «Сибирский издательский дом», 2004. – 144с.
7. Белозеров, Ю.М. Пролапс митрального клапана у детей. / Ю.М.Белозеров, С.Ф. Гнусаев - М.: Мартис, 1995. - 120с.
8. Кадурина, Т.И. Современные представления о дисплазии соединительной ткани / Т.И. Кадурина В.Н. Горбунова // Казанский медицинский журнал.-2007.-№5.- Приложение. - С.- 2-5.

УДК 17:159.922.4+2-184.2

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОБЛАСТИ МЕЖЭТНИЧЕСКИХ И МЕЖКОНФЕССИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В.Н.Сагалаков

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук.

Научный руководитель: ст. преп.Е.В. Штарк

Пожалуй, на сегодняшний день трудно назвать более актуальную проблему, чем названная в заглавии. Почему-то людям разных национальностей, религий трудно жить на одной планете без попыток доказать превосходство своей национальности, праведности веры. К счастью, печальная история немецкого национал социализма отошла в прошлое, однако нельзя сказать, что межнациональные распри канули в лету. Взяв любую сводку новостей, можно наткнуться на сообщение об очередной «акции протеста» или «теракте», периодически появляются все новые и новые «горячие точки» со всеми вытекающими отсюда процессами – жертвами как среди военных, так и мирного населения, потоками миграции, беженцами и, в целом, - искалеченными человеческими судьбами.

Цель данной научной работы –найти наиболее возможные варианты выхода из столь сложной общественной проблемы - «Проблемы межэтнических и межрелигиозных отношений».

Задачи исследования:

1. Осуществить исторический анализ межэтнических и межрелигиозных отношений в России.
2. Выявить причины обострения подобного рода конфликтов.
3. Привести примеры зарубежного и отечественного опыта укрепления народного единства (гармонизации межэтнических коммуникаций).

Межконфессиональные отношения в современной России.

Для российского общества издавна характернаполиконфессиональность. В связи с развитием демократии и существенным расширением в последние годы свободы религии и вероисповеданий она еще более возросла. В настоящие время в стране функционируют свыше 70 религий, религиозных направлений и течений. Религиозность населения заметно усилилась, влияние религии на различные сферы жизни общества возрастает, что

актуализирует проблему межконфессиональные отношений. Между тем эти отношения развиваются довольно противоречиво. Религиозные организации различных конфессий России эпизодически сотрудничают в сфере милосердно-благотворительной деятельности, в миротворчестве, принимают совместное участие в подготовке законопроектов в рабочих группах Государственной Думы, а также в законодательных органах субъектов Федерации. По общему признанию политиков и ученых, мусульманские и православные религиозные организации внесли немалый вклад в дело формирования благоприятного общественного климата, способствовавшего урегулированию острых этнополитических противоречий. Совместные усилия православной, мусульманских и других религиозных организаций страны способствовали тому, что бесславная чеченская война не приобрела религиозного характера и в конечном итоге была прекращена. Есть примеры межконфессиональные взаимодействия и при проведении воспитательной работы в исправительно-трудовых учреждениях, при оказании разносторонней помощи беженцам.

Можно заметить, что межконфессиональные противоречия обострились не только на личностном, но и на институциональном уровне. Подавляющее большинство экспертов полагает, что в последующие 10 лет нет надежды на ослабление противоречий между мусульманами и христианами (70 %), а также между православными и католиками (73 %). Почему именно в посткоммунистическое время ухудшились межрелигиозные отношения?

В годы советской власти ряд факторов способствовал сглаживанию противоречий между конфессиональными общностями. Во-первых, в условиях тотального давления воинствующего атеизма на последователей всех вероисповеданий различные конфессий в борьбе за выживание стремились к солидарности. Во-вторых, законом категорически была запрещена миссионерская деятельность, и таким образом одна из основных сфер, где сталкиваются интересы различных деноминаций, была практически «выведена из игры». В-третьих, серьезным стимулом к взаимодействию вероисповедных сообществ было стремление внести посильный вклад в дело предотвращения ядерной войны, реальная угроза которай нависала над человечеством в результате противостояния двух военных блоков. Теперь эти факторы не действуют. Демократизация общественной жизни в России разрушила систему строгого контроля за деятельностью конфессиональных организаций, заставила отступить воинствующий атеизм, создала благоприятные условия для процесса религиозного возрождения, широкого развертывания миссионерской деятельности. При этом отсутствие опыта свободных цивилизованных отношений между вероисповеданиями в скором времени привело к возрастанию конфликтного потенциала процесса религиозного возрождения. Тлевшие ранее религиозные противоречия получили импульс для усиления. Многие факторы влияют на такое развитие событий: и резкое ухудшение жизненного уровня

населения, и падение нравов, и активная деятельность зарубежных диверсантов и усиление пропаганды антисемитизма, и активизация крайних форм исламского фундаментализма в ближнем зарубежье и в ряде регионов России, и грубые нарушения конституционного принципа равенства религиозных объединений перед законом в пользу религии большинства.

По вопросу законодательного закрепления понятий в области профилактики экстремизма до настоящего времени между законодателями, политиками и учеными ведутся споры. Причина кроется в многогранности понятия, сложности охватить все стороны этого явления одним определением. И, тем не менее, в ряде нормативных правовых актов даны логические определения этому явлению. Например, в международном праве и в статье номер 1 Федерального Закона N 114-ФЗ от 29.04.2008 "О противодействии экстремистской деятельности уточняет эти положения закона Постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации N 11 от 28 июня 2011 г. "О судебной практике по уголовным делам о преступлениях экстремистской направленности". А также, законопроекты способствующие осуществлению профилактики экстремистской деятельности: Федеральный закон от 25 июля 2002 N 114-ФЗ: федеральные органы государственной власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, действующие в пределах своей компетенции, в приоритетном порядке осуществление субъектами противодействия экстремистской деятельности в пределах своей компетенции профилактических, в том числе воспитательных, пропагандистских, мер, направленных на предупреждение экстремистской деятельности.

Таким образом, в последние годы во многих странах наблюдается рост экстремистских настроений среди населения, происходит радикализация общественных отношений, учащаются случаи проявлений экстремизма с резонансными общественными последствиями. В России проблема экстремизма обозначилась намного раньше, чем на Западе, она охватила межэтнические, межконфессиональные и миграционные отношения, проникла во все слои общества, особенно в молодежную среду. Конфликты в регионах с применением насилия, организованные выступления фанатов, кровавые этнические разборки являются ярким подтверждением тому. Все это подняло проблему профилактики экстремизма в сфере межэтнических и межконфессиональных отношений на уровень приоритетного направления государственной политики. По нашему мнению, власти должны более четко контролировать деятельность религиозных организаций, но при этом не нарушать права и свободы человека. Также предлагаем расширять деятельность по организации и проведению интернациональных и межкультурных мероприятий с целью ознакомления и повышения правовой и межкультурной грамотности, толерантности населения нашей страны. А также,

создание организации, целью которой будет осуществление занятости молодежи и патриотическое воспитание подрастающего поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лялякин, Ю.А.Вопросы обеспечения национальной безопасности субъектов РФ, находящихся на территории Дальневосточного федерального округа. Национальная энциклопедическая служба. /Лялякин, Ю.А. - 2010.
2. Мчедлов, М.П. Религии народов современной России / М.П. Мчедлов –2002..
3. Профилактика экстремизма в области межэтнических и межконфессиональных отношений - одно из направлений обеспечения национальной безопасности: учебно-методическое пособие. –2012.
4. Конституция Российской Федерации. –1993.
5. Кодекс об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года N 195-ФЗ
6. Лысенко, В.Н Развитие Федеративных отношений в современной России. / В.Н Лысенко–1995. –Национальная энциклопедическая служба.
7. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 года N 174-ФЗ.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 года N 63-ФЗ.

УДК: 614.2:331.23

НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ)

Е.Ю. Саитова, О.В. Лайер, Е.В. Стрельцова

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

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

Кафедра экономики и менеджмента

Научный руководитель:к.м.н., доц. Е.А. Юрьева

Особое место в экономике здравоохранения занимает проблема оплаты труда,это одна из самых трудноразрешимых проблем в экономике любой отрасли, поскольку она не только экономическая, но и, прежде всего, социальная, политическая.

Оплата труда - это главный источник формирования денежных доходов работника. В соответствии со ст. 129, гл. 20, разд. 6, ч. 3 Трудового кодекса РФ «заработная плата (оплата труда работника) - вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях на территориях подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты)».

Согласно ст. 22, гл. 2, разд. 1 части 1 Трудового кодекса РФ - Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. При этом одна из вечных проблем - в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

С 1 декабря 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволит отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения (на основе Единой тарифной сетки) и учитывать специфику медицинского труда.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ базовые оклады (базовые должностные оклады) и базовые ставки заработной платы работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются по профессиональным квалификационным группам (далее-ПКГ).

ПКГ представляют собойгруппы профессий рабочих и должностей служащих, сформированные с учетом сферы деятельности на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности. В связи с этим утверждены профессиональные квалификационные группы должностей медицинских и фармацевтических работников.

Должности медицинских и фармацевтических работников разделены на 4 профессиональные квалификационные группы: медицинский и фармацевтический персонал первого уровня (санитарка, сестра-хозяйка, фасовщица и др.); средний медицинский и фармацевтический персонал (медсестра, акушерка, фельдшер, лаборант, фармацевт и др.);

врачи и провизоры; руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор).

Должности медицинских и фармацевтических работников, входящие в одну профессиональную квалификационную группу, структурированы по квалификационным уровням этой профессиональной квалификационной группы в зависимости от сложности выполняемых работ и уровня квалификационной подготовки, необходимой для занятия должности.

Кроме того системы оплаты труда работников устанавливаются с учетом:

а) единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих;

б) единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих;

в) государственных гарантий по оплате труда;

г) перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных учреждениях, утверждаемого Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

д) перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях, утверждаемого Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

е)данные виды выплат отражены в положении об оплате труда работников учреждений по видам экономической деятельности;

ж) рекомендациях Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений;

з)коллективных договорах.

Размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы устанавливаются руководителем учреждения на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности (профессиональных квалификационных групп), с учетом сложности и объема выполняемой работы.

Выплаты компенсационного характера устанавливаются к окладам (должностным окладам), ставкам заработной платы работников по соответствующим профессиональным квалификационным группам в процентах к окладам (должностным окладам), ставкам или в абсолютных размерах, если иное не установлено федеральными законами или указами Президента Российской Федерации.

Размеры и условия осуществления выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами.

Заработная плата руководителей учреждений, их заместителей и главных бухгалтеров состоит из должностного оклада, выплат компенсационного и стимулирующего характера, и устанавливается в кратном отношении к средней заработной плате работников, которые относятся к основному персоналу возглавляемого им учреждения, и составляет до 5 размеров указанной средней заработной платы. Это является одним из сильнейших мотивационным фактором для развития человеческого капитала.

Штатное расписание учреждения утверждается руководителем учреждения и включает в себя все должности служащих (профессии рабочих) данного учреждения.

Для выполнения работ, связанных с временным расширением объема оказываемых учреждением услуг, учреждение вправе осуществлять привлечение помимо работников, занимающих должности (профессии), предусмотренные штатным расписанием, других работников на условиях срочного трудового договора за счет средств, поступающих от приносящей доход деятельности (по решению федерального государственного органа, являющегося главным распорядителем средств федерального бюджета, - также за счет средств государственных внебюджетных фондов).

Фонд оплаты труда работников учреждения формируется на календарный год исходя из объема лимитов бюджетных обязательств федерального бюджета, средств бюджетов государственных внебюджетных фондов и средств, поступающих от приносящей доход деятельности.

Средства на оплату труда, формируемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, могут направляться учреждением на выплаты стимулирующего характера. При этом начиная с 1 января 2010 г. объем средств на указанные выплаты должен составлять не менее 30 процентов средств на оплату труда, формируемых за счет ассигнований федерального бюджета.

Средства на оплату труда, поступающие от приносящей доход деятельности (по решению федерального государственного органа, являющегося главным распорядителем средств федерального бюджета, - также средства государственных внебюджетных фондов), направляются учреждениями на выплаты стимулирующего характера.

По данным Росстата среднемесячная заработная плата работников здравоохранения за 2014 г.составила 36448,10рублей по Красноярскому краю (для сравнения по России среднемесячная заработная плата работников здравоохранения за 2014 г. составила 40 360 рублей).

Если мы сравним среднемесячную заработнуюплату работников здравоохранения за 2013 год и среднемесячную заработную плату работников здравоохранения за 2014 год,то мы видим, что темп роста заработной платы в здравоохранении в 3,1 раза отстает от темпа роста заработной платы других секторов экономики и составляет всего 1,4% при том, что официальный индекс уровня инфляции составляет 11%, а уровень МРОТ увеличился в 53 раза.Применив методы математического моделирования можно предположить, что при соблюдении равенства всех показателей уровень заработной платы по Красноярскому краю мог бы составлять не 36448,10 рублей, а как минимум 40 000 (исходя из показателя официального индекса уровня инфляции) или 106 000 рублей (исходя из показателя уровня МРОТ).

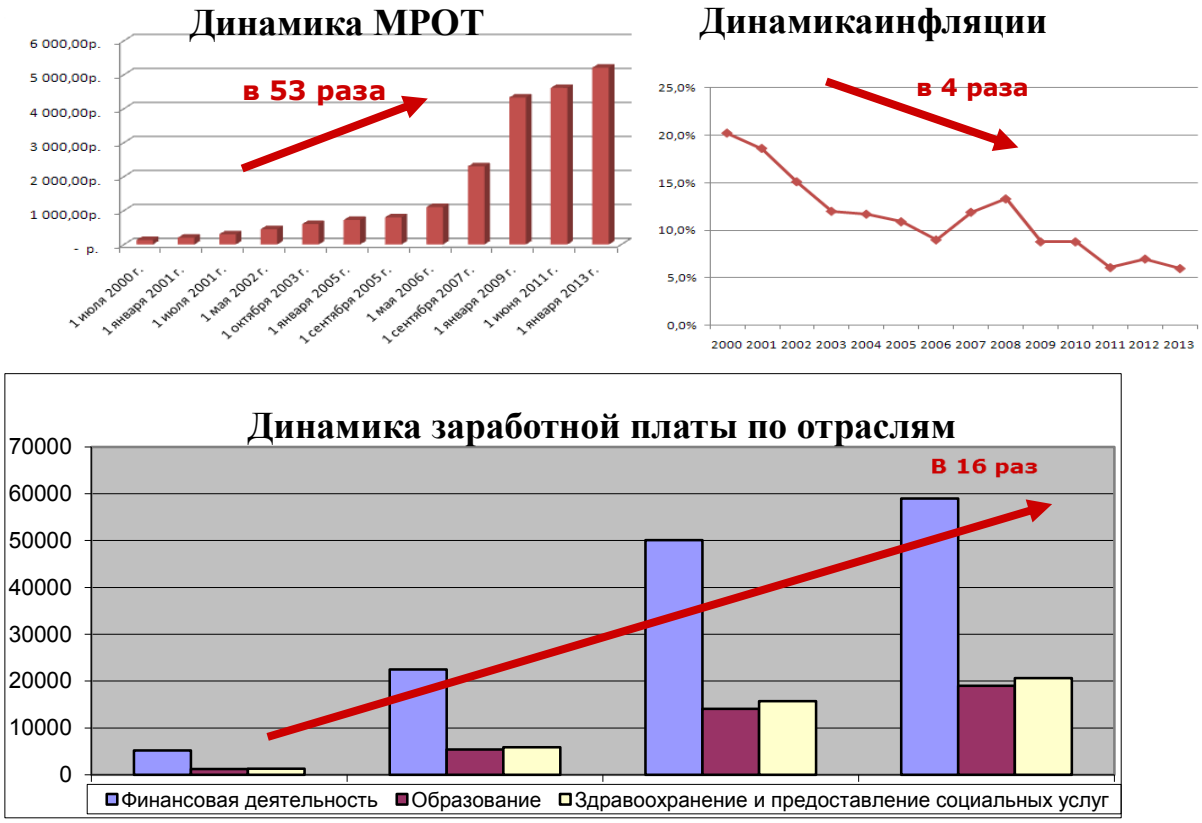


Рисунок 1 – Динамика среднеотраслевой заработной платы.

Между тем кадровый дефицит вгосударственных бюджетных учреждениях здравоохранения постоянно растет: нехватка врачей основных специальностей составляет приблизительно 42%, персонала среднего звена - 26%.

Также в настоящее время более чем 50% выпускников медицинских вузов не идут работать по профессии из-за неадекватной оценки стоимости труда. Это приводит к тому, что тысячи пациентов не могут получить должного количества медицинских услуг.

Врачебная деятельность многогранна, она включает в себя затраты как умственной, так и физической и нервной энергии, но при этом всегда индивидуальна, а результат имеет сложную структуру, распадается на множество промежуточных результатов и зачастую не связан с величиной затрат (неизлечимые болезни, запущенные случаи) на их лечение.

Приведем пример начисления заработной платы врача терапевта участкового.

Расчетный листок

Иванова Ивания Ивановна Расчетная дата: **ноябрь 2013**

Должность: **терапевт (2 кат)**

Подразделение: **1 т/о** Оклад/Тариф: **3993 р.**

Начисления				Удержания	
Вид начисления		Сумма	Дней / Часов	Вид удержания	Сумма
1	Оклад	3993	21	НДФЛ 13%	3 014,13
2	Районный коэфф. 20%	798,6	20%	Профвзносы	231,86
3	Северная надбавка 30%	1197,9	30%		
4	Вредность 15%	598,95	15%		
5	Премия за производитель	1597,2	140%		
6	Выплаты по КЦП	10000	-		
7	Интенсивность труда	5000	-		
Начислено		**23 185,65**		**Удержано**	**3 245,99**
Полагается к выплате:	**19 939,66**	Выплачено через кассу (банк):			19 939,66
		Долг за предприятием (долг за работником):			-

Рисунок 2 – Пример расчетного листка врача терапевта участкового.

Таким образом,по нашему мнению, введение новой системы оплаты труда должномотивировать медицинских работниковк заинтересованности в получении высококачественного конечного результатаработы, обеспечивая равновесие между уровнем экономической мотивации и высококачественным результатами профессиональной деятельности.

Также мы считаем, что необходимо улучшить качество медицинского обслуживания при материальной заинтересованности медицинских работников, чтов конечном результате приведет к тому, что тысячи пациентов смогут получить качественную и своевременнуюмедицинскую помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства РФ от 22.09.2007 N 605 "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинских частей, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений".

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.03.2008 N 149н "Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг".

3.Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2007 N 818 "Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях".

4.Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2007 N 823 "Об утверждении разъяснений о реализации Постановления Правительства РФ от 22.09.2007 N 605 "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинский частей, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений в части использования централизованных бюджетных ассигнований в размере 5 процентов на выплаты стимулирующего характера руководителям федеральных бюджетных учреждений".

5. Трудовой кодекс Российской Федерации.

6. Данные об уровне среднемесячной заработной платы . URL: http://www.przrf.ru/docs/full/srednyaya_zarabotnaya_plata1/Srednemesyachnaya-zarabotnaya-plata-rabotnikov-zdravoohraneniya3/

7. Отчет Министерства здравоохранения Красноярского края остоянии дел в здравоохранении Красноярского края

УДК 616.12:612.751.3 – 007.17 – 008.6 – 053.2

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

А.В. Саликова

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

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом последипломного образования

Научный руководитель: д.м.н., доц. Галактионова М.Ю.

Дисплазия соединительной ткани представляет наследственные нарушения соединительной ткани мультифакторной природы, объединенные в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков и характеризующиеся

многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогредиентным течением [3,4].

В последние десятилетия увеличивается число детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), что связывают не только с неблагоприятными воздействиями на плод в фетальном периоде развития, но и экологическим неблагополучием, инфекционными заболеваниями, неадекватным питанием, витаминной и минеральной недостаточностью, стрессами [1,6-8].

Классификация дисплазии соединительной ткани подразумевает выделение конкретных синдромов (астенический, вертеброгенный, клапанный, сосудистый, торакодиафрагмальный, мышечный, бронхолегочный, аритмичный, суставной, висцеральный, геморрагический, синдромы патологии зрения и стопы, неврологических нарушений, малых аномалий сердца и др.), каждый из которых включает ряд симптомов [7,8].

Пациенты, имеющие те или иные признаки НСДТ, с многочисленными и разнообразными жалобами, нередко встречаются в практике врача педиатра. 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.

Цель исследования – изучить выраженность внешних и внутренних маркеров дисплазии соединительной ткани у детей и определить объем медицинской помощи детям с ДСТ.

Материал и методы: нами наблюдались 158 детей (90 мальчиков и 68 девочек) в возрасте от 4-х до 11-ти лет. Основную группу составили 108 детей с различными проявлениями недифференцированной соединительнотканной дисплазии. Контрольная группа включала 50 детей без признаков НДСТ, аналогичного возраста, I-II групп здоровья.

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.

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.

Результаты и обсуждение: при анализе анамнестических данных у 71,3% матерей пациентов основной группы регистрировались ранние и поздние гестозы ($p<0,05$),

нефропатия беременных имела место у 29,6% ($p<0,05$). В анамнезе у матерей, дети которых имели НДСТ, также достоверно чаще в сравнении с контролем наблюдались хронические очаги инфекции (у 12,1%), ОРВИ во время беременности (у 56,9%), рождение недоношенных детей (у 9,3%). Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 27,7% детей с НДСТ.

Изучение анамнестических данных выявило наличие фенотипических признаков ДСТ в семьях большинства детей основной группы. Отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, болезням пищеварительного тракта регистрировалась в 2,5 раза чаще в основной группе. Среди факторов риска развития СДСТ, кроме наследственной отягощенности, у пациентов основной группы достоверно чаще имели место неблагополучие перинатального периода (80,6%, $p<0,05$); патологические состояния в раннем возрасте (перинатальные поражения ЦНС, нарушения психомоторного развития, соматические и инфекционные заболевания) (57,1%, $p<0,05$); наличие хронических очагов инфекции. Из социально-гигиенических факторов необходимо отметить достоверную частоту встречаемости указаний на неблагоприятные условия проживания (32,3%, $p<0,05$); психоэмоциональный дискомфорт в семье и в школе(27,7%, $p<0,05$); переутомление в школе (длительная неудобная поза, умственное перенапряжение) (29,6%, $p<0,05$).

В клинике пациентов с недифференцированной соединительной дисплазией отмечено существенное превышение частоты кардиалгий (в 3,25 раз). 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 сопровождались 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. Предобморочные и обморочные состояния наблюдались только у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани (12,1%), чаще при пролапсе митрального клапана с регургитацией, и были обусловлены ортостатическим снижением артериального давления.

В основной группе детей существенно чаще, чем у детей контрольной группы, отмечались метеозависимые цефалгии, головокружения, снижение работоспособности, нарушения процессов засыпания. Жалобы на периодические боли в животе предъявляли 40,7% детей основной группы, у 2/3 из них подтверждены дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Среди признаков соединительно-тканной 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). Дезадаптивные 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±2,10

уд/мин (78,88- 113,86 уд/мин).

Между количеством внешних фенотипических маркеров соединительнотканной дисплазии и выявляемой патологией внутренних органов существует взаимосвязь. Поэтому наличие определенной совокупности фенотипических проявлений ДСТ требует целенаправленного поиска для выявления возможных нарушений внутренних органов у данного контингента пациентов. 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%.

Таким образом, тактика педиатра ведения детей с НДСТ 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 детей с недифференцированной соединительнотканной дисплазией 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. Программа диспансерного наблюдения за детьми с соединительнотканной дисплазией строится с учетом выявленных патологических изменений со стороны органов и систем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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.

2. 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.

3. Земцовский, Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. «Карфаген должен быть разрушен»?/ Э.В. Земцовский// Кардиоваск. тер. и проф. – 2008. – №6. – С. 73-76.

4. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей/ Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. –СПб.: Элби-СПб, 2009. –704 с.

5. 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.

6. Утц, И.А. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей/ И.А. Утц, Е.Н. Городкова// Педиатрия. – 2008. – №2. – С. 117-119.

7. Bosdure, E. The effects of tobacco on children/ E. Bosdure, J.C. Dubus // Rev. Mal. Respir. – 2006. – Vol.23, №6.– P. 694-704.

8. Grahame, R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – N 14. – P. 345–361.

УДК 378.172:615.014-057.876

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА К СДАЧЕ НОРМ ГТО

А.Н. Черникова, А.В. Самарина, А.В. Чечкина

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

Фармацевтический колледж

Научные руководители: к.м.н. Т.В. Потупчик, преподаватель В.Н. Харюшина

Изучение проблем учащейся молодежи на современном этапе приобретает особую актуальность. На фоне негативных изменений экологической обстановки, социальных проблеми 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 ГТО возвращаются в Россию. Российское правительство внесло в Государственную думу законопроект, регламентирующий внедрение комплекса ГТО. Законопроектом предусматривается определение понятия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» 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].

Цель исследования – выявить особенности состояния здоровья и физической подготовленности студентов.

Задачи исследования:

1. Провести исследование гемодинамических показателей.
2. Оценить уровень физической подготовленности студентов.
3. Выявить особенности гемодинамики и степень физической подготовленности к сдаче норм ГТО.

В начале учебного года 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). 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*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].

Анализируя показатели ЧСС, отклонения от возрастной нормы в виде увеличения ЧСС (тахикардии) наблюдалась у 26,7% студентов города и у 36,8% - села. Пониженные показатели (брадикардия) встречались реже у 20% - студентов, проживающих в городе и у 15,8% - сельской местности (табл.1).

Таблица 1 - Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у студентов.

Показатели	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
ЧСС				
Норма	8	53,3	9	47,4
Повышена	4	26,7	7	36,8
Понижена	3	20,0	3	15,8
САД				
Норма	3	20,0	10	52,6
Повышена	5	33,3	4	21,1
Понижена	7	46,7	5	26,3
ДАД				
Норма	4	26,7	7	36,8
Повышена	7	46,7	7	36,8
Понижена	4	26,8	5	26,3

У студентов, проживавших в городе, чаще встречались отклонения АД. Повышенные показатели САД наблюдались у 33,3% студентов города и у 21,1% сельских. Пониженные показатели САД регистрировались у46,7% городских студентов и у 26,3% - сельских. При поступлении в колледж у студентов города чаще встречались повышенные показатели ДАД(46,7%), в сравнении с сельскими студентами (36,8%). Пониженные показатели ДАД наблюдались у равного количества студентов: у 26,7% - городских и у 26,3% студентов сельской местности. Повышенные показатели ПД регистрировались у 40% городских студентов и у42,1% студентов, проживающих в сельской местности.

Показатели индекса Робинсона выше среднего отмечались в обеих группах примерно у равного количества студентов (33,3-36,8%), что свидетельствовало о высоких аэробных возможностях и удовлетворительной адаптации. Наряду с этим показатель индекса Робинсона ниже среднего отмечался у 40% студентов основной группы и у 42,1% студентов

группы сравнения, что свидетельствует о снижении функциональных возможностей их организма. У всех обследованных учащихся средние показатели СО и МОК были в пределах возрастной нормы. У студентов, проживающих всельской местности, показатели МОК и СО были несколько выше (МОК 4810,3 - 5044,5л/мин.; СО 65,5 - 66,0 мл). У 33,3% учащихся основной группы и у 31,6% - группы сравнения отмечались нарушения межсистемных взаимоотношений в кардиореспираторной системе по показателю коэффициента Хильдебранта.

Учитывая, что обследование студентов проводилось в начале учебного года (период адаптации), нами подсчитывался также индекс функциональных изменений (ИФИ),характеризующий состояние адаптации организма к окружающей среде. Проведенный анализ ИФИ показал, что удовлетворительная адаптация чаще наблюдалась у студентов сельской местности (94,7%) в сравнении с городскими студентами (73,3%). У 20% городских студентовотмечалось напряжение механизмов адаптации, у студентов сельской местности этот показатель встречался значительно реже (5,3%). Неудовлетворительная адаптация регистрировалась только у студентов, проживающих в городе.

Проведенное исследование физического развития показало, что при поступлении в колледж, основная масса студентов имела среднее физическое развитие (86,7% - 1 группа и 94,7% 2 - группа). Избыток массы тела (ИМТ) отмечался у 5,3% студентов, проживающих в сельской местности и у 13,3% - городских.

Оценивая уровень физической подготовленности студентов по показателям бега на 100м,у 60% студентов, проживающих в городе, и у 52,6% - в сельской местности наблюдался уровень ниже среднего.Исследование результатов прыжка в длину с места показало, что у 60% студентов, проживающих в городе, и у 68,4% - в сельской местности, также отмечалсяуровень данного показателя ниже среднего.Оценка результатов поднятия туловища, челночного бега показала, что показатели ниже среднего регистрировались только у студентов, проживающих в городе (у 6,7% и 13,3% соответственно). Уровень показателя прыжки на скакалкениже среднего чаще наблюдался у студентов сельской местности (21,1%) в сравнении с городскими студентами (13,3%). По результатам показателя отжимание от пола у 40% студентов, проживающих в городе, и у 63,2% - в сельской местности, имелись показатели ниже среднего.

Проведенный анализ свидетельствует 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 группрегистрировались 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 поланаблюдался у значительного числа студентов обеих групп (40-68%), что свидетельствует о недостаточной готовности обучающихся к сдаче норм ГТО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко, Г.Л. Медицинская валеология. / Г.Л. Апанасенко– Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 248с.
2. Баранов, А.А.Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации/ А.А. Баранов, А.Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-12.
3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертонии у детей и подростков: методические рекомендации. – Красноярск: тип. КГМА, 2002. – 49 с.
4. Критерии оценки адаптационных состояний у детей школьного возраста**:** методические рекомендации для курсантов ИПО – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012. – 17 с.
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. Мальгавко, А. РИА Новости: society/20150318/1053190309.html.
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)»

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Д.В.Сацук

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.псх.н., доц. С.М.Колкова

Психологическое здоровье отражает особенности генезиса и психического развития. Основой психологического здоровья является полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Следовательно, в определение этого понятия должна быть заложена возможность развития человека на всем протяжении его жизненного пути. Необходимо добавить также и требование гармонии не только между человеком и средой, но и между различными составляющими его личности — рациональным и эмоциональным, психическим и телесным, разумом и интуицией и т. п.

Психологическое здоровье человека связано с особенностями личности, интегрирующий все аспекты внутреннего мира человека и способы его внешних проявлений в единое целое. Психологическое здоровье одна из важнейших характеристик, влияющая на протекания становления и развития личности. Поддержание, сохранение и коррекция психологического здоровья детей и подростков — одна важнейших задач детских учебных и воспитательных учреждений.

В нашем исследовании мы остановились на личностной тревожности, активности, рефлексивности и субъективном ощущении одиночества. В число респондентов исследования были включены 62 учащихся в возрасте от 17 лет в гимназии №11 им. А.Н. Кулакова.

Повышенная личностная тревожность наблюдается у 20 учащихся (Рисунок 1), что составляет 28% выборки. Средние и низкие показатели по шкале личностной тревожности имели 32 испытуемых (71%). В дальнейшем исследовании будут принимать участие только 20 учащихся.

Рисунок 1 – Диаграмма личностной тревожности учащихся.

Следующее исследование соответствует критерию позитивного самоощущения (позитивный основной эмоциональный фон настроения), позитивного восприятия окружающего мира. В этом исследовании объём выборки состоял из 20 испытуемых с повышенной тревожностью. Результаты данного исследования распределились следующим образом.

Шкала самочувствие имеет следующие результаты: 16 (80%) испытуемых низкий уровень самочувствия, 4 (20%) испытуемых имели уровень средний, данные результаты были внесены в диаграмму на рисунке 2.

Рисунок 2 – Шкала самочувствия учащихся.

Следующая шкала данной методики «Активность» (Рисунок 3). Низкий уровень имеют 15 (75%) испытуемых, средний уровень 2 (10%), высокий уровень 3 (15%).

Рисунок 3 – Диаграмма активности учащихся.

Следующий критерий — это высокий уровень развития рефлексии. Результаты теста «определение уровня рефлексивности А.В. Карпов, В.В. Пономарева» следующие: высокий уровень рефлексии имеют только 4 (20%) учащихся, средний 2 (10%) и низкий 14 (70%). Что можно увидеть на следующей диаграмме (Рисунок 4).

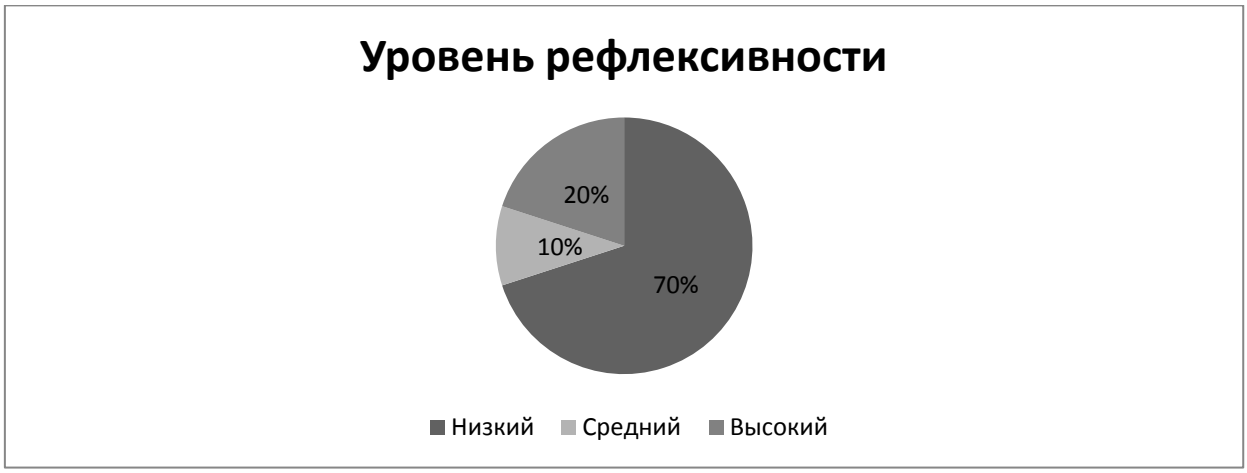


Рисунок 4 – Диаграмма уровня рефлексивности учащихся.

Следующий критерий исследоваться будет с помощью методики диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела И М. Фергюсона. Результаты распределились следующим образом: 17 (85%) испытуемых имею высокие баллы по шкале субъективное ощущение одиночества, 2 (10%) имеют средний уровень, 1 (5%) низкий уровень. Для наглядности это можно увидеть на диаграмме на рисунке 5.

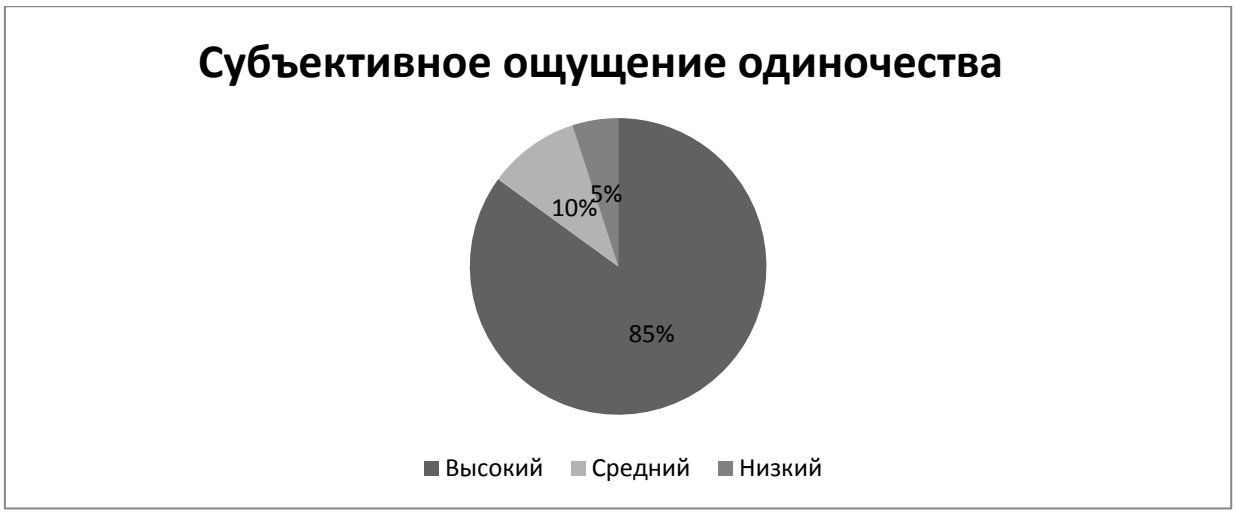


Рисунок 5 – Диаграмма субъективного ощущения одиночества учащихся.

Таким образом, психологическое здоровье является важной составляющей социального самочувствия человека, с одной стороны, и его жизненных сил, с другой. Вместе с тем, многие проблемы, возникающие у человека, не являются показателем психического нездоровья и могут быть решены другим немедицинским путем (улучшение памяти, внимания, мышления; формирование необходимого уровня коммуникаций; самопрезентаций; стремление к реализации своих возможностей; решение внутриличностных и межличностных конфликтов; освобождение от тревожности, стрессов, фрустраций, различного рода психических зависимостей и др.).В соответствиис данными нашего исследования, особое внимание в психологической коррекции психологического здоровья подростков необходимо уделить субъективному ощущению одиночества, самочувствию, активности, рефлексивности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. / В.А. Ананьев – Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. - СПб.: Речь, 2006. – 384 с.

2. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – 4-е изд. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.

3. Микляева, А.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. / А.В. Микляева, П.В. Румянцева – СПб.: Речь, 2004. – 248 с.

4. Никифоров, Г.С. Психология здоровья: Учебник для вузов — СПб.. Питер, 2006. – 607 с.

5. Сенкевич, Л.В.Методики оценки уровня психологического здоровья у детей школьного возраста: Учеб.-метод. пособие / Л.В.Сенкевич– М.: РУДН, 2007. – 126 с.

УДК 339.13:[615.215.58+615.215.86]

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Т.Ю.Селивенина, Е.С.Берлова
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д.фарм.н., проф. А.И. Овод

Лекарственное обеспечение является неотъемлемой составляющей организации медицинской помощи стационарным больным. С необходимостью точного планирования ассортимента, категорий, дозировок лекарственных средств, уточнений международных и патентованных наименований неизбежно сталкиваются все участники рынка медицинских услуг: от медицинских организаций до аптек, страховых компаний и органов управления разного уровня[1,2].

Целью данного исследования является совершенствование лекарственной помощи оториноларингологическим стационарным больным.

Объекты исследования: медицинские карты стационарных больных (206), листы лекарственных назначений, ассортимент лекарственных средств (ЛС), применяемых для лечения синуситов, цены на ЛС.

Методы исследования: системный, логический, маркетинговый, фармакоэкономический, экономико-статистические методы: вариационная статистика, группировка.

В ходе медико-социологических исследований больных синуситами установлено, что в стационарных условиях проходят лечение преимущественно женщины (50,5%) в возрасте от 21 до 45 лет (66,5%), проживающие в районах области (81,5%), по социальному статусу являющиеся работниками(62,6%) или безработными (20,9%); выявлены основные причины госпитализации: двусторонний острый гнойный гайморит, острый левосторонний/правосторонний гнойный гайморит, острый гнойный левосторонний фронтит и др.; средний срок пребывания в стационаре – 12 дней, количество лекарственных назначений – 1-3, методы лечения – лекарственная терапия – 100%; пункция - 63,6%; операция - 32,6 %.

Для дальнейшего исследования была разработана концепция маркетинговых исследований лекарственного обеспечения стационарных больных, включающая следующие

этапы: подготовительный (отбор историй болезни), информационный (выкопировка данных из историй болезни), и аналитико-исследовательский (разбивка лекарственных средств на группы в зависимости от удельного веса в общих издержках).

В результате анализа фактической терапии сформирован полный перечень ЛС, представленный 36 торговыми наименованиями, входящими в 21 АТС-группу. Значительную долю в данном перечне занимают антибактериальные препараты системного действия – 19,4%; средства, действующие на ренин-ангиотензиновую систему – 11,11%. Далее был определен краткий перечень ЛС основного спроса, который включает 10 ЛС. Наибольшую долю в данном перечне занимают антибактериальные препараты системного действия – 40%; остальные препараты из 6 АТС-групп занимают по 10%.

Для определения статистических характеристик перечня основного спроса были составлены карты потребления для ЛС основного спроса: цефазолин, цефабол, глево, амикацин, анальгин, димедрол, этамзилат, энап, мовигип, кеторол. Далее был проведен стоимостной анализ лекарственной терапии, который позволил установить, что затраты стационарного отделения для проведения медикаментозного лечения оториноларингологических больных в среднем на курс лечения составили 623,63 руб. при средней длительности пребывания в стационаре 11,57 дня, а расходы на один койко-день составляют 51,91 руб.

На следующем этапе был проведен АВС-анализ 36 наименований закупаемых лекарственных препаратов для лечения данной категории больных.

Установлено, что общий расход на закупку 36 ЛП составил 114037,5 руб. Выявлено, что в класс А входит 7 наименований ЛС из 4 ФТГ: антибиотики системного действия; препараты, активные в отношении микобактерий; гемостатические препараты и НПВС; суммарный расход на потребления составляет 90,7% (103461,8 руб.) от общей суммы расходов, затраченных на закупку ЛС. В класс В входят 11 наименований ЛС из 8 ФТГ: антибиотики системного действия; средства, действующие на ренин-ангиотензиновую систему; средства для лечения зуда; антибиотики, применяемые в дерматологии; кортикостероиды, анальгетики и антигистаминные препараты системного действия; суммарный расход финансовых средств на их закупку составляет 5,9% (6568,2руб.) от общей суммы расходов на закупку ЛС. В класс С входят 18 наименований ЛС, суммарный расход средств на его приобретение составляет 3,4% (4007,5руб.) от общей суммы закупки.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют, что необходимо анализировать перечень закупаемых ЛС и затраты на лечение для данной категории больныхс целью оптимизации расходов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маляева, М.Г. Современная технология лекарственного обеспечения медицинской помощи, оказываемой больным в стационарных условиях / М.Г. Маляева // Менеджер здоровья.– 2009. – №10. – С. 42-45.

2. Мороз, Т.П. Организация лекарственного обеспечения стационарных больных / Т.П. Мороз, Г.Н. Ковальская – Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, 2007. – 78с.

УДК 61: 94 (47) «1941/ 1945»

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

П.Е. Сербат, Е. С. Головенкин

Красноярский государственный медицинский университетм. проф. В.Ф. Войно–Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: ст. преп. Е. В. Штарк.

Самоотверженный подвиг медиков в войну сыграл немалую роль в будущей победе. В тяжёлых полевых условиях многие лекарства и лечебные процедуры приходилось заменять подручными средствами. Помимо отрицательного эффекта, носимого войной, она способствует развитию медицины как науки.

Цель исследования – изучить медицинскую науку в годы Великой Отечественной войны.

Задачи:

1. Затронуть тему общей ситуации в области здравоохранения в годы ВОВ.
2. Рассмотреть способы, которыми лечили раненных при отсутствии привычных медикаментов.
3. Отметить заслуги выдающихся врачей времён Великой Отечественной войны.
4. Проанализировать, является ли война стимулирующим фактом развития медицины.

Нами была проанализирвоана работа медицинской службы в годы войны. Перед войной был проведен ряд мер по укреплению военно-медицинской службы, однако очень многого сделать так и не успели. Перестройка медицинской службы Красной Армии в силу

многих причин осуществлялась медленно, а порой и непоследовательно и, к сожалению, так и не была завершена к началу войны.

Значительным недостатком хирургических кадров характеризуется начальный период Великой Отечественной войны.

Если общий недостаток врачей можно было в какой-то степени восполнить путем ускоренных выпусков студентов старших курсов мединститутов, что только в 1941 г. дало более 30 000 врачей, то для устранения некомплекта в хирургических кадрах нужна была еще и подготовка их на практической работе или постдипломная специализация, которая была организована в широких масштабах и ее прошли тысячи врачей.

Самоотверженный труд хирургов, медицинских сестер, санитаров и в этих тяжелых условиях позволил вернуть в строй 70% лечившихся раненых. Уместно заметить, что медицинская служба американской армии, имевшая за этот же период 39 917 раненых, возвратила в строй всего 51,5% из них.

Большое значение придавалось борьбы с инфекционными заболеваниями, к примеру, тифом. Органы здравоохранения на местах проводили широкие санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в тесном контакте с военно-санитарными органами. Были созданы санитарно-контрольные пункты в городах, они работали круглосуточно.

В суровые годы Великой Отечественной войны начал свое существование Красноярский государственный медицинский институт. В 1943 г. Красноярский медицинский институт провел первый выпуск врачей (117 человек). Большинство выпускников первых двух лет ушли добровольцами на фронт, многие из них погибли. После войны в институте трудился 31 участник Великой Отечественной войны и войны с Японией; 25 человек имеют правительственные награды за участие в боях. Некоторые награждены двумя и более орденами за боевое отличие.

На заключительном этапе войны организация хирургической помощи в Советской Армии достигла высокого уровня на всех этапах медицинской эвакуации. Такой стройной и испытанной системы не имела ни одна другая страна, участвовавшая в войне. Квалифицированная хирургическая помощь почти 90% раненых оказывалась в первые 8 ч после ранения, тогда как в зарубежных армиях этот показатель равнялся в среднем 12 ч. Способы лечения в тяжёлых условиях военного времени.

На войне, как известно, все средства хороши, в том числе и для лечения различных недугов. Поэтому, зачастую, раненых приходилось лечить очень необычными способами.

1. На обширные рваные раны солдатам накладывали хлопчатобумажную ткань, смоченную в растворе обычной поваренной соли.
2. Когда не хватало крови, солдатам переливали морскую воду.

3. Парафинотерапия.

4. Мох в качестве перевязочного материала.

Очень много было сделано для охраны здоровья детей: повсеместная эвакуация, патронирование осиротевших детей, организация питания. Все это дало отличные результаты: смертность детей в войну не только не увеличилась, но, наоборот, снизилась.

В Великую Отечественную войну без устали трудилось множество врачей, среди которых знаменитые учёные такие как Николай Николаевич Бурденко (разработал технику операций на спином мозге, мозговых опухолях, выполнял пересадку нервов и тд), Александр Васильевич Вишневский (создатель антисептических мазей), Петр Андреевич Куприянов(“Краткий курс военно-полевой хирургии”- настольное пособие хирургам во время Великой Отечественной войны, а так же “Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.”). Но, подробнее хотелось бы остановиться на выдающемся враче Валентине Феликсовиче Войно-Ясенецком.

Валентин Феликсович внёс существенный вклад в развитие медицины в годы войны. Ещё ранее он сделал ряд важнейших открытий, которые будет активно применять именно в страшные сороковые годы: местная анестезия, хирургия гнойных заболеваний [1].

Он добровольно вызвался лечить солдат, ведь, как он писал в телеграмме председателю президиума Верховного совета СССР Михаилу Калинину: «Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено».

Он, как и многие выдающиеся врачи, руководствовался принципом, изложенным в автобиографической книге «Я полюбил страдание»: «Главное в жизни – всегда делать людям добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое»[2].

Валентин Феликсович внёс существенный вклад в хирургию, его труды до сих пор почитаются современными медиками, а то, как самоотверженно он работал в военные годы, показывает его истинным патриотом своей Родины.

Любая наука, в том числе медицинская, развивается спокойно и размеренно, но иногда история даёт толчок, благодаря которому она совершает бросок вперёд. Такие толчки возникают и в мирное время, к примеру, эпидемии различных заболеваний, но трудно не согласиться, что таких «толчков» куда больше в войну.

Это ни в коем случае не значит, что война носит положительный характер. Как раз, наоборот, огромное количество человеческих жертв, выжженная земля, разрушенные города – всёэто плоды деятельности ужасного демона войны, недаром её относят к одному из всадников Апокалипсиса. Есть мнение, что в XXI веке все науки начинают работать на

здравоохранение. А борьба с заболеваниями во имя здоровья населения – кудалучшее применение сильнейшим умам человечества, чем заставлять их работать во имя войны и смерти. Однозначно одно, нельзя отрицать то, какой существенный вклад в военные годы внесли учёные разных стран в медицинскую науку, и как тяжело бы было врачам без этих знаний сегодня. За это надо быть безмерно благодарным тех гениальным учёным, которые, несмотря на все невзгоды военного времени, продолжали свой нелёгкий труд, развивали медицинские знания и делая всё ради блага своего Отечества и его граждан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Очерки гнойной хирургии. / В.Ф. Войно-Ясенецкий – Бином, 2006. – С. 720.

2. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Я полюбил страдание: автобиография. / В.Ф. Войно-Ясенецкий – Мн. : Белорусская Православная Церковь (Белорусский Экзархат Московского Патриархата), 2013. – 125с.

УДК 577. 3

ИЗМЕНЕНИЕ ДИАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ СВЧ-ДИАПАЗОНА

П.Е. Сербат

Красноярский государственный медицинский университетим. проф. В. Ф. Войно- Ясенецкого

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель: к.б.н.,доц. И.И. Моргулис

В наш век технологий мобильная связь распространена уже повсеместно. Системы сотовой связи, теле- и радиотехнологии оказывают существенное влияние на естественный электромагнитный фон, под влиянием которого формируется все на земле, как следствие, меняется и состояние организма человека. Закономерно возникает вопрос, гарантируют ли существующие нормативы отсутствие негативного влияния на здоровье человека? В этом можно убедиться, рассмотрев влияния электромагнитных полей в диапазоне частот сотовой связи (сверхвысокочастототного (СВЧ) излучения с частотой 900 МГц) на функции внутренних органов и на кровь.

Однако оценки в сфере влияния СВЧ излучения на кровь противоречивы, остается еще множество неясных моментов, а данных по изменению диаметров кровяных телец под действием излучения в доступной литературе мы вообще не обнаружили.

Поэтому целью работы явилось изучение влияния электромагнитного излучения (ЭМИ) нетепловой интенсивности на размеры эритроцитов мышей.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть теории влияния ЭМИ на организм, в частности, на систему крови.
2. Определить, какие изменения происходят в периферической крови мышей, под влиянием СВЧ-излучения.

К неионизирующим электромагнитным излучениям относят электромагнитные излучения оптического и радиочастотного диапазона, а также условно-статические электрические и постоянные магнитные поля, излучениями не являющиеся. Электромагнитные излучения (ЭМИ) распространяются в виде электромагнитных волн, характеризующихся: длиной волны, частотой колебаний (Гц) и скоростью их распространения (м/с) [1,2]

Нельзя утверждать, что излучения являются негативным фактором, ведь известно, что под действием электромагнитного излучения в процессе эволюции сформировались все живые организмы, поэтому оно является важным абиотическим фактором. Стоит отметить, что в последнее время на живые организмы все больше влияют ЭМП антропогенного происхождения, изменяющие привычную среду обитания.

В качестве источников ЭМИ могут выступать системы производства, передачи, распределения и потребления электроэнергии постоянного и переменного тока, транспорт на электроприводе, радиовещательные станции, телевизионные передатчики, базовые станции систем подвижной радиосвязи, это дает повод опасаться за здоровье жителей крупных городов, в том числе, жителей Красноярска. Исследования, проведенные на территории нашего города, показали увеличение коллективной нагрузки ЭМИ СВЧ на население при снижении уровня индивидуальной нагрузки в период с 1997 по 2006 гг. Показано также, что предельно допустимый уровень (ПДУ) каждого отдельного объекта систем сотовой связи не превышен [3].

Проведен ряд исследований в области влияния СВЧ- излучения на организм мышей: выделен ряд аутоимунных изменений в организме экспериментальных животных: происходит значительное увеличение титров антител к ткани печени и мозга на 14-е сутки после окончания облучения, увеличение в иммуноглобулинах классов M, G антител, специфичных к продуктам воздействия оксида азота и его производных на аминокислоты; происходит общее усиление напряженности регуляторных систем [4].Установлено, что количество опухолевых стволовых клеток при однократном облучении увеличивается, а далее снижается или удерживается на том же уровне, в то время как количество не стволовых клеток с повышением дозы радиации снижается [5]. Наблюдается повышение интенсивности

перекисного окисления липидов в мембранах эритроцитов при облучении по 2 часа в день однократно и фракционно – по полчаса в течение 4 суток. В первом случае заметно подавление активности низкомолекулярных неферментативных водорастворимых антиоксидантов крови, активизация процессов ПОЛ в плазме крови, происходит сдвиг активности Ca2+- зависимых K+- каналов эритроцитов и гиперполяризация мембран эритроцитов; во втором случае – подавление процессов ПОЛ крови [6]. При воздействии низкоинтенсивного электромагнитивного излучения наблюдали изменения активности ферментов: креатинкиназы в печени, щелочной фосфатазы и креатинкиназы в сыворотке крови, а так же изменения в энергетическом метаболизме мембран гепатоцитов[7]. При облучении суспензии клеток асцитной карциномы Эрлиха заметны изменения в мембранах эритроцитов: изменялась их микровязкость, содержание клеток с признаками блеббинга оказалось в несколько раз выше, чем у мышей контрольной группы [8].

Существует несколько гипотез, объясняющих механизмы влияния электромагнитных волн на биологические объекты. Первая- гипотеза о резонансном характере влияния ЭМИ. При воздействии излучения на мембрану клетки в ней возникают акустические колебания с той же частотой. Это явление временного резонанса, которое возникает при равенстве частот собственных колебаний системы и вынуждающей силы. В результате резонанса амплитуда акустических колебаний возрастает, а, следовательно, возрастает транспорт ионов через мембрану и всех сопутствующих процессов [9].

В работе [10] рассмотрен другой механизм возникновения колебаний в мембране. Поляризованные молекулы липидов в электрическом поле смещаются в направлении вектора действия поля. В результате периодически меняется диэлектрическая проницаемость в областях мембраны. Изменение диэлектрической проницаемости приводит к изменению энергии электростатического поля, которая становится кинетической энергией смещений липидных молекул, и обратно. Эти новые, поляризационные, колебания обладают такой особенностью, что толщина липидного слоя практически не меняется, а поверхность цитоплазмы неподвижна, в связи с чем поляризационные колебания в мембране клетки не приводят к рассеянию энергии. В связи с этим на много порядков возрастает интеграл перекрытия этих колебаний с электромагнитной волной в резонансе.

Исследование проводили на белых мышах-самцах массой 25-27 г. В качестве источников электромагнитного излучения использовалась установка для облучения лабораторных животных электромагнитным полем СВЧ-диапазона.

Мыши были разделены на две группы: 1 – контроль – здоровые животные, не подвергавшиеся воздействию; 2 – здоровые животные, ежедневно облучаемые в течение 1 часа ЭМИ СВЧ в установке. Эксперимент длился 12 суток. Ежедневно брался забор крови.

Для оценки реакции системы эритропоэза на воздействия излучения, на основе данных изменения внешнего диаметра эритроцитов периферической крови мышей, были построены кривые Прайс – Джонса (рисунок 1).

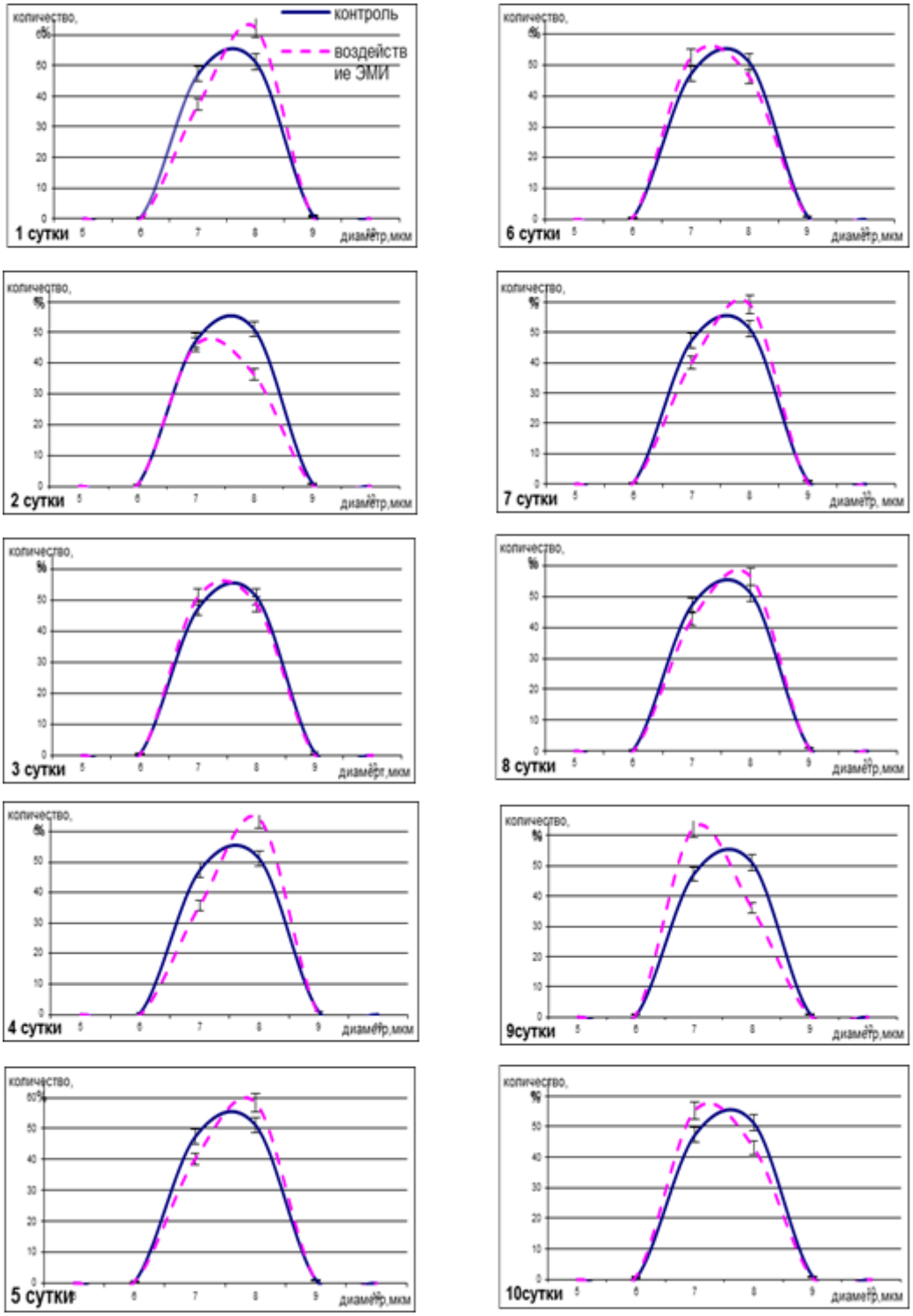


Рисунок 1 – Изменение внешнего диаметра эритроцитов периферической крови мышей.

Как видно из рисунка 1, изменения диаметра эритроцитов во 2 (экспериментальной) группе носят колебательный характер с периодом 4 сут и амплитудой 1 мкм (размах колебаний от 6 до 8 мкм, при среднем диаметре в норме ≈7 мкм).

Эти изменения, с одной стороны, могут быть связаны с выбросом на периферию незрелых крупных форм эритроидных предшественников-полихроматофилов, (т.н. резервныйэритропоэз).При воздействии ЭМИ СВЧ-диапазона на организм мышей вероятнее всего наблюдаетсяэритропоэз, при котором на фоне сниженного содержания кислорода в периферическуюкровь выходят активно пролиферирующиеполихроматофильныеэритробласты.

С другой стороны, увеличение размера эритроцитов может являться следствием изменения адгезивных свойств клетки, что приводит к увеличению ее диаметра или,в целом, может быть обусловлено гистофизиологическими причинами [11]. Последующее уменьшение диаметров эритроцитов, возможно, связано с временной нехваткой ресурса, израсходованного на образование крупных форм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудряшов, Ю.Б. Радиационная биофизика: радиочастотные и микроволновые электромагнитные излучения: учебник / Ю.Б.Кудряшов, Ю.Ф.Перов, А.Б. Рубин. – М.: Физматлит, 2008. – 184 с.
2. Самойлов, В. О. Радиобиология неионизирующих и ионизирующих излучений: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / В.О.Самойлов, В.Г.Владимиров, Л.А. Шарова.– СПб.: Изд-во Политехн.ун-та, 2011. – 208 с.
3. Жуль, Е.Г. Формирование электромагнитной нагрузки в условиях городской среды / Е.Г.Жуль, И.И.Моргулис, Ю.В. Кочемарова // Вестник КрасГАУ. – 2008. – №5. – С. 291-296.
4. Григорьев, Ю.Г. Новые данные для доказательств наличия значимых эффектов при хроническом электромагнитном облучении(К аутоиммунным изменениям у крыс) / Ю.Г.Григорьев, А.В.Шафиркин, А.М. Носовский //Радиац.биология. Радиоэкология. –2011. – Т. 51. – №6. – С.721-730.
5. Замулаева, И.А. Увеличение количества опухолевых стволовых клеток под воздействием редкоионизирующего излучения. / И.А.Замулаева, О.Н.Матчук, Е.И. Селиванова // Радиац.биология. Радиоэкология.–2013. – Т. 54, №3. –С. 256-264.
6. Баджинян, С.А. Влияние электромагнитного излучения с частотой 900 МГц на некоторые показатели крови. / С.А. Баджинян, М.Г. Малакян, Д.Э. Егиазарян// Радиац.биология. Радиоэкология. – 2013. – Т. 53, – №1 – С. 63– 70.
7. Нерсесова, Л.С. Действие низкоинтенсивного электромагнитного излучения с частотой 900 МГц на ферментные активности печени и сыворотки крови крыс /

Л.С.Нерсесова, М.С. Петросян, М.Г. Газарянц// Радиац.биология. Радиоэкология. – 2014. – Т. 54. – №5. – С. 522-530.

8. Круглик, О.В. Влияние электромагнитного излучения сверхвысокого диапазона на жизнеспособность экспериментальной опухоли / О.В.Круглик, И.И.Моргулис, Р.Г. Хлебопрос//Радиац.биология. Радиоэкология. – 2013. – Т. 449, №1. – С. 104-106.

9. Харланов, А.В. Возможный механизм резонансного воздействия электромагнитных волн на биологические объекты / А.В.Харланов // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. – 2007. – №5. – С. 10-14.

10. Захватаев, В.Е. Электрострикционная неустойчивость Куперштоха-Медведева как возможный механизм инициации фазовых переходов, доменов и пор в липидных мембранах и воздействия КВЧ-излучения на клетку / В.Е.Захватаев, Р.Г. Хлебопрос // Биофизика. – 2012. – Т. 57, №1. – С. 75-82

11. Danial, N.K. Cell death: critical control points/ N.K.Danial, S.J. Korsmeyer// Cell. – 2004. – Vol.116, № 2. – P.116-205.

УДК 340.6:616-001.35-036.8-055.1-071.3

ПРИМЕНЕНИЕ АНТРОПО- И ЛАПАРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ МУЖЧИН, ПОГИБШИХ ОТ ПОВЕШЕНИЯ И УТОПЛЕНИЯ.

К.Е. Сергеева, О.В. Карабаева, К.С. Жданова

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

Кафедра судебной медицины ИПО

Научные руководители:д.м.н., проф.В.И. Чикун, к.м.н., доц. Н.В. Хлуднева, к.м.н., асс.Ю.В. Зиненко

В настоящее время при проведении судебно-медицинских экспертиз, с целью установления посмертных изменений в основном используют макроскопический и гистологический методы исследования. Значительно меньше исследований посвящено индивидуальным особенностям посмертных изменений тела и его частей с использованием соматотипической оценки человека [1,4].

В последние годы отмечен рост числа случаев смерти от повешения и утопления у лиц молодого и трудоспособного возраста, преимущественно мужского пола. Поэтому изучение

данного вида смертистановится все более актуальным как в России, так и за рубежом. В этой связи смерть от странгуляционной механической асфиксии при повешении и от утопления представляет собой серьезную социальную проблему, которой вынуждены заниматься специалисты разных областей [5,6].

Процессы, происходящие в организме пострадавшего при повешении и утоплении, такие как судороги, расслабление, уплотнение, изменение формы мышц, могут влиять на локальную конфигурацию частей тела, положение тела, конечностей, всего трупа [7]. Учитывая то, что обстоятельства повешения и утопления, очень часто неизвестны, данная проблема является актуальной. Поэтому выявление анатомических особенностей позволит получить правоохранительным органам дополнительную информацию, необходимую при выяснении обстоятельств смерти пострадавших.

В судебной медицине условно выделяют три типа утопления аспирационный, асфиктический и смешанный. Разнообразие постмортальных изменений и проявлений, отсутствие четких патоморфологических критериев диагностики того или иного типа танатогенеза при утоплении, создают большие трудности в решении практических экспертных вопросов и требуют комплексного, в том числе анатомо-антропологического подхода [8,1,4].

В последние годы выполнены научные работы, выявившие отличия антропометрических и лапарометрических показателей тела, (грудной клетки, живота и передней брюшной стенки) у мужчин, погибших от повешения и утопления [2,3]. Авторами установлены закономерностианатомических особенностей тела, рельефа и конфигурации живота и передней брюшной стенки у трупов мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксиипри повешении и от утопления, которые позволяют определить положение тела повесившихся мужчин в случаях неочевидности происшествия и тип утопления. Впервые получены новые сведения об особенностях тела, живота и передней брюшной стенки у трупов мужчин, погибших от утопления в зависимости от типа утопления.

Целью исследования явилось:применить антропо- и лапарометрические методы исследования показателей тела, живота и передней брюшной стенки у мужчин, умерших от странгуляционной механической асфиксии при повешении для установления позы трупа и утонувших мужчин для определения типа утопления. Нами выделены следующие задачи: 1. Провести антропо- и лапарометрические исследования трупов мужчин, умерших от повешения и трупов мужчин, погибших от утопления. 2. Сопоставить полученные данные с ранее выявленными закономерностями размеров передней брюшной стенки у трупов мужчин, умерших от повешения в различных позах и трупах мужчин, погибших от

различных типов утопления. 3. Сравнение полученныхрезультатов по позе повешенных и типах утопления с обстоятельствами дела, указанными в «Заключении эксперта» и материалах дела.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ «ККБСМЭ» в отделе экспертизы трупов г. Красноярска. Нами было исследовано 50трупов мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксии при повешении и 22 трупа мужчин, погибших от утопления, давность смерти от 12 до 24 часов. До начала проведения исследования отсутствовали данные об обстоятельствах повешения (в каком положении повесился мужчина) и тип утопления. В качестве группы сравнения были использованы результаты лапарометрическогоисследования 305 трупов мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксии при повешении[2], а также 224трупов мужчин, погибших от утопления [3].Исследование мужчин проводилось с помощью антропо- и лапарометрического методов исследования. Антропометрическое исследование трупов мужчин заключалось в определении габаритных размеров тела, грудной клетки. Для определения форм живота и конфигурации передней брюшной стенки использовали методику лапарометрического исследования по Н.С. Горбунову и М.Н. Мишанину (1999-2005). По данной методике были определены размеры живота и его передней стенки во фронтальной, горизонтальной и сагиттальной плоскостях по прямой штангенциркулем, по кривизне поверхности курвиметром и на поверхности основания математическим моделированием при помощи специальной компьютерной программы «Лапарометрическая диагностика». В дальнейшем, результаты проведенных исследований у мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксии при повешении, были сравнены с результатами, приведенными в таблице 1, а результаты проведенных исследований у мужчин, погибших от утопления, были сравнены с результатами, приведенными в таблице2.

Таблица 1 – Размерыпередней брюшной стенки при разном положении трупов мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксии при повешении

Показатели		Вертикальное n=260	Сидя n=32	Горизонтальное n=5
1	2	3	4	5
I. Продольные фасные размеры (п- по прямой, о- на основании, к- по кривизне), в см				
Высота передней брюшной стенки, (dist. xiphopubicalis)	о	34,16±0,27[5]	31,69±1,27	28,18±2,42[3]
Высота эпигастральной области, (dist. xiphobicostarum)	п	12,44±0,17[4]	10,49±0,32[3]	11,3±0,69
	о	12,33±0,17[4]	10,02±0,45[3]	11,2±0,67
	к	12,52±0,17[4]	10,2±0,45[3]	11,47±0,8
Высота мезогастральной области, (dist. bicostbispinarum)	п	14±0,23	15,09±0,81[5]	12,05±1,15[4]
	к	14,93±0,29[4]	17,39±1,07[3]	16,41±2,18
II. Поперечные фасные размеры (п - по прямой, к - по кривизне), в см				

4-й уровень (dist. bicristarum), плоск. мезог.обл	диаметр таза	к	36,16±0,39[5]	34,08±1,19[5]	28,34±0,62[3,4]
III. Профильные размеры, в см (с - стрелка прогиба, пп - показатель прогиба, оп - основание-передние, оз - основание-задние)					
4-й уровень		пп	0,09±0,07	0,23±0,17	0,32±0,42
		оз	0,5±0,06[5]	0,29±0,05	0,1±0,1[3]
5-й уровень		пп	-0,03±0,05	-0,29±0,11	0,04±0,18
		оп	19,35±0,14[4]	18,42±0,34[3]	19,6±1,17
		оз	0,1±0,03[5]	0,03±0,02[5]	3,9±3,78[3,4]
6-й уровень		оп	18,47±0,15[4]	17,59±0,33[3]	18,5±1,5
Глубина пупка			0,61±0,02[4,5]	0,51±0,02[3]	0,44±0,06[3]
IV. Площади передней брюшной стенки, в см^2					
Гипогастральной области	профиля		16,12±0,58[5]	10,48±5,07	8,72±2,5[3]
	по кривизне		143,23±2,38[5]	127,61±7,3	108,92±12,5[3]
Общая	на основании		608,52±8,12[5]	577,59±30,48	486,93±54,51[3]
V. Углы, в градусах					
Подгрудинный			63,48±1,12[4,5]	51,94±0,75[3]	50,2±2,13[3]
Эпиг.-подгрудинная разница			23,46±1,13[4,5]	41,54±2,46[3]	38,85±3,06[3]
VI. Индексы асимметрии поперечных сегментов					
2-й уровень			92,45±1,57	83,94±5,88[5]	98,09±1,16[4]
3-й уровень			107,53±9,99	94,11±6,96	106,81±2,44
4-й уровень			98,61±2,48	112,58±30,61	99,38±1,79
5-й уровень			95,57±1,81	87,97±5,99	99,2±0,96
VII. Индексы поперечных размеров					
3-й уровень	мезогастр. обл.		100,51±0,77	100,13±3,7	102,88±5,06
4-й уровень	мезогастр. обл.		102,36±1	106,38±5,2	122,56±19,6
VIII. Индексы живота					
Вертикальный			63,12±0,55[5]	56,03±2,15[5]	24,65±15,2[3,4]

Примечание: М±м[3,4,5]- различия достоверны (при P<0,05; 0,01; 0,001) в зависимости от положения тела при повешении.

Таблица 2 –Особенностиразмеров передней брюшной стенки у трупов мужчин, погибших при разных типах утопления

Показатели		Асфиктический (n=82)	Аспирационный (n=69)	Смешанный (n=73)
1	2	3	4	5
Поперечные фасные размеры (п- по прямой, к- по кривизне), в см				
Ширина передней брюшной стенки:				
3-й уровень (dist. umbilicalis)	п	27,37±0,38[4]	25,31±0,29[3,5]	27,44±0,31[4]
	к	30,73±0,47	28,85±0,94[5]	31±0,38[4]
5-й уровень (dist. bispinarum)	к	28,73±0,34	28,18±0,32[5]	29,19±0,39[4]
Профильные размеры, в см (с- стрелка прогиба, пп- показатель прогиба, оп- основание-передние, оз- основание-задние)				
Передне-задние размеры:				
1-й уровень	оп	25,03±0,42[4]	22,83±0,22[3,5]	24,41±0,32[4]
2-й уровень	пп	1,53±0,15[4]	0,84±0,21[3,5]	1,47±0,17[4]
	оп	25,45±0,4[4]	22,7±0,29[3,5]	24,83±0,36[4]
3-й уровень	пп	2,56±0,1[4]	2,04±0,19[3,5]	2,87±0,18[4]
	оп	25,06±0,48[4]	22,51±0,29[3,5]	24,57±0,35[4]

4-й уровень		пп	1,65±0,15[4]	0,98±0,18[3]	1,4±0,15
		оп	24,68±0,5[4]	22,05±0,3[3]	26,58±2,78
5-й уровень		оп	23,9±0,45[4]	21,49±0,24[3,5]	23±0,35[4]
6-й уровень		оп	21,76±0,39[4]	19,9±0,19[3]	20,9±0,28
Площади передней брюшной стенки, в см^2					
Площадь поперечного сегмента:					
3-й уровень	Лев.половина		51,3±2,37[4]	39,99±2[3,5]	50,93±2,16[4]
	Прав.половина		51,59±2,28[4]	40,14±1,92[3,5]	51,54±2,08[4]
	Общая		102,88±4,64[4]	78,87±4,05[3,5]	102,47±4,23[4]
4-й уровень	Общая		78,57±3,98	69,49±4,3[4]	82,5±4,71[5]
Углы, в градусах					
Подгрудинный			80,84±1,22	63,75±2,75	86,1±1,78
Эпиг.-подгрудинная разница			12,51±1,17	29,35±5,43	18,73±3,07
Индексы поперечных размеров					
3-й уровень	мезогастр. обл.		110,7±1,82[4,5]	102,75±0,69[3,5]	105,88±1,09[3,4]
Индексы живота					
Фаса			98,5±0,96[4]	94,91±1,1[3]	97,73±1,2
Общие показатели					
Объём живота, в л			20,01±0,59[4]	18,25±0,42[3,5]	19,47±0,34[4]

Примечание: М±м[3,4,5]- различия значимы (при $p<0,05$; 0,01; 0,001) в зависимости от типа утопления.

Далее нами проведено сравнение полученных результатов по позе повешенных и типах утопления с обстоятельствами дела, указанными в «Заключениях эксперта» и материалах дела. В «Заключениях эксперта» указано положение повесившегося мужчиныиз карт осмотра трупа, а также тип утопления, установленный судебно-медицинским экспертом, проводившим вскрытие. При сравнении результатов, полученных нами при исследовании 50 мужчин, погибших от странгуляционной механической асфиксии при повешении, в 47 случаях из 50 совпадения установлены, а при сравнении результатов, полученных нами при утоплении, в 20 из 22 случаев установлены совпадения.

Таким образом,нами установлена достоверность результатов лапарометрической методики исследования. В случаях, если не известны обстоятельства происшествия, не зная положение повесившегося при повешении и тип утопления, с помощью лапарометрического метода исследования можно определить положение тела при повешении и тип утопления. Эти данные могут быть использованы судебно-медицинскими экспертами при проведении сложных экспертиз, а также правоохранительными органами в случае необходимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Звягин, В.Н. Проблемный анализ медико–антропологической идентификации личности в судебной медицине / В.М. Звягин // Судебно–медицинская экспертиза. –

2003. – № 5. – С. 6–16.

2. Особенности телосложения трупов мужчин, повесившихся в разных положениях / Н.С. Горбунов, В.И. Чикун, Д.Н. Горбунов и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4.– С.107-115.
3. Лапарометрический портрет утонувших мужчин / Н.В. Хлуднева, Н.С. Горбунов, В.И. Чикун и др. // В мире научных открытий. – 2013. – 7.3. (43). – С. 110-114.
4. Методологический анализ проблемы давности смерти и перспективы ее дальнейшей разработки / П.И. Новиков, А.Ю. Власов, Е.Ф. Швед и др. // Судебно-медицинская экспертиза. - 2004. - Т. 47, № 3. – С. 9-11.
5. Молин, Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза повешения :моногр. / Ю.А. Молин. – СПб : НПО «Мир и семья – 95», 1996. – 336 с.
6. Мординов, Л.А. Смерть от повешения по данным судебно-медицинских вскрытий в г. Якутске / Л.А. Мординов, К.Г. Башарин // Актуальные вопросы судебной и экспертной практики. – Новосибирск, 2001. – С. 81–83.
7. Солохин, А.А. Руководство по судебно-медицинской экспертизе трупа / А.А. Солохин, Ю.А. Солохин. – М. : РМАПО, 1997. – С. 263.
8. Чикун, В.И. Посмертная изменчивость живота и передней брюшной стенки / В.И. Чикун, Н.С. Горбунов, П.А. Самотесов // Морфология. – № 4. – 2006. – С. 136.

УДК 94(48).083

«ГОРЬКИЙ ВКУС ПОБЕДЫ» - ПОЭТИЧЕСКАЯ ЛЕТОПИСЬ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Симакова А.О.,Козлякова В.Н

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

Кафедра латинского и иностранных языков

Научный руководитель: к.п.н., доц. Гаврилюк О.А.

Великая Отечественная война закончилась 70 лет назад. Но почему бьётся взволнованно сердце, почему переживаем и сострадаем, когда смотрим фильмы, слушаем рассказы, читаем книги?! Ведь это было не с нами, это было давно…

Исторические события Великой Отечественной войны, подвиг народа не оставляют равнодушными россиян и сегодня. Четыре военных года – грозных, страшных, где боль,

смерть, разруха. Четыре года лихолетья. Война в одночасье изменила жизнь каждого человека, жизнь стала напряженной, словно натянутая струна, сложной и отчаянно бескорыстной на фронте и в партизанских отрядах, у станков и на пашне. Все люди страны стали единым фронтом, чтобы защитить мир от фашистов, целью которых было покорение мира и превращение его в одну большую колонию. Гитлеровцы не останавливались ни перед чем, все средства были хороши – уничтожение мирного населения, покорение целых стран, создание лагерей смерти. Даже такие страны, как Америка, Англия, Франция, которые люто ненавидели Советский Союз, объединились с ним в борьбе против фашизма перед лицом смертельной угрозы порабощения всего мира.

Тяжелое испытание выпало на долю советских людей. Победа далась нашей стране нелегко. Наши прадеды смело шли в бой, не сгибаясь перед врагом, защищали Родину, родной дом, своих детей, и нас, ещё не родившихся потомков.

Этот путь к ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЕ отражен в поэтических произведениях. Поэты кратко и ярко выражают свои чувства, передают жизненную энергетику человека – его настроение, боль, жестокость, ненависть, презрение, любовь, счастье. Трагичные события военных лет разрывали их сердца, переполняли душу и вырывались наружу стихами, поэмами.

За все преступления мира,
Людские страданья и боль –
Рыдала волшебная лира,
В сердцах зажигая огонь. .

Суровые будни войны строчками стихов ложились на бумагу. Писали стихи на передовой в окопах, госпиталях, в тылу на заводах и в селах. Писали и после войны! Через творчество людей разных поколений: фронтовиков, детей войны, наших современников, мы узнаём, как жили соотечественники в те трудные и страшные годы, как дружили и помогали друг другу люди разных национальностей, какие испытывали чувства, как любили и горевали, что волновало людей, о чем мечтали. И при этом, каждая строчка стихотворений лучилась любовью к Родине, верой в победу, надеждой на мир!

Мы можем гордиться своими соотечественниками, их мужеством, их патриотизмом! Они не очерствели душой, пройдя через горькие годы войны.

Читая стихи, изучая творчество поэтов, мы более глубоко переживаем события Великой Отечественной войны, становимся их участниками. Вместе с героями мы идем в атаку, сидим у костра, глохнем от взрывов, радуемся победам! Сердце учащенно стучит и кричит: «Нельзя забыть тех, кто погиб и кто остался жив после этих испытаний!». Пока мы помним их – они живы! Мир хрупок, его надо беречь и помнить уроки истории. Нельзя допустить войну.

Война страшней любой стихии,
В ней гибнет столько сыновей.
Спросите люди у России,
Она расскажет вам о ней

Целью нашей работы стало: изучение и анализ поэтических текстов о Великой Отечественной войне литераторов разных поколений.

Мы поставили перед собой несколько задач:

1. Провести информационный поиск творчества поэтов разных времен, писавших стихи о Великой Отечественной войне.
2. Провести отбор произведений 70 поэтов в честь 70-летия Великой победы.
3. Создать электронную книгу стихов о Великой Отечественной войне.

В своей работе мы использовали следующие методы: изучение и анализ литературы, опрос, беседа, интервьюирование.

На первом этапе нами был проведен информационный поиск. Основными источниками получения информации были сайты, книги. Затем приступили к изучению и анализу полученной информации о поэтах-фронтовиках, поэтах послевоенного времени, провели отбор 70 произведений семидесяти поэтов. После чего приступили к составлению сборника стихов и оформлению страниц электронной книги.

В процессе работы мы изучили 21 веб-сайт, где размещалась информация о поэтах: их биография, стихи, фотографии; 15 литературных источников – поэтических сборников. Список найденных нами поэтов изначально включал 93 человека.

При формировании сборника мы распределили всех поэтов на несколько групп. Первая группа поэтов-фронтовиков Великой Отечественной войны насчитывает 44 человека. Во второй части электронной книги собраны произведения восьми поэтов, погибших на полях войны. Третья группа поэтов, которые трудились в тылу и осажденных городах, состояла из 11 человек. В четвертую группу вошли семь поэтов послевоенного времени – это дети войны, их внуки и правнуки.

В электронном сборнике стихов о каждом авторе должен быть должна быть представлена информация: фамилия, имя, отчество; годы жизни; биография; четверостишие; стихотворение.

Среди поэтов, стихи которых вошли в сборник, есть очень известные авторы, такие как Э. Асадов, Е. Агранович, Ю. Друнина, С. Наровчатов, М. Дудин, Б. Окуджава, Л. Ошанин, М. Светлов, А. Твардовский, К. Симонов, А. Сурков, А. Тарковский, В. Тушнова. И. Эринбург, А. Ахматова, М. Джалиль.

Поэт-фронтовик Эдуард Асадов на войне был танкистом, получив ранение, остался инвалидом – потерял зрение. Был очень благодарен докторам, которые спасли ему жизнь. Несмотря на эти трагичные события, он не озлобился, любил жизнь, ценил дружбу, оставался верным своим принципам. Его стихи наполнены добротой, оптимизмом и очень лиричны.

Россия начиналась не с меча,
Она с косы и плуга начиналась.
Не потому, что кровь не горяча,
А потому, что русского плеча
Ни разу в жизни злоба не касалась...

И вечно тем сильна моя страна,
Что никого нигде не унижала.
Ведь доброта сильнее, чем война,
Как бескорыстье действеннее жала.

Встает заря, светла и горяча.
И будет так вовеки нерушимо.
Россия начиналась не с меча,
И потому она непобедима!
Отрывок из стихотворения «Россия начиналась не с меча!»

Поэтесса военного времени Юлия Друнина ушла на фронт юной девушкой.

Я ушла из детства в грязную теплушку,
В эшелон пехоты, в санитарный взвод.
Дальние разрывы слушал и не слушал
Ко всему привыкший сорок первый год.
Я пришла из школы в блиндажи сырые,
От Прекрасной Дамы в «мать» и «перемать»,
Потому что имя ближе, чем «Россия»,
Не могла сыскать.

Всю войну Юлия Друнина спасала раненых. Из её стихов мы узнаем о тяжелой работе медицинских сестёр в госпиталях, о их гибели на поле боя. В строчках стихов поэтессы любовь, вера, надежда, отчаяние, боль утраты. преданность друзьям. Читая её стихи военного периода, нам открываются яркие образы медсестер – девочек, наших ровесниц, спасающих жизни солдат. Жизнь Юлии Друниной закончилась драматично. Она осталась предана своим фронтовым идеалам до конца своих дней.

Работая над проектом, познакомились с творчеством красноярских поэтов. Мы встретились с одним из них. Николай Павлович Скобло поделился с нами своими воспоминаниями о войне.

Белоруссия. 21 июня 1941 года. Юные минчане одного из детских садов уезжают на загородную дачу на летний отдых. Их провожают взволнованные родители, а дети радуются предстоящему отдыху. Если бы только они знали, что завтра – 22 июня 1941 года в 4 часа утра начнется война. Сколько испытаний выпадет на долю этих детей. На подводах,

машинах, поездах будут спасаться белорусские дети от фашистов. Долгой и трудной будет их дорога: они увидят гитлеровцев, услышат протяжный гул фашистских самолетов, переживут бомбежки, панику взрослых людей, смерть своих друзей. Голодные, усталые, перепуганные дети доберутся до России. Судьба подранков военных лет сложится по-разному. Николай Павлович остался в Сибири, полюбил эту землю, людей. 50 лет он верно служил Енисею, был капитаном пассажирского теплохода. Россия стала второй матерью. Но любовь к родной Белоруссии живет в его сердце. Его любимое увлечение – стихи. Он пишет о том, что пережил пятилетний мальчик, потерявший родителей, выживавший в суровые и страшные годы войны.

Я родился в далеком Полесье,
В небольшой белорусской семье,
И о ней вспоминается в рейсе
На суровой сибирской земле
В середине июня на север
Енисей гонит взломанный лёд,
И на солнце ромашковый веер
Снежной россыпью всюду цветет.
Здесь иные условия жизни,
Но такие же люди живут,
Красноярье – частицей Отчизны
Северяне любовно зовут.
Здесь мой дом, и семья, и работа;
По-сыновни свой край я люблю,
И немало душевной заботы
Отдаю своему кораблю.
Здесь такое же синее небо,
Как в далеком Полесье моем…
Мне виски запорошило снегом,
Детство мне опалило огнем.
Сорок первый ворвался грозою
На простор белорусских полей:
И меня ураганной волною
Унесло на седой Енисей.
Позади радость нашей Победы,
Волга – Брест,
Волга – Брест,
Волга – Брест…
Сколько вас, наши юные деды,
Полегло в эту землю окрест.
Что моя боль в сравнении с этой…
Скромной строчкою впишется в стих –
У меня на огромной планете
Никого не осталось в живых…
Мне сегодня взгрустнулось немного
Под напев енисейской волны.
С детских лет голубые дороги
Мне самою судьбою даны.
Сын Полесья остался в Сибири,

В Красноярске две дочки растут,
Белорусские дивные шири
В сердце девочек сказкой живут.
Пусть они никогда не познают
То, что нам довелось испытать,
И теплом их сердца согревает
Наша общая Родина-мать.

Стихи поэтов всех времен звучат как призыв к нам – молодым: необходимо беречь хрупкий мир на планете, который завоевали своей жизнью наши соотечественники 70 лет назад.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асадов, Э.А. Избранное. / Э.А. Асадов – Смоленск: Русич, 2000. – 624 с.
2. Дементьев, А.Д. Избранное. / А.Д. Дементьев– М.: Эксмо, 2007. – 432 с.
3. Друнина, Ю.В. За минуту до боя. / Ю.В.Друнина–М.: АСТ: Астрель 2010. – 352 с.
4. Гамзатов, Р.Г. Четки лет. / Р.Г. Гамзатов – М.: Молодая гвардия, 1973. – 480 с.
5. Островой, С. Г. О тебе… Новая книга лирика / С.Г. Островой – М.: Советский писатель, 1991. – 176 с.
6. Скобло, Н.П. Горький вкус победы. Скобло Н.П. – Красноярск. – «Красноярский писатель. – 2007 – 152 с.
7. Тушнова, В.М. Избранное / В.М. Тушнова –М.: Худож. лит., 1988. – 543 с.
8. Шестьдесят героических лет. Сборник стихов. – М.., Воениздат, 1978, - 607 с.

УДК 613. 65: 616. 7 – 084: 614. 253. 5

БЕЗОПАСНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

А.В.Синяк

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

Фармацевтический колледж

Научные руководители: преп. А.А.Черемисина, В.Г. Битковская

Общеизвестно, что определенным гарантом эффективной профессиональной деятельности является наличие безопасной рабочей среды. Безопасная больничная среда – это правильно сформированная среда, не причиняющая вреда всем участникам лечебного процесса.

Специалисты сестринского дела в силу особенностей своей профессиональной деятельности испытывают постоянное воздействие разных факторов физической, химической и биологической природы, а отдельные органы и системы, особенно опорно-двигательный аппарат, подвергаются функциональному перенапряжению. Им по роду своей деятельности приходится перемещать пациентов, передвигать оборудование, длительно находится в неудобной вынужденной профессиональной позе, травмирующей позвоночник. Здравоохранение как отрасль в последние годы получило мощные финансовые вливания именно для развития материально-технической базы. Не в малой мере это коснулось и сестринского персонала: сформирован фонд средств малой механизации, облегчающих труд медицинской сестры. Тем не менее, труд сестринского персонала требует больших физических усилий.

Заболевания позвоночника очень распространены в современном мире. На боль в спине и головную боль, связанную с остеохондрозом, жалуется каждый 3-4-й человек старше 30 лет. Среди медицинских работников остеохондроз чрезвычайно распространен.

По данным статистики, «боль в спине - эпидемия в здравоохранении». Одна из 4 медсестер регулярно испытывает боли в спине на работе и вынуждена брать больничный лист. Установлено, что только за одну смену медсестра поднимает более 600 кг. Отсюда – высокие темпы заболеваемости медиков. В настоящее время они в 2 раза выше, чем в других отраслях экономики.

Для предупреждения неблагоприятного воздействия производственных условий и поддержания безопасности в работе медсестра должна знать и уметь использовать важнейшие средства и приемы защиты, уменьшающие нагрузку на позвоночник и позволяющие сократить риск травм и повреждений.

В современно строящихся медицинских организациях рабочие места оборудованы с учетом характера производственных операций, позволяющих оптимизировать рабочий процесс и снизить физическую нагрузку на опорно - двигательный аппарат. Но есть такие медицинские организации, в которых нет рационально оборудованных рабочих мест. В основном, это давно построенные учреждения здравоохранения с низким уровнем финансирования. Другой стороной медали является личная ответственность медицинских работников за сохранение состояния своего здоровья: умение правильно использовать средства малой механизации, применять правила и приемы перемещения тяжелобольных

пациентов, использовать качественную обувь и т.д. Все это в совокупности поможет снизить нагрузку на мышцы и суставы и в конечном итоге предупредить заболевания опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования - изучение участия младшего и среднего медицинского персонала в безопасной организации рабочего процесса и профилактике заболеваний ОДА.

Задачи исследования:

- Оценить безопасность организации рабочего процесса;
- Оценить знания по вопросам перемещения пациентов и правилам эксплуатации средств малой механизации.
- Выявить связь между особенностями работы и наличием жалоб младшего и среднего медицинского персонала на физический дискомфорт во время рабочего процесса и формированием профессиональных заболеваний ОДА.
- Предложить комплекс производственной гимнастики, направленный на снятие мышечной усталости в течение рабочего дня.

Объект исследования: младший и средний медицинский персонал, осуществляющий медицинский уход за больными.

Предмет исследования: участие младшего и среднего медицинского персонала в безопасной организации рабочего процесса и профилактике заболеваний ОДА.

Методы и средства исследования: анкетирование, статистические методы.

В исследовании приняли участие 100 младших и средних медицинских работников. Из них 84 женщины и 16 мужчин. Средних медицинских работников – 66, из них 10 медицинских братьев; младших медицинских работников 34, из них – 6 мужчины. Возрастной состав медицинских работников, участвующих в исследовании от 18 до 55 лет, по стажу от 3-х месяцев до 35 лет. В исследовании принимали участие младший и средний медицинский персонал из разных отделений медицинских организаций стационарного типа г. Красноярска: ОНМК – 20 человек; Реанимация – 6, Хирургия – 9, отделения родильного дома - 21, Нейрохирургия – 24, Оториноларингология – 7, Стоматология - 3, Челюстно-лицевая хирургия – 5, Приемный покой – 1, Ожоговое – 1, Кардиология – 1, Ортопедия – 1, Колопроктология – 1.

В ходе анкетирования медицинского персонала мы выявили, что все отделения медицинских организаций, в которых мы проводили исследование, оборудованы специальными приспособлениями для безопасной транспортировки и перемещения тяжелобольных пациентов и практически все специалисты – 95% пользуются средствами

малой механизации для облегчения труда при перемещении пациентов. Исключение составили специалисты - 5% отделения челюстно-лицевой хирургии, скорее всего это связано со спецификой работы отделения.

Перемещение тяжелобольных пациентов требует специальных знаний и умений и по результатам нашего опроса все специалисты считают себя компетентными в этой области. Но следует отметить тот факт, что 11% исследуемых не всегда компетентно подходят к выполнению функциональных обязанностей (младший и средний медицинский персонал отделений ОНМК, нейрохирургии), что мы считаем, является не допустимым, так как может привести к ухудшению состояния пациентов (рисунок 1).

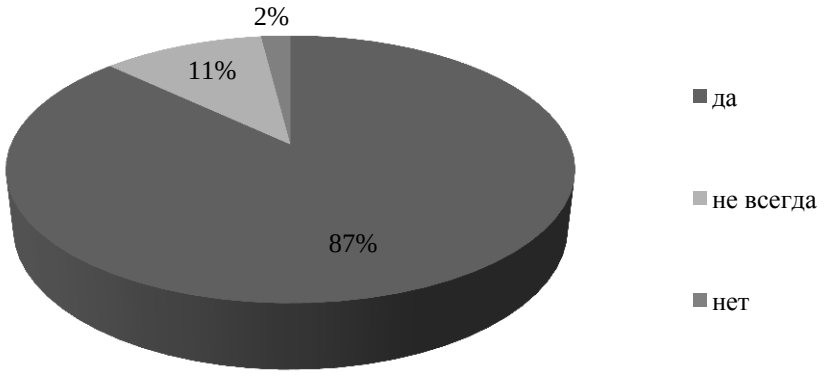


Рисунок 1 – Использованиеправил перемещения тяжелобольных пациентов в работе

Статистика показывает, что большое количество медицинских сестер испытывает боли в спине в процессе работы. Подтвердили этот факт 88% опрошенных, а 65% из них связали его с особенностями работы (работники отделений роддома и нейрохирургии, со стажем работы от 7 до 35 лет). Еще одна группа исследуемых – 12% (младший медперсонал возраст от 18 до 22 лет, стаж работы от 3месяцев до 5 лет) не жалуются на усталость и ощущение физического дискомфорта в течение рабочего дня (рисунок 2).

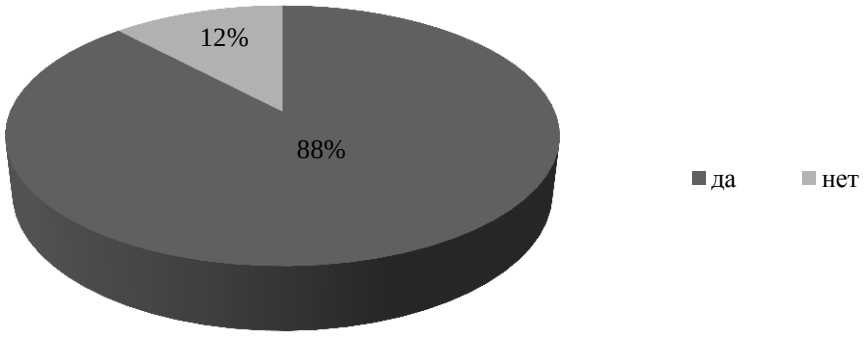


Рисунок 2 – Жалобы группы исследуемых на ощущение физического дискомфорта во время рабочей смены

Поделились с нами информацией о том, что у них выставлен врачебный диагноз, связанный с заболеванием ОДА 41% опрошенных (рисунок 3). И большая часть из них – 93% связывают свое заболевание с особенностями работы (младший и средний медицинский персонал в возрасте от 25 до 55 лет, стаж работы от 5 до 35 лет, рисунок 4).

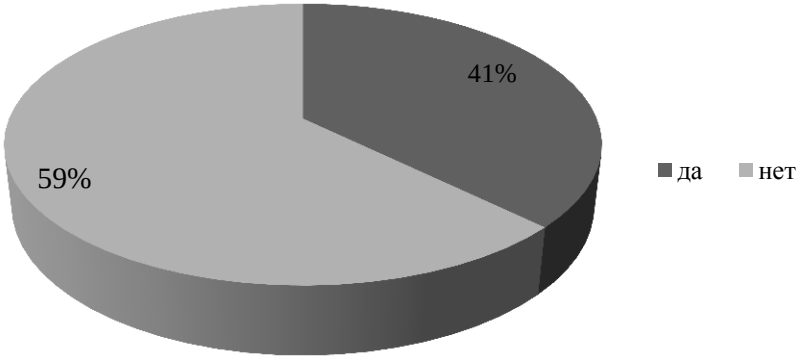


Рисунок 3 – Наличие диагноза, связанного с заболеванием ОДА.

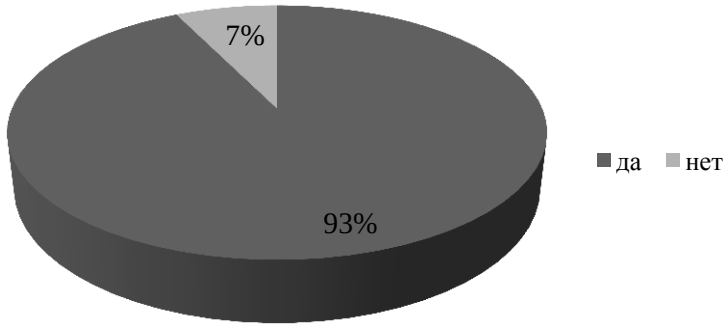


Рисунок 4 – Связь жалоб исследуемых с условиями работы.

Большинство наших исследуемых – 88% согласны с тем, что в отделении необходимо проводить практические занятия по правилам перемещения пациентов и эксплуатации средств малой механизации с целью актуализации знаний и умений, а также они согласны с тем, что такие занятия являются важным звеном в профилактике заболеваний ОДА.

В заключение нашего исследования мы спросили респондентов: готовы ли они выполнять комплекс производственной гимнастики в течение рабочего дня, который поможет им снять мышечное напряжение и усталость и большинство из них (79%) ответили утвердительно. Остальная часть исследуемых поставила под сомнение тот факт, что комплекс производственной гимнастики может повлиять на физическое состояние (младший и средний медицинский персонал со стажем работы до 1 года, либо, стаж работы которых от 10 лет и выше).

Выводы:

- Рабочий процесс младшего и среднего медицинского персонала организован в соответствии с требованиями техники безопасности.
- Младший и средний медицинский персонал компетентен в вопросах перемещения пациентов и правилах эксплуатации средств малой механизации.
- 88% опрошенных испытывают физический дискомфорт (тяжесть в ногах, боль в спине, ногах, и др.) в процессе работы.
- 41% опрошенных связывают наличие заболевания ОДА с условиями работы.
- 88% опрошенных считают, что практические занятия по правилам перемещения пациентов и эксплуатации средств малой механизации являются важным звеном в профилактике заболеваний ОДА.
- 79% респондентов выразили желание выполнять комплекс производственной гимнастики для снятия мышечного напряжения и усталости.

Рекомендации:

- Использовать правила перемещения тяжелобольных пациентов всем специалистам.
- Разработать план учебных занятий по технике перемещения больных и правилам эксплуатации современных средств малой механизации.
- Проводить учебные занятия по технике перемещения больных и правилам эксплуатации современных средств малой механизации.
- Обучить специалистов комплексу производственной гимнастики.
- Выполнять комплекс производственной гимнастики индивидуально или коллективно в течение рабочей смены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций: учебное пособие / Широкова Н.В. и др. 2013. - 160 с.
2. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" : учеб.пос. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 512 с. : ил.
3. Шепелева А.А. Медицинская эргономика и безопасное перемещение пациента. М., 2009.

УДК 159.922

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ АБИТУРИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ю.М. Смирнова
Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: ст. преп. Ю.В. Живаева

Выбор профессии - это не одномерный акт, а процесс, состоящий из ряда этапов, продолжительность которых зависит от внешних условий и индивидуальных особенностей субъекта выбора профессии. В психологической литературе нет единого взгляда на то, как формируется выбор профессии, и какие факторы влияют на этот процесс. По этому вопросу существует ряд точек зрения, в защиту каждой из которых приводятся убедительные аргументы. Несомненно, это объясняется сложностью процесса профессионального самоопределения и двухсторонностью самой ситуации выбора профессии.

Актуальность выбранной нами темы заключается в том, что при поступлении в ВУЗ не учитывается тот комплекс психологических феноменов, который определяет успешность обучения, формирование устойчивой профессиональной направленности каждого студента. Необходим индивидуальный подход, а так же максимальное использование всего арсенала профориентационных возможностей образовательного процесса, создание и внедрение инновационных технологий, ориентированных не только на повышение уровня знаний студентов, но и на развитие профессионального самоопределения, т. е. деятельностно-смыслового единства у будущих специалистов.

Поскольку одним из основных направлений деятельности Красноярского Медицинского Университета является подготовка медицинских работников, целью настоящей работы явилось исследование профессиональной направленности личности будущих студентов лечебного факультета на соответствие своих ресурсов выбранной профессии.

В понятии профессиональная направленность можно выделить отдельные стороны, выражающие ее содержательную и динамическую характеристики [1]. К первой относят полноту и уровень направленности, ко второй - ее интенсивность, длительность и устойчивость.

Обычно мотивы, лежащие в основе профессиональной направленности, неоднородны по происхождению, характеру связи с профессией. В этом плане правомерно выделение, во-первых, группы мотивов, выражающих потребность в том, что составляет основное содержание профессии. Другая группа мотивов связана с отражением некоторых особенностей профессии в общественном сознании (мотивы престижа, общественной значимости профессии) [2].

В основе психологического портрета врача лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находится вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В работе врача, которая отличается длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии. Другая важная психологическая характеристика, составляющая психологический портрет врача, — эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной

эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больным избегать «психологических» срывов, конфликтов [3]. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывает у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. Больные, с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача [4].

Настоящая работа посвящена исследованию профессиональной направленности личности будущих студентов лечебного факультета, на соответствие своих ресурсов выбранной профессии.

Цель исследования: изучение характеристик профессиональной направленности слушателей малой медицинской академии (ММА) Красноярского государственного медицинского университета (КрасГМУ) им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Материалы и методы: исследование проходило на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого с группой школьников, являющихся слушателями ММА. Для проведения исследования нами были выбраны методики, направленные на личностную профориентацию: методика экспресс-оценки профессиональных возможностей личности "Шесть Рек" (данный экспресс-метод позволяет профконсультанту максимально быстро оценить некоторые характерологические особенности клиента, методика может использоваться для получения информации о личностных особенностях взрослого населения); анкета «Ориентация» и «Анкета профессиональной направленности». Исследование самоактуализационного потенциала было проведено по методике САТ. С целью изучения проявления мотивации достижения нами была использована методика «Тест мотивации достижения» А. Мехрабиана в модификации М. Ш. Магомед-Эминова. Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского, позволяющий оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных ее элементов в соответствии с требованиями изменения ситуации. Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л.Ханина (тест на тревожность Спилбергера Ханина), определяющий уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность) [5].

В ходе исследования профессиональной направленности получились следующие результаты: По методике «Анкета профессиональной направленности» нами выявлено, что для 50% исследуемых характерен «Социальный тип личности», ориентированный на

общение с людьми, установление контактов с окружающими, стремление учить, воспитывать. Для 25% исследуемых характерен «Артистический тип личности», ориентированный на эмоции и чувства, самовыражение, творческие занятия. Выявлено 25% исследуемых, для которых характерен «Реалистичный тип личности», ориентированный на профессии, связанные с техникой, сельским хозяйством, военным делом.

По методике Анкета «Ориентация» выявлено, что для 75% исследуемых характерна сфера работы с людьми. Сфера работы с людьми – «человек-человек». Для 25% исследуемых характерны следующие сферы деятельности: профессии типа «человек – техника» - это профессии, где труд работников направлен на технические объекты (машины, механизмы, материалы, виды энергии).

По методике экспресс-оценки профессиональных возможностей личности "Шесть Рек" выявлены рекомендуемые типы профессий "человек", "художественный образ", – у 75% слушателей ММА и «человек», «знаковая система» - у 25% исследуемых.

Все исследуемые отнесены к представителям типа «человек», «человек-техника», «человек – знаковая система», «человек – природа». Представители данного типа характера обычно находятся в приподнятом настроении, оптимистически относятся к своему будущему, часто переоценивают свои возможности, имеют большое количество планов, широкие интересы, легко увлекаются новым и легко отвлекаются от ставшего уже привычным. Стремятся к активной деятельности и переменам. Испытывают стресс в ситуациях однообразия, ограничения свободы, принуждения, запретов. Реагируют на стресс вытеснением из сознания источников тревоги, игнорированием препятствий, стремлением не замечать затруднений и отрицательных сигналов, свидетельствующих о неблагополучии. Часто испытывают чувства радости. Могут восприниматься окружающими как веселые, разговорчивые, беззаботные и беспечные. Могут испытывать затруднения при систематичном, планомерном и последовательном поведении, направленном на достижение цели. Способны постоянно действовать, легко приспосабливается к быстро меняющимся условиям, поддерживать контакты с широким кругом людей. Рекомендуемые типы профессий «человек», «человек-техника», «человек – знаковая система», «человек – природа» [6].

В ходе исследования личностных характеристик выявлены индивидуальные различия в показателях самоактуализационного потенциала, ригидности, мотивации достижения и параметрах тревожности. На основании результатов можно сделать вывод, что все исследуемые характеризуются средними и высокими показателями изучаемых личностных характеристик, низких показателей не выявлено.

Формировать мотивацию достижения успеха, направленность на достижение конструктивных, положительных результатов. Ставить перед собой положительную цель, достижение которой вполне можно расценивать, как успех. Быть в своем деле среди лучших или, во всяком случае, настолько хорошим, насколько можно. Иметь уверенность в успешном исходе задуманного, иметь решительность в неопределенных ситуациях, склонность к разумному риску, готовность взять на себя ответственность

На основании полученных показателей исследования мы имеем возможность сделать вывод о наличии у исследуемых низких и умеренных баллов по методике ТОР. Рекомендуется формирование способности отказываться от несоответствующих ситуации или задаче средств деятельности, приемов мышления, способов поведения и вырабатывать или принимать новые, оригинальные подходы к разрешению проблемной ситуации при неизменных целях и идейно-нравственных основаниях деятельности.

Корректировать ситуативную тревожность (СТ) которая возникает как реакция на стрессоры, чаще всего социально-психологического плана (ожидание агрессивной реакции, угроза самоуважению и т.д.). Работать над коррекцией личностной тревожности (ЛТ) которая дает представление о подверженности личности воздействию тех или иных стрессоров по причине своих индивидуальных особенностей. Исследуемым рекомендуется работа над повышением адекватности качества самооценки и снижения личностной тревожности.

Вывод: Каждому типу личности соответствует определенный тип профессий. В том случае, если человек выбирает профессию, соответствующую типу его личности, то он может достичь в ней наибольших успехов и получить наибольшее удовлетворение от работы. Таким образом, данные полученные в результате исследования свидетельствуют о том, что больший процент школьников, которые посещают курсы ММА, обладают такими качествами, которые соответствуют психологическим и моральным принципам людей выбирающих медицинскую профессию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванчик, Т.Ф. К вопросу о формировании значимой направленности личности/ Т.Ф. Иванчик // Актуальные проблемы социальной психологии: Кострома, 1986. – с. 46 – 48

2. Кулагин, Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. / Б.В. Кулагин – Л.: Медицина, 1984.

3. Соломин, И.Л. Профориентация и психологическая поддержка – новые возможности занятости. Сборник докладов Межрегиональной научно-практической конференции. / И.Л. Соломин – М.: Триада, 1999.

4. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. / Н.П.Фетискин, В.В.Козлов, Г.М. Мануйлов – М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. - 490 с.

5. Шавир, П.А. Психология профессионального самоопределения в ранней юности. / П.А. Шавир – М., 1981. – 95 с.

6. Юпитов, А.В. Проблематика и особенности психологического консультирования в ВУЗе. / А.В. Юпитов // Вопр. психол. - 1995. - № 4. - С. 50-56.

УДК 159. 922.1:316.356.2

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ СЕМЬИ КАК ЯЧЕЙКИ ОБЩЕСТВА

Ю.М. Смирнова

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: к.фил.н., доц., Н.А. Бурмакина

В современной психологии актуальны исследования, которые определяют влияние темперамента на формирование дружбы в парах, совместную деятельность и брак. Возникает вопрос, а как на формирование семейных отношений влияет тип психологического пола?

Не секрет для психологов, что крепкие дружеские и, особенно, любовные связи образуются у людей, имеющих противоположные (асимметричные) типы темпераментов (типа сангвиник – меланхолик, холерик – флегматик) по типу взаимодополнения (симметрии). Можно предположить, что это распространяется не только на темперамент, но и на другие характеристики личности, например на тип психологического пола: маскулинность, фемининность или андрогинность личности.

По нашему наблюдению, выявляются семейные пары, образующие симметрию (взаимодополнение и взаимообогащение) из асимметричных гендерных особенностей личности.

В дифференциальной психологии функциональную асимметрию рассматривают как принцип прогрессирующего развития. Наряду с принципом симметрии в строении мира рядом существует и принцип асимметрии. В неорганическом мире имеются право- и

левовращающиеся формы кристаллов. В органическом мире аминокислоты, антибиотики тоже имеют асимметричное строение. Начиная с моллюсков, асимметричное функционирование найдено на всех ступенях развития животного мира. Птицы стоят преимущественно на одной лапке, роют землю тоже преимущественно одной и т.д. Но у животных, в отличие от человека, нет явного предпочтения одной конечности над другой, как это имеет место у человека. Ассиметричное состояние любого вещества термодинамически неустойчиво, в состоянии же рацемата (симметрии) свободная энергия минимальна. Следовательно, асимметрическое состояние обеспечивает большую свободную энергию, необходимую для жизни. В результате этого, все основные физиологические процессы должны протекать в асимметричной протоплазме быстрее, чем в симметричной. В процессе эволюции с усложнением организмов это имело первостепенное значение, так как большая скорость биохимических, физиологических и психических процессов обеспечивала более быстрое приспособление живых систем к окружающей среде.

В чем же выгода от наличия функциональной асимметрии? Принцип ускоренного развития, адаптации при наличии устойчивой функциональной асимметрии касается и высокоорганизованных живых существ, в том числе и человека. Касается не только его физиологии, но и психики и, самое главное, его душевных, человеческих качеств. Поэтому асимметричные личности (с выраженными гендерными особенностями), имеющие много свободной энергии, стремятся образовывать симметричные гармоничные пары [2].

Для начала разграничим понятия «пол» и «гендер». Биологический пол – это природный признак человека. Понятие «гендер» обьясняет не природную детерминированность, а полоролевое разделение труда, различные требования и неодинаковое отношение общества к мужчинам и женщинам, разную общественную ценность в зависимости от их пола. Следует отметить. Что эти два понятия связаны между собой. Гендер возник в результате социокультурного наполнения половых различий и включает конкретные символы «должного» мужского и «должного» женского. Это определенный тип ментальности и тип социального поведения, которые не могут рассматриваться без соотнесения их с биологическим полом [1].

Каждый человек является обладателем множества психологических черт характера. Некоторые черты являются как бы «бесполыми», универсальными, а некоторые черты традиционно связываются с типичномужской или типично женской психологией. Некоторые типичные мужскиеили женские черты имеют свои эволюционно-генетические и физиологические основания, предпосылки. Например, уровень агрессивности и доминантности (рассматриваемые как типично мужские черты), как оказалось, коррелирует с уровнем концентрации у индивидов мужских половых гормонов – андрогенов. Другие черты

формируются в процессе социализации, воспитания и развития личности. Не случайно же существуют социальные стереотипы маскулинности и феминности.

Хотя дело по преимуществу обстоит все-таки так, что приобретение тех или иных типично мужских или типично женских психологических чертпроисходит в результате совместного влияния обеих групп факторов –биологического и социального порядка. В этом контексте психологический пол радикально отличается от пола биологического.

К типично мужским чертам традиционно относятся такие, как независимость, напористость, доминантность, агрессивность, склонностьк риску, самостоятельность, уверенность в себе и др.

К типично женским чертам традиционно относятся такие, как уступчивость, мягкость, чувствительность, застенчивость, нежность, сердечность, способность к сочувствию, сопереживанию и др. Социальные стереотипы феминнности меньше касаются волевых сторон личности и успешности деловой карьеры, но при этом уделяют значительное внимание эмоциональным аспектам.

В соответствии с существующими представлениями индивид не обязательно является носителем четко выраженной психологической маскулинности или феминности. В личности могут быть на паритетных началах представлены существенные черты как маскулинного, так и феминного типов. При этом предполагается, что у андрогина эти черты представлены гармонично и взаимодополняемо. Считается, что такая гармоничная интеграция маскулинных и феминных черт повышает адаптивные возможности андрогинного типа. При этом большая мягкость, устойчивость в социальных контактах и отсутствие резко выраженных доминантно-агрессивных тенденций в общении никак не связаны со снижением уверенности в себе, а напротив – проявляются на фоне сохранения высокого самоуважения, уверенности в себе и самопринятия [3].

Интересным является изучение взаимосвязи типа психологического пола с формированием семейных отношений в современном мире. Не секрет, что между взаимоотношениями между супругами есть определенная закономерность, выливающаяся или в долгие годы совместной жизни или наоборот в быстрое завершение семейной истории.

Возникает мысль, что должна существовать определенная взаимосвязь между супругами по такой фундаментальной психологической характеристике как тип психологического пола человека.

Нами выдвигается гипотеза, что влюбленные пары стремятся образовываться по взаимодополнению личностных характеристик, имеющих половую окраску. Иными словами, фемининные типы личности должны тяготеть больше к маскулинным, а маскулинные к фемининным. Кроме того, необходимо добавить, что мы различаем андрогинов по степени

их приближенности к какому-либо полюсу – андрогин в сторону фемининности или андрогин в сторону маскулинности. Поэтому предполагаем, что и здесь тенденция остается той же – андрогин в сторону маскулинности будет тяготеть к андрогину в сторону фемининности и наоборот.

Целью нашего исследования было изучение влияния типа психологического пола: маскулинности, феминности и андрогинности на формирование семейных отношений в обществе.

Исследование проводилось среди жителей г. Красноярска и жителей г. Железногорска-Илимского Иркутской области. Экспериментальная группа состояла из 30 супружеских пар, в возрасте от 25 до 56 лет, проживших в браке от 2 до 35 лет.

Для выявления степени маскулинности, феминности и андрогинности личности была использована методика Сандры Бэм. Результаты исследования показали, что 70% супружеских пар имеют противоположно-сочетанный тип психологического пола, а остальные 30% исследуемых пар имеют похожие или одинаковые показатели психологического пола. Необходимо уточнить, что андрогиния, которая может быть как в сторону феминности, так и маскулинности, в парах чаще дополняет друг друга – «андрогин в сторону феминности» предпочитал создание семейной пары с «андрогином в сторону маскулинности».

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что больший процент мужчин и женщин выбирают себе супругу или супруга противоположного типа психологического пола, чтобы дополняя друг друга, расширять свое видение мира и свои способности к саморазвитию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. / Е.П. Ильин – СПб.: Питер, 2003.– 544с.

2. Козлов, В.В. Гендерная психология. / В.В.Козлов, Н.А. Шухова – СПб.:Речь, 2010. – 16с.

3. Нартова-Бочавер, С.К. Дифференциальная психология. / С.К. Нартова-Бочавер – М.: Флинта; МПСИ, 2008г.

УДК 159. 923.3-052:616-006-08:615.849

ИЗУЧЕНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО

ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ИМЕНИ А.И. КРЫЖАНОВСКОГО

Ю.М. Смирнова
Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: преп. Н.В. Попенко

Еще во втором веке нашей эры Гален подчеркивает роль типологических особенностей характера в возникновении рака. Он отмечает, что женщины-меланхолики чаще болеют раком, чем женщины-сангвиники. Русские врачи в 17 веке считали, что «дальняя причина рака есть долгая печаль». В 1783 г. Барроуз говорил о причинах этой болезни словами, очень напоминающими описание хронического стресса «…неприятные переживания души, долгие годы, терзающие пациента».

По статистике зарубежных ученых у большинства больных онкологией наблюдаются признаки личностной незрелости и инфантильности жизненной позиции. Зачастую это влечет за собой нарушения в психологической и социальной адаптации. Психологические факторы могут играть существенную роль в возникновении и течении злокачественного процесса. Современные исследования подтверждают, что онкологические пациенты имеют сходный личностный профиль [1].

Цель исследования– изучить акцентуации характера пациентов онко-центра, в сравнении со здоровыми людьми.

Для изучения вопроса о характерологических личностных особенностях нами было проведено исследование больных радиологического отделения Красноярского краевого клинического онкологического диспансера имени А.И. Крыжановского. В исследовании приняли участие 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 45 до 68 лет. Так же, нами была выбрана группа людей, сотрудников Крас ГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, состоящая из 20 человек (9 мужчин и 11 женщин) 40- 68 лет у которых отсутствовало данное заболевание.

В работе использовался разработанный в клинике К. Леонгардом опросник для выявления «акцентуированных личностей» (Шмишек, 1970). Термин «акцентуированные личности» занял место между психопатией и нормой. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических, но в случае воздействия неблагоприятных

факторов акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности [2].

У каждого испытуемого определялся уровень акцентуации по десяти выделяемым Леонгардом возможным типам. Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожный, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Выявлено, что и у группы больных и у группы здоровых людей наблюдаются акцентуации сочетанного типа по нескольким признакам. Исследование показало, что при сравнении, у группы здоровых мужчин и женщин выявлено преобладание таких типов акцентуаций, как гипертимность (70%), возбудимость (45%) и демонстративность (75%), в то время, как у пациентов онкологического центра наблюдается повышенный уровень застревания (45%), дистимичности (50%) и педантичности (50%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов онкоцентра преобладают типы акцентуаций: застревающий, педантичный и дистимичный. Результаты здоровых женщин и мужчин указывают на преобладание нижеследующих типов акцентуаций: гипертимный, демонстративный и возбудимый.

Таким образом, больные женщины и мужчины обладают преимущественно такими качествами личности, как заторможенность, подчёркивание этических сторон, переживания и опасения. Присутствует ориентированность на неудачи; нерешительность, совестливость, подозрительность, обидчивость и т.д. Группе здоровых женщин и мужчин присущи такие качества, как желание деятельности, погоня за переживаниями, оптимизм, ориентированность на удачи; самоуверенность, тщеславие. Ориентированность на собственное «Я» как на эталон; вспыльчивость, ориентированность на инстинкты и т.п.

Наше исследование подтверждает, что онкологические заболевания у мужчин и женщин могут развиваться с учетом их характерологических особенностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малкина-Пых,И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. / И.Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992с.

2. Методика изучения акцентуаций личности К.Леонгарда (модификация С.Шмишека) / Практикум по психодиагностике личности. / Под ред. Н.К.Ракович. – Минск, 2002.

УДК 17. 021.2:37.047

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ МАЛОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ

Ю.М. Смирнова

Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В. Живаева

Профессия врача - одна из важнейших в современном мире. От его усилий зависит будущее всего человечества. Профессиональный врач - это человек, который большую часть своего времени проводит со своими пациентами, иногда даже жертвуя личной жизнью. Специалистом такого профиля может быть не каждый. Это действительно призвание. Эта профессия подходит тем, кто искренне хочет помогать людям, кто умеет сопереживать, тем, кто работоспособен. Если все эти качества соединены в одном человеке, то у него есть шанс стать настоящим врачом с большой буквы. Следует представлять себе, что профессионально важные качества человека, определяющие успешность деятельности, включают в себя, в первую очередь, здоровье, во вторую — квалификацию, и только в третью очередь, психологические особенности, которые состоят из мотивации и способностей личности [2].

Настоящая работа посвящена исследованию профессиональной направленности личности будущих студентов лечебного факультета, на соответствие своих ресурсов выбранной профессии.

Цель исследования– изучение характеристик профессиональной направленности слушателей малой медицинской академии (ММА) Красноярского государственного медицинского университета (КрасГМУ) им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Исследование проходило на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого с группой школьников, являющихся слушателями ММА. Для проведения исследования нами были выбраны методики, направленные на личностную профориентацию: методика экспресс-оценки профессиональных возможностей личности "Шесть Рек" (данный экспресс-метод позволяет профконсультанту максимально быстро оценить некоторые характерологические особенности клиента, методика может использоваться для получения информации о личностных особенностях взрослого населения) [1]; анкета «Ориентация» и «Анкета профессиональной направленности»[3].

Результаты исследования: выявлено, что для 50% исследуемых характерен «Социальный тип личности», ориентированный на общение с людьми, установление контактов с окружающими, стремление учить, воспитывать. Для 25% исследуемых характерен «Артистический тип личности», ориентированный на эмоции и чувства, самовыражение, творческие занятия.

Выявлено 25% исследуемых, для которых характерен «Реалистичный тип личности», ориентированный на профессии, связанные с техникой, сельским хозяйством, военным делом.

По методике Анкета «Ориентация» выявлено, что для 75% исследуемых характерна сфера работы с людьми. Сфера работы с людьми – «человек-человек». Для 25% исследуемых характерны следующие сферы деятельности: профессии типа «человек – техника» - это профессии, где труд работников направлен на технические объекты (машины, механизмы, материалы, виды энергии).

По методике экспресс-оценки профессиональных возможностей личности "Шесть Рек" выявлены рекомендуемые типы профессий "человек", "художественный образ", – у 75% слушателей ММА и «человек», «знаковая система» - у 25% исследуемых.

Вывод: Каждому типу личности соответствует определенный тип профессий. В том случае, если человек выбирает профессию, соответствующую типу его личности, то он может достичь в ней наибольших успехов и получить наибольшее удовлетворение от работы. Таким образом, данные полученные в результате исследования свидетельствуют о том, что больший процент школьников, которые посещают курсы ММА, обладают такими качествами, которые необходимы для того, чтобы стать врачом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пряжников, Н.С. Профессиональное и личностное самоопределение. / Н.С. Пряжников – М.: Воронеж, Модэк, 1996, 256 с.

2. Романова, Е.С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы. 2 издание. /Е.С. Романова – СПб: Питер, 2003, 464 с.

3. Соломин, И.Л. Профориентация и психологическая поддержка – новые возможности занятости. Сборник докладов Межрегиональной научно-практической конференции. / И.Л. Соломин – М.: Триада, 1999.

УДК 614.2:331.106.2:347.440.2

ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА, КАК ОСНОВНОГО ИНСТРУМЕНТА СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КГАУЗ «НАЗАРОВСКАЯ ГСП»

Н.С. Смолин, К.В. Мазурова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра экономики и менеджмента
Научный руководитель: доц.Е.Г. Мягкова

Здравоохранение - точка пересечения интересов каждого. Каждый гражданин и государство заинтересованы в том, чтобы граждане болели меньше, а жили дольше, чтобы рождались здоровые дети и происходила смена поколений. На практикеудовлетворенность 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 базаи 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 специалистыотсутствуют.

В 2012 году в бюджетном послании Президента Российской Федерации В.В. Путинабыл дан старт практическомувнедрению новой системы оплаты труда в значимых для сферах общества, одна из которых – здравоохранение.

Наряду с новой системой оплаты трудаминистерством здравоохранения РФ с 2014 года осуществлен переход к так называемому «эффективному контракту», задача которого состоит в четком определении условий оплаты труда и социальныхгарантий 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 персоналаи конкретизации трудовой функции ожидается прекращение оттокамедицинских кадров в частный сектор экономики, повышение заинтересованности в

труде и оптимизация штатов.Следствием чего, станет рост качестваи 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, какзаместитель 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.

Проблема исследования предопределила цель – рассмотреть экономическую эффективность от внедрения эффективного контракта в КГАУЗ «Назаровская ГСП».

Для достижения поставленной цели решены следующие задачи:

- рассмотреныотличия между трудовым договором и эффективным контрактом;

- рассмотрен порядок перехода на эффективный контракт в КГАУЗ «Назаровская НСП»;

- определены показатели экономической эффективности КГАУЗ «Назаровской ГСП»;

- проведена оценка экономической эффективности от внедрения эффективного контракта.

Для решения поставленных задач использовалисьследующие 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 характераописаны непосредственно в эффективном контракте с работником;

- зависимость стимулирующих выплат от результатов труда и качества оказываемых услугустанавливается 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 руководствоисходило из необходимого качества работы учреждения, которое выразилось в виде требований к должностным обязанностям, к качеству работы и к квалификации работников.На основе анализа определеныпоказатели и критерии оценки эффективности деятельности, которые включаются в трудовой договор работника.

Следующим этапом перехода на эффективный контракт сталоизменение определенных сторонами условий трудового договорав соответствии с трудовым законодательством РФ.

Необходимым завершающим этапом является оценка результатов внедрения эффективного контракта.

Прежде всего, трудовой договор стал подробнее и облегчил управленческую работу,позволилточно 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 работникаминимизированы 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

1. Акопов, В.И. Право в медицине. / В.И.Акопов, Е.Н. Маслов – М.: Книга-сервис, 2002. – С. 127.
2. Большая медицинская энциклопедия. – Т. 4. – М., 1976. – С. 442.
3. Бюджетное послание Президента РФ Федеральному собранию от 28.06.2012 "О бюджетной политике в 2013 - 2015 годах"
4. Гусев, М.Г. Медицинские кадры в системе здравоохранения / М.Г. Гусев // Руководитель бюджетной организации. 2014. N 1. С. 38 - 45
5. Зайцева, Г.Г. Показатели эффективности: что применяется на практике? / Г.Г. Зайцева // Руководитель автономного учреждения. – 2014. – N 4. – С. 17-23.
6. 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
7. Смолева, М.Е. Показатели эффективности: откуда списать? / М.Е. Смолева // Руководитель автономного учреждения. – 2014. – N 9.– С. 17-25.
8. Стукалин, В.Б. К вопросу об ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи и медицинских услуг. / В.Б. Стукалин // Общество и право. – 2008. – №2.
9. Сувернева, А.И. Эффективный контракт как инструмент повышения качества работы и заработной платы / А.И. Сувернева // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2013. N 9. С. 15 - 23.
10. Катценбах, Д. Командный подход: Создание высокоэффективной организации = TheWisdomofTeams. / Д. Катценбах, Д. Смит – М.: Альпина Паблишер, 2013.

УДК 611:57.082.145-036.8

ТЕХНИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИЛИКОНОВЫХ ГЕРМЕТИКОВ

П.М. Соболев, С.М. Кауниетис

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра анатомии и гистологии человека
Научный руководитель: к.м.н., доц. В.П. Ефремова

Изучение анатомии человека для студентов должно быть как можно более наглядным. Не стоит ограничиваться изучением рисунков и схем, которые представлены для нас в атласах. Необходимо четко знать и понимать, как устроен организм человека на самом деле, в этом нам и помогают анатомические препараты. С их помощью можно подробно изучить строение всего организма. Анатомические препараты должны быть наглядными, демонстрировать все анатомо-функциональные особенности и сохраняться в течение длительного времени. Поэтому для изготовления препаратов необходимо подобрать ту или иную методику.

Методик изготовления препаратов на сегодняшний день существует довольно много. Например, метод простого препарирования заключается в удалении ненужных тканей и погружения органа в фиксирующий раствор. Метод пластинации заключается в замещении тканевой жидкости на какой либо полимер. Также для сохранения органа подходит метод его высушивания. Метод с использованием наливочных масс подходит для приготовления препаратов сердечно-сосудистой системы, также этот метод применим для сохранения объема органа и изготовления коррозионных препаратов.

Перед изготовлением анатомических препаратов с использованием наливочных массвстает задача о правильном выборе используемого материала. Для достижения необходимого результата нужно понимать, что материал для наливки должен соответствовать определенным требованиям: хорошо проникать в полости, коагулироваться, поддаваться действием красителей, быть устойчивым к фиксирующим растворам или кислотам, а также быть довольно прочным после затвердевания. Не стоит забывать о доступности материала, его стоимости, сложности в приготовлении, и других требованиях, которые могут осложнить дальнейшую работу.

В настоящее время существует множество способов наливки сосудов и полостей органов, основой которых являются специально приготовленные наливочные массы. Широкое применение нашли массы, где основным компонентом служат целлоидин, гипс, желатин, канифоль, воск, смолы, а также различные самозатвердевающие стоматологические пластмассы, латексы и др.

Зачастую при использовании этих масс можно столкнуться с различными трудностями. Например, в состав массы из целлоидина входит ацетон, который быстро улетучивается,

необходимо хранить массу в герметичной таре. Также при затвердевании, целлоидная масса становится очень хрупкой, что характерно как для гипса, так и для желатина. Недостатком стоматологических пластмасс, например, протакрила, является быстрая коагуляция, что значительно усложняет процесс наливки, также протакрил очень хрупкий и дорогой материал. Синтетические латексы труднодоступны, некоторые марки уже давно не производятся. Трудность приготовления масс из воска, канифоли и смолы заключается в их нагреве до определенной температуры, и также как и остальные массы, они очень хрупкие. Ломкость затвердевших масс - очень большой недостаток, они больше подходят для коррозионных препаратов, которые будут находиться под стеклом.

Основной целью данной работы являлось изготовление препаратов легких с сохранением естественной формы органа, а также изготовление препаратов сердца с налитыми сосудами (артериями и венами).

Мы сравнили две методики изготовления препаратов паренхиматозных органов. В первом случае грудной органокомплекс (легкие, органы средостения) был погружен в 10% раствор формалина в подвешенном состоянии, на 5 дней для фиксации. Однако при использовании данного метода легкие были спавшиеся и неестественной для них формы (рисунок 1).

Рисунок 1- Органокомплекс органов грудной полости (вид спереди и сзади).

Во втором случае было решено произвести наливку легких затвердевающей массой через трахею. Стояла задача о выборе наливочной массы. Первоначально планировалось произвести наливку протакрилом, но так как объем легких достаточно велик, пришлось отказаться от этой методики из-за ее высокой цены. В дальнейшем была предложена идея

произвести наливку силиконом, но так как силикон в чистом виде труднодоступен, решено было использовать обычный строительный герметик, полимером которого является силикон. Герметик был выбран фирмы «MAKROFLEX». Задача состояла в том, чтобы герметик проник в мельчайшие бронхиолы, иначе легкие бы не приобрели нужную, раздутую форму. Сам по себе герметик очень густой, поэтому было принято решение разбавить его до консистенции жидкого мыла, в качестве дешевого растворителя очень хорошо подошел бензин АИ92.

Перед наливкой легкие тщательно промывались проточной водой, далее следовала промывка трахеи и сосудов водой с добавлением нашатырного спирта, после чего легкие в наклонном состоянии оставляют на сутки для удаления жидкости из трахеи. После окончательного удаления оставшейся жидкости при помощи шприца Жане и силиконовых трубок разного диаметра (в качестве переходника между трахеей и шприцем), производилась наливка силиконовой массой. Для лучшего распределения наливочной массы легкие укладывали на мягкую подстилку (хорошо подходит поролон, сложенный в несколько слоев).Наливка производится очень аккуратно, необходимо следить, чтобы не произошла перфорация легочной ткани. По ходу наливки необходимо аккуратными движениями массировать легкие, это дает равномерное распределение наливочной массы. Также в силу анатомической особенности, наливка правого и левого легкого может происходить неравномерно, эта проблемарешалась наложением зажима на главный бронх. Наливку производили до тех пор, пока все доли легких полностью не расправлялись. После чего орган погружали в 10% раствор формалина на 5 дней для фиксации. В дальнейшем готовый препарат хранится в растворе Шора. По этой методике нами изготовлено 5 препаратов легкихс хорошей сохранностью их формы и эластичности (рисунок 2).

Рисунок 2 – Легкие (вид спереди и сзади).

Кроме того, различными методиками нами было изготовлено 9 препаратов сердца.

Три препарата сердца были изготовлены при помощи метода простого препарирования.

Пять препаратов- с применением метода наливки сосудов с одновременной окраской изнутри. Введение наливочной массы (разбавленный бензином герметик с добавлением красителей) производилось через коронарные артерии и венечный синус. Неразбавленным герметиком были заполнены полости сердца для сохранения формы и объема органа. Препараты с заполненными сосудами выгодно отличаются от других наглядностью, сохранностью естественной объемной формы сосудов. Кроме того, предварительная наливка сосудов помогла их выявлению по ходу препаровки вплоть до мельчайших ветвей (рисунок3).

.

Рисунок 3 – Сердце (вид сзади).

Один препарат был изготовлен по методике М.Г. Привеса. Однако, вместо латекса использовалась указанная наливочная масса с красителями, с последующей фиксацией органа в растворе, в котором используются глицерин, уксуснокислый калий.

Таким образом, проведенная работа показала, что данная методика применима для наливки органов (с целью сохранения их естественной формы), сосудистой системы. Учитывая, что наливочная масса проста в приготовлении, хорошо окрашивается, проникает в капилляры, дает точный слепок полости или сосуда, при затвердевании эластична и прочна, устойчива к фиксирующим растворам и кислотам, применяемые материалыдоступны и

недороги, методика может широко применяться при изготовлении анатомических препаратов для учебного процесса и анатомического музея.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пикалюк, В.С.Методическое пособие по изготовлению анатомических препаратов. / В.С.Пикалюк, Г.А. Мороз, С.А.Кутя – Симферополь, 2004. - 76 с.

2. Руководство по препарированию и изготовлению анатомических препаратов. / Н.И.Гончаров, Л.С.Сперанский, А.И.Краюшкин, С.В. Дмитриенко – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002.– 192 с.

3. Хрусталева, И.В.Техника изготовления и хранения анатомических препаратов с основами музейного дела. Методическое указание/ И.В. Хрусталева, Б.В. Криштофорова.– М.: МВА, 1986, с. 60.

УДК 159.922

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

З.Н.Собчук

КГБПО «Лесосибирский технологический техникум»

Начиная со времён Галилея и Ньютона, современная физика проделала огромный путь по накоплению, систематизации, описанию и осмыслению фактов об окружающем мире. Физика продолжает развиваться, и за последние десятилетия возрос интерес к таким её новым областям, как синергетика, динамический хаос и самоорганизация.

Возникнув как междисциплинарное знание, как новая установка на понимание источников и механизмов развития, синергетика сегодня начинает определять менталитет ученых, сделавших предметом своего исследования совершенно разные сферы мироздания. По мнению В.Е. Клочко « ..это обусловлено тем, что синергетику интересуют проблемы самоорганизации в открытых нелинейных системах, а с такими системами, хотя и разной сложности, сталкиваются практически все науки. Идеи синергетики, распространяясь далеко за пределы породившего их центра (термодинамика и близкие к ней разделы физического знания), вызывают определенное напряжение внутри научного сообщества» [1].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 [1]. 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.

С помощью данного интердисциплинарного 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].

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 притягательности, своего рода влияние, идущее от предмета восприятия» [2] 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 [3] .

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. 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].

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 этропии 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 [1].

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.

Смысл мотивационного процесса заключается не только в преодолении негативного состояния аффективной напряженности, возникающей на первой стадии, но и в притоке энергии, сопровождающем процессы достижения объекта потребности и удовлетворения самой потребности. Поэтому мотивационный процесс это всегда в той или иной форме дилемма между получением при этом энергии и накоплением энтропии, дилемма, решение которой на уровне человека обусловлено уже не столько индивидными особенностями, сколько социальными нормами.

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].

Другими словами, эти подструктуры выполняют функцию энергетического обеспечения механизмов мотивации и определяют содержание бессознательного как совокупности «динамических тенденций», потенциально определяющих мотивы человеческой деятельности [2]. Еще одна функция этих двух личностных подструктур - функция осмысления когнитивных и поведенческих процессов. 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.

Третий показатель рассматриваемого соотношения определяет степень испытываемого субъектом наслаждения. Данный класс гедонистических переживаний имеет негэнтропийную основу и в дифференциально-психологическом смысле не идентичен удовольствию. Субъективная, феноменологическая дифференциация их сравнительно трудна, в силу того что как наслаждение, так и удовольствие имеют отчетливо выраженную положительную эмоциональную окраску. Побуждение к удовлетворению потребностей на третьей стадии мотивационного процесса вызвано одновременно 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, индивидных 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.

Представления о динамике и структуре мотивационного процесса позволяют глубже понять механизмы формирования личностных образований. Подструктуры значимости и направленности, о которых говорилось выше, образуют базальный уровень в интегральной трехуровневой структуре личности, представленной иерархией трех структурных уровней: организм - индивид - личность. В соответствии с тремя показателями, характеризующими процесс удовлетворения потребности, эти структурные уровни личности образуют три производные подсистемы: предметной (витальной) обусловленности, социальной обусловленности и личностной (духовной) обусловленности. Первые две подсистемы имеют энтропийную природу. Двойственный характер их гедонистической функции влечет за собой и двойственность системы личностных смыслов объектов витальных и социальных потребностей. 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» [3]. Качества нравственных установок личности определяются степенью ее внутренней самоорганизации, а значит, они обусловлены негэнтропийными характеристиками динамических структур и мотивационных процессов личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клочко, В.Е. Человек как самоорганизующаяся психологическая система / В.Е. //Клочко Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции. – Барнаул, 2000.
2. Логинова, И.О. Жизненное самоосуществление: системно-антропологический контекст: Автореф.дис. ...д-ра психол.наук. / И.О.Логинова.- Томск, 2010.
3. Loginova,I.O. CharacteristicsofPsychologicalEducationintheContextofSystemic-AnthropologicalApproach/ I.O. Loginova, V.B. Chupina, Y.V. Zhivaeva// JournalofSocialSciences. – Vol. 8, Is. 2. – P. 281-293.

УДК:612.82-053.67

КОЭФФИЦИЕНТ МЕЖПОЛУШАРНОЙ КОГЕРЕНТНОСТИ КАК МАРКЁР МЕЖПОЛУШАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ У ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е.С. Соломатова, К.Д. Яковлева

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО,

НОЦ Морфология

Научные руководители:д.м.н., проф. Н.А.Шнайдер, д.м.н., проф. Н.Н. Медведева, асс. К.А. Газенкампф

Когерентность (от лат. cohaerens — «находящийся в связи») — термин, использующийся в различных областях знаний. Когерентностью называют согласованное протекание во времени и в пространстве нескольких колебательных или волновых процессов, проявляющееся при их сложении.

Электроэнцефалограмма представляет собой графическое отражение электрических процессов головного мозга, записанных с поверхности головы. Электроэнцефалографическая кривая (в отличие от ЭКГ сигнала) имеет более сложное происхождение, так как на ее конфигурацию оказывают влияние множественные источники генерации потенциалов мозга, функционирующие независимо. При определенных физиологических или патологических состояниях влияние одних источников генерации электрического сигнала начинает доминировать над другими и воздействие их на графическую картину ЭЭГ оказывается более значительным, чем в типовых условиях. Степень этого воздействия можно «измерить» с помощью функции когерентности[4]. Значения коэффициента когерентности (КК)варьируют от 0 до 1: чем выше значение когерентности, тем согласованнее активность одной области с другой, выбранной для измерения.

Когерентный анализ ЭЭГ считается индикаторомфункциональных взаимосвязей между различнымикорковыми областями головного мозга. Уровень интеграции областей коры должен быть адекватным для оптимального выполнения функций. В реальности он можетоказаться сниженным или повышенным. И то, идругое не обеспечивает нормальное взаимодействие мозговых структур и сопровождается нарушением функционального состояния мозга[3]. Одним изосновных преимуществ когерентного анализаявляется независимость КК от амплитуды колебаний сигналов различных областей мозга [4]. Эта особенность позволяет выявлять средние характеристики КК для группы испытуемых, в которую входят лица с различными типами ЭЭГ.При оценке когерентности у психически здоровых испытуемых все исследователи сходятся вомнении, что, вне зависимости от аппаратуры исистемы отведений ЭЭГ, пик когерентных значенийлокализуется в передних зонах неокортекса, а понаправлению к каудальным отделам КК постепенно уменьшаются[5]. Это согласуется с современным представлением об интегративной функции лобных долей («первичного ассоциативного центра» по А.Р.Лурия), которыенаходятся в сильной взаимосвязи с другими отделами мозга через длинные кортико-кортикальныеассоциативные волокна.

Цель исследования– изучить показатели КК как нейрофизиологического маркера межполушарной интеграции различных отделов головного мозга у студентов первых и вторых курсов медицинского университета.

Лабораторное исследования проводилось 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 совместного проекта УИРС в рамках работы НОЦ «Морфология»КрасГМУим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (далее – КрасГМУ).

Объектом исследования выбрана совокупность здоровых молодых людей (добровольцев). Все обследуемые были осмотрены нами активно и 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 64 добровольца. Возраст испытуемых варьировался от 18 до 22 лет, средний возраст составил 19,2±0,98 [95% ДИ: 19-19] лет. Распределение по полу: девушки – 43 (67%), юноши – 21 (33%) человек. Средний возраст у девушек составил 19,1±0,85[ДИ: 19-19] лет, у юношей – 19,4±1,2[ДИ: 19-20] летВыбор 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. Исследование проводилось в дневное время суток, бесплатно и не представляло риска для здоровья испытуемых. Исследование проводилось с учетом принципов конфиденциальности и беспристрастности.

Исследование состояния биоэлектрической активности головного мозгаосуществлялось с использованием отечественного компьютерного диагностического оборудования - электроэлектроэнцефалографическогокомплекса «Нейрокартограф» (МБН, Москва). Наложение электродов осуществлялось по международной системе «10-20 %». Запись компьютерной ЭЭГ проводилась в монополярномипсилатеральном ушном отведении с помощью мостиковых хлорсеребрянных электродов с соблюдением стандартных условий проведения данного вида нейрофизиологической диагностики [2,3] 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.Когерентый анализ межполушарных связей проводился с помощью встроенных функций математической обработкиданных, разработанных производителем диагностического оборудования «Нейрокартограф» (МБН, Москва), после предварительного визуального анализа нативной ЭЭГ состояния пассивного бодрствования испытуемых, в режиме постреального времени, после устранения физических и физиологических артефактов.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv.7 (StatSoft, США). Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро-Уилкса. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95% доверительный интервал (ДИ). Для сравнения параметрических (количество нормально распределенных признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента с учетом параметра равенства дисперсий. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

В результате проведенного исследования было показано, что среднее значение межполушарного КК в паре Fp1-Fp2 у студентов КрасГМУ составило0,6 ± 0,09, медиана – 0,55 [Q25;Q75 = 0,47; 0,78], чточуть ниже нижнего предела допустимой возрастной нормы (референсный коридор 0,6 - 0,8), и не достигая статистически значимых различий по этому показателю ($p< 0,01$).В целом показано, что значения межполушарного ККу всех испытуемых статистически значимо уменьшались в передне-заднем направлении ($p<0,01$), то есть по мере удаления от лобных долей к затылочным. Ниже нормы КК был зафиксирован у 38 студентов (57%), в пределах референсного коридора – у 14 студентов (21%), и выше нормы у 15 студентов (22%).Статистически значимых различий проанализированных показателей КК в зависимости от пола добровольцев не выявлено ($p>0,05$). В то же время, достоверность полученных результатов требует дальнейшего подтверждения на большей выборке, что является обоснованием продолжения настоящего исследования для получения валидных данных.

Таким образом, врезультате проведенного исследования нами было показано, что уровень КК, характеризующий межполушарную когерентность в передних (лобных) отделах неокортекса, у студентов КрасГМУ статистически значимо чаще находился на нижней границе референсного коридора. Но это не является патологией. Студентам с низким уровнем КК требуется больше времени на усвоение учебного материала. В связи с этим требуется внесение изменений в учебную программу, которая обеспечит комфортный

учебный процесс для психо-эмоционального состояния студента. Но есть некоторое количество студентов (25%), которые имеют высокий КК. При стандартных методиках образования они могут потерять интерес к учебе из-за того, что процесс усвоения информации идет быстрее, следовательно, остается больше свободного времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бендат, Дж.Прикладной анализ случайных данных. / Дж.Бендат, А. Пирсон – М.: Мир, 1989.
2. Биопотенциалы мозга человека. Математический анализ. / В.С.Русинов, О.М.Гриндель, Г.Н.Болдырева, Е.М. Вакар – М.: Медицина, 1987. - 254с.
3. Зенков, Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. / Л.Р. Зенков – М.: 2004. – 367с
4. Иванов, Л.Б. Прикладная компьютерная энцефалография: 2 изд., перераб. и доп. / Л.Б. Иванов – М.: ПБОЮЛ, 2004. – 352 с.
5. Анализ сегментной структуры альфа активности ЭЭГ человека / А.Я.Каплан, С.В.Борисов, С.Л.Шишкин, В.А. Ермолаев // Рос.физиол. журн. - 2002. - №4. - С. 8495.
6. Мельникова, Т.С. Обзор использования когерентного анализа ЭЭГ в психиатрии / Т.С.Мельникова, И.А.Лапин, В.В. Саркисян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том XIX, №1. – С. 90-94.
7. Коэффициент межполушарной когерентности как показатель интегративных процессов у студентов первых курсов медицинского университета / Е.Э.Васильева, Л.С.Щербакова, К.А.Газенкампф и др.// 78-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 95-летию со дня рождения профессора Ю.М. Лубенского.- Красноярск, КрасГМУ.- 2014.- С.99-100.

УДК 614.253.52:616.98-022.371-084(571.51)

ООБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПРОФИЛАКТИКЕ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЛПО КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

А.А. Стародубцева, Л.М. Сагалакова, М.В. Зорин

Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,

Фармацевтический колледж

Научный руководитель: к.м.н. Т.В. Потупчик, преп. Я.В. Корман

По определению ВОЗ,нозокомиальная инфекция (НИ) - любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время или после пребывания в больнице.

В результате совокупного действия многочисленных факторов госпитального инфицирования пациенты отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) составляют группу повышенного риска развития инфекционных осложнений. Это является не только серьезной медицинской, но и социально-экономической, а подчас и юридической проблемой[11].Среди заболеваний, относящихся к НИ, большинство связано с медицинскими вмешательствами, примерно 85% от всех НИ составляют гнойно-септические инфекции (ГСИ), 6-7% - вирусные гепатиты В, С, Д; кишечные инфекции – 7-8%.Механизмы передачи НИ:аэрозольный (воздушно-капельный, воздушно-пылевой),контактный (контактно-бытовой, пищевой, водный)**,** артифициальный (искусственный или медицинский), играющий основную роль в передаче НИ и возникающий при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями [9]. К факторам, влияющим на возникновение НИ, относят снижение сопротивляемости организма, увеличение удельного веса пожилых пациентов, ослабленных, несоблюдение правил инфекционной безопасности при уходе за пациентами, увеличение инвазивных манипуляций, перегрузка лечебно-профилактических организаций (ЛПО), устаревшее оборудование и т.д.Основными причинами НИ являются: несоблюдение цикличности заполнения палат ЛПО, неудовлетворительное качество проведения текущей дезинфекции, предстерилизационная очистка (ПСО) и стерилизации инструментов медицинского назначения (ИМН)**,** использование малоэффективных дезинфицирующих средств. Группы риска НИ составляютпациенты, особенно хирургических, урологических, реанимационных отделений, а так же отделений гемодиализа; посетители, особенно лица пожилого возраста и дети; родственники, ухаживающие за тяжелобольными; медицинских персонал, особенно те, кто использует инструментарий многоразового пользования, требующие всех этапов обработки, предусмотренных санитарно-эпидемиологическими проявлениями [2,8,9].

Среди возбудителей особое значение имеют бактерии, к которым относится группа облигатных патогенных микроорганизмов, вызывающих корь, скарлатину, дифтерию и другие детские заболевания,золотистый стафилококк, стрептококк, синегнойная палочка, псевдомонады, грамотрицательные бактерии и их токсины (кишечная палочка, протей, сальмонеллы), вирусы (гепатита В, С, ВИЧ) и условно-патогенная микрофлора, нередкими стали случаи нозокомиального заражения грибковой инфекцией, цитамегаловирусом,

представителями простейших[3,6].Возбудители инфекции находятся в резервуарах инфекции: у пациента (его кровь, выделения, секреты, рана, повязки, полость рта, кожа, слизистые, используемые ими судна, моче-и калоприемники, постельное белье); у медицинского персонала (руки, кишечник, мочеполовая система, полость рта, носоглотка, кожа, волосы); в окружающей среде (персонал, посетители).Медицинский персонал играет главную роль в профилактике НИ на рабочем месте. Основу мер контроля безопасности в профилактике НИ составляет ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. Активное участие сестринской службы в профилактике НИ – одно из главных условий успеха в этой деятельности [4,5].

К сожалению, до настоящего времени в Российской Федерации отсутствует достоверная информация о заболеваемости и распространенности НИ. Данные официальной статистики явно занижены. Исследование по оценке распространенности инфекций в ОРИТ России (РИОРИТ), которое в общей сложности было включено лишь 250 больных по всей России, нельзя признать достаточно репрезентативным [1].

Цель исследования – выявить уровень информированности медицинских сестер по вопросам профилактики нозокомиальных инфекций.

Задачи: 1.Дать оценку знаниям медсестер ЛПО в области дезинфекции, антисептики, стерилизации;

2. Определить уровень знаний медсестрами ЛПО медицинской документации;

3.Оценить уровень осведомленности медсестер ЛПО в области профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний.

Для проведения исследования была впервые разработана анкета, состоящая из 25 вопросов. В исследовании приняли участие 50 медицинских сестер, которые были распределены на 2 группы: 1 группа (основная) – медицинские сестры детских ЛПОКрасноярского края; 2 группа (группа сравнения) – медицинские сестрыдетских городских поликлиник г. Красноярска.

Оценка уровня знаний в области дезинфекции показала: правильно считают, что дезинфекция в ЛПО проводится с целью уничтожения всех видов микроорганизмов, включая вегетативные формы и споры 68% медсестер, работающих в ЛПО края и 48% - в ЛПО города. Знают, с какой частотой должна проводиться влажная уборка в ЛПО 4% медсестер основной группы и 32% группы сравнения. Правильно считают, что стерилизация проводится с целью уничтожения всех видов микроорганизмов, включая вегетативные формы и споры - 76% медсестер ЛПО края и 56% - медсестер города.

Предстерилизационную очистку (ПСО) в положенных помещениях проводят 68% медсестер ЛПО края и 56% - медсестер города.

С целью дезинфекции медсестры в ЛПО используют различные комбинации дезинфектантов (таблица 1).

Таблица 1 - Дезинфектанты, используете при дезинфекции, совмещённой с ПСО, инструментов медицинского назначения

Дезинфектанты	Основная группа (%)	Группа сравнения (%)
«Лизоформин-3000»,«Делансаль»	4	36
«Жавелион», «Пресепт»	36	36
«Дезин», «Дезискраб»	0	60
«Аламинол», «Самаровка», «Диабак»	60	44

В исследуемых краевых ЛПО чаще используются «Аламинол», «Самаровка», «Диабак» - 60%, что свидетельствует об использовании малоэффективных дезинфицирующих средств. В городских ЛПО чаще других применяется «Дезин», «Дезискраб» (60%).Однако, 32% медсестер краевых ЛПО и 40% - городских ЛПО применяют «Самаровку», что недопустимо Используются различные комбинации средств гигиенической антисептики рук (таблица 2).

Таблица 2 - Используемые средства гигиенической антисептики рук

Средства	Основная группа (%)	Группа сравнения (%)
Салфетки «Велталекс»	64	56
Мыло и проточная вода	24	48
70º этиловый спирт	92	44
Самаровка	32	40

В ЛПО края медсестры для гигиенической антисептики рук чаще используют 70º этиловый спирт (92%), в городских ЛПО - салфетки «Велталекс» (56%). Обработку инъекционного поля медсестры ЛПО края чаще проводят с помощью орошения кожи препаратом из безаэрозольной упаковки (84%),медсестры ЛПО города - антисептиком «Алмасептин ОП» или другим антисептиком (52%).

Меняют одежду согласно требованиям СанПин (халат, шапочка) - 52% медсестер ЛПО края и 48% - медсестер города; меняют маски при работе в процедурном кабинете 96% медсестер ЛПО края и 48% - медсестер города.

Для стерилизации инструментария в анализируемых группах медсестер ЛПО использовались различные комбинации упаковок. Анализируя полученные данные можно заключить, что медсестры ЛПО края в основном используют крафт-бумагу (64%), тогда как медсестры ЛПО города применяют различные упаковки (крепированная бумага,пакеты самоклеящиеся,комбинированные упаковки «БОМ»), вероятно ввиду их доступности.

Правильно называют, каким нормативным документом регламентируется выполнение дезинфекции, 72%медсестер ЛПО края и52% медсестер ЛПО города. Только 16%медсестер ЛПО края и 52% медсестер ЛПО города осведомлены, каким нормативным документом необходимо пользоваться при выполнении дезинфекции, ПСО и стерилизации изделий медицинского назначения. Лишь 32% медсестер обеих форму журнала контроля ПСО и 36% - форму журнала контроля стерилизации.Нормативный документ по профилактике кори, краснухи и эпидемического паротита знают 32% медсестер ЛПО края и 60% медсестер ЛПО города; документ по профилактике педикулёза 56% медсестер ЛПО края и 40% медсестер ЛПО города.Для борьбы с педикулёзом медсестры в ЛПО чаще используют нитифор и 20% водно-мыльная суспензия бензил-бензоата 76-68%.

Осведомлены, в каком случае медработник проходит диспансерное наблюдение и обследование 1 раз в 3 месяца на ВИЧ 68% медсестер ЛПО края и 48% медсестер ЛПО города; с какой периодичностью медработники проходят обследования на HbSAgи антигены вирусного гепатитаС, имеющие контакт с кровью только 4% медсестер ЛПО края и 60% медсестер ЛПО города.Информированы, чем подтверждается в анализе крови наличие иммунитета после проведения вакцинации против вирусного гепатита В 24% медсестер ЛПО края и 48% медсестер ЛПО города.Правильно отвечали, кому проводится плановая вакцинация против вирусного гепатита В по схеме 0-1-6 мес. 68% медсестер обеих групп.

Результаты исследования показали, что знания медсестер ЛПО в области дезинфекции, антисептики, стерилизации недостаточные, уровень владения нормативной документацией низкий (по отдельным документам всего16-40%). Отмечается также пониженный уровень осведомленности медсестер ЛПО в области профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний, что может привести к нарушению выполнения требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белобородов, В.Б. Проблема нозокомильной инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии и роль карбапенемов./ В.Б. Белобородов//Клин.фармакология и терапия. – 1998. – С. 13–16.

2. Бектасова, М.В. Причины внутрибольничного инфицирования медицинских работников лечебно-профилактических учреждений / М.В. Бектасова // Гигиена и санитария. – 2008. - №3.– С. 24-26.

3. Брусина, Е.Б. Эпидемиологическое значение внутрибольничных инфекций в хирургии и роль различных источников инфекции / Е.Б. Брусина, И.П.Рычагов //Главная медицинская сестра. – 2007. – №12. – С.97-102.

4. 2.2.9.2242-07 от 16.08.2007г. «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционные заболеваний».

5. ОСТ 42-21-2-85 от 01.01.86 г. «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

6. Приказ управления здравоохранения администрации Красноярского края от 09.07.2001 №297-орг «О профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией».

7. СанПин 3.5.1378-03 от. 30.06.2003г. «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».

8. СанПин 2.1.3.2630-10 от 18.05.2010 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность».

9. СанПин 2.1.7.2790-1 от 09.12.2010г. «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

10. СанПин 3.1/3.2.3146-13 от 17.05.2014 г. «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».

11. Эпидемиология и нозологическая структура нозокомиальных инфекций в отделении реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара / Б.Р. Гельфанд, И.А. Милюкова, Б.З. Бельцерковский, Е.Б. Гельфанд // Инфекции в хирургии. – 2014. - №4. – С. 24-25.

УДК 616.346.2-002-07

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ALVARADO ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

И. А. Степанов

Иркутский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии с курсом урологии

Научные руководители: д.м.н., проф. В.А. Белобородов, к.м.н., доц. Е.А. Кельчевская

Острый аппендицит является наиболее частой причиной оперативного вмешательства в неотложной абдоминальной хирургии. Большое количество исследований в отечественной и зарубежной литературе посвящены вопросам диагностики и лечебной тактики при остром аппендиците. Несмотря на новые технологии в диагностике и лечении абдоминальной патологии, проблема острого аппендицита остается актуальной, так как до сих пор сохраняется высокий процент (10-35,5%) диагностических ошибок, вследствие чего удаляются малоизменённые, совсем не измененные и так называемые вторично измененные червеобразные отростки [4,5]. Трудности диагностики острого аппендицита объясняются рядом причин, прежде всего, отсутствием патогномоничных симптомов. Клинические проявления острого аппендицита могут наблюдаться при множестве других заболеваний. Вариабельность расположения отростка может смещать локализацию болевых зон, создавать трудности при видеолапароскопии. Сложности диагностики возникают при атипичном течении аппендицита, а также у молодых женщин и больных пожилого и старческого возраста.

С целью улучшения диагностики острого аппендицита в ряде стран применяются различные балльные системы оценки признаков. Наиболее часто используется система A. Alvarado, которая включает перечень симптомов и признаков, характерных для неосложненного варианта острого аппендицита [4-6]. По модифицированной системе оцениваются в баллах следующие признаки: миграция боли в правую подвздошную область, тошнота и рвота, напряжение в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга, повышение температуры, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Цель исследования– изучить эффективность модифицированной балльной системы оценки A. Alvarado в диагностике форм острого аппендицита в условиях городской клинической больницы, оказывающей круглосуточно экстренную хирургическую помощь, для уменьшения числа неоправданных оперативных вмешательств.

Проведен ретроспективный анализ 130 историй болезни. Среди больных были 71 мужчина и 59 женщин, в возрасте от 15 до 81 года (в среднем – 41±1,05 лет). Наибольший уровень заболеваемости острым аппендицитом, по нашим данным, приходится на возрастную группу от 15 до 30 лет (55,3%). С увеличением возраста заболеваемость значительно снижается. Больные пожилого и старческого возраста составили 10,8% от количества анализируемой группы больных.

Для повышения эффективности диагностики применяли модифицированную систему балльной оценки (СБО) A. Alvarado (таблица 1).

Таблица 1–Модифицированная система балльной оценки A. Alvarado.

Симптомы	баллы
Миграция боли в правую подвздошную область	2
Тошнота, рвота	1
Напряжение в правой подвздошной области	2
Симптом Щеткина-Блюмберга	1
Температура 37,3° С	1
Лейкоцитоз больше 10000	2
Сдвиг лейкоцитов влево (больше 75% нейтрофилов)	1
Сумма баллов и вероятность острого аппендицита (ОА)	
Вероятность ОА	баллы
ОА маловероятен	1 – 4 балла
ОА возможен, необходимо наблюдение	5 - 6
ОА наиболее вероятен	7 – 10

Большинство (101; 77,7%) больных поступили в ранние сроки от начала заболевания (до 24 часов). При этом 34 (57,6%) женщин и 26 (36,6%) мужчин обратились за помощью до 12 часов. От 24 до 48 часов были госпитализированы еще 15 (11,5%) больных, свыше 48 часов – 14 (10,8%) больных.

До настоящего времени при диагностике острого аппендицита большое значение имеют тщательно собранный анамнез и физикальное обследование. В ближайшее время с момента поступления больные были осмотрены дежурным хирургом, проведены лабораторные исследования, при необходимости – консультации гинеколога и уролога, рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография и др. УЗИ была выполнена 106 (81,5%) больным. У 57 из них отклонений от нормы выявлено не было. У 33 (31,1%) обнаружены признаки острого аппендицита (свободная жидкость в брюшной полости, трубчатые изоэхогенные и неоднородные структуры). У 16 больных диагностированы сопутствующие заболевания органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы) и органов малого таза (киста яичника). Обзорная рентгенография брюшной полости в плане дифференциальной диагностики выполнена у 6 больных. Из них у 2 обнаружено дилатация дистального отдела подвздошной кишки и горизонтальные уровни жидкости в ней. Эзофагогастродуоденоскопия выполнена 12 больным (в 5 случаях выявлен хронический гастродуоденит и в одном – хроническая пилорическая язва). Гинекологическое исследование выполнено у 30 женщин. Из них у 6 обнаружены хронические заболевания матки и яичников, данных за острую гинекологическую патологию не выявлено. Однако, у двух больных на операции установлен

правосторонний гнойный сальпингит. У двух больных при клиническом обследовании был диагностирован аппендикулярный инфильтрат. У них была выполнена компьютерная томография с целью исключения абсцедирования, что позволило избрать консервативную тактику. У 122 (95,3%) из всех больных диагноз был установлен и избрана лечебная тактика до 12 часов с момента госпитализации. В первые 2 часа оперативное вмешательство выполнено у 39 больных, спустя 3-5 часов – у 70, через 6-8 часов – у 10, в период 9-12 часов – у 3 и позже 12 часов – у 6 больных. Все операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. В 3 случаях аппендэктомия сочеталась с грыжесечением при ущемлении паховой грыжи справа у мужчины 80 лет и у 2 женщин – с правосторонней тубэктомией при гнойном сальпингите.

При послеоперационном гистологическом исследовании у 8 (6,2%) больных верифицирован острый простой аппендицит, у 85 (65,4%) – флегмонозный и у 10 (7,7%) больных гангренозный. В 25 (19,2%) случаях воспалительных изменений в червеобразном отростке не было обнаружено.

Послеоперационные осложнения возникли у 7 (5,5%) больных (серома – у 1, нагноение послеоперационной раны – у 5, кровотечение из ложа червеобразного отростка – у 1). У 5 из этих больных был верифицирован флегмонозный аппендицит, у одного – гангренозный и у одного червеобразный отросток был без воспалительных изменений. По литературным данным, частота осложнений после ошибочных аппендэктомий выше, чем при деструктивных аппендицитах [1,3].

Для анализа эффективности СБО A. Alvarado в ретроспективном исследовании учитывали результаты послеоперационного гистологического исследования и необходимые клинико-лабораторные данные у 107 больных, которых подразделили на 4 группы: с острым простым аппендицитом, флегмонозным, флегмонозно-язвенным и без воспалительных изменений в червеобразным отростком. В таблице 2 представлены результаты оценки критериев СБО у этих больных.

Таблица 2. Результаты оценки по СБО A. Alvarado

Баллы	Форма острого аппендицита			
	Простой	Флегмонозный	Флегмонозно-язвенный	Без воспаления
1-4	9	10	-	19
5-6	2	31	10	4
7-10	-	16	6	-
всего	11	57	16	23

При простом аппендиците у 9 больных было 1-4 балла, у 2 больных – 5-6 баллов. При флегмонозном аппендиците 1-4 балла было у 10 больных, 5-6 – у 31 и 7-10 баллов - у 16 больных. При флегмонозно-язвенном аппендиците у всех больных было свыше 5 баллов.

При гангренозном аппендиците СБО не может применяться из-за двухэтапности развития процесса, возможности осложнений, несоответствия признакам и симптомам этой формы. У 19 из 23 больных с отсутствием признаков воспаления в червеобразном отростке по данным послеоперационного морфологического исследования было 1-4 балла, у 4 – 5-6 баллов. Следовательно, анализ СБО A. Alvarado оказались наиболее информативными при флегмонозно-язвенном аппендиците. У них количество баллов свидетельствовало о наибольшей вероятности или возможности острого аппендицита. При флегмонозном аппендиците в 13,7% результат подсчета баллов оказался ложноотрицательным – менее 4 баллов. При простом аппендиците или в случаях отсутствия воспалительных изменений в червеобразном отростке количество баллов у большинства больных соответствовало малой вероятности острого аппендицита.

Диагностика острого аппендицита до настоящего времени представляет большие трудности, число необоснованных операций составляет 19,2%. СБО A. Alvarado, как первый этап формирования диагноза, может быть полезна не только начинающему хирургу, но и опытному врачу для систематизации клинико-лабораторных данных и решения вопроса (меньше 6 баллов) о выборе лечебно-диагностической тактики в сложных ургентных ситуациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каминский, М.Н. Консервативное лечение острого аппендицита / М.Н. Каминский // Дальневосточный медицинский журнал. - 2012. - № 4. –С. 123-126.
2. Касимов, Р.Р. Оценка эффективности диагностики острого аппендицита у военнослужащих / Р.Р. Касимов, В.В. Исакевич, А.С. Мухин // Медицинский альманах. - 2012. - № 1 (20). – С. 104-106.
3. Лисунов, А.Ю. Оптимизация диагностики и лечения различных форм острого аппендицита: автореф. дис. … канд. мед. наук / А.Ю. Лисунов. – Саратов, 2008. - 25с.
4. Совцов, С.А. Острый аппендицит: что изменилось в начале нового века? / С.А. Совцов // Хирургия. - 2013. - № 7. – С. 37-41.
5. Шатобалов, В.К. Диагностическая система Alvarado при остром аппендиците / В.К. Шатобалов, Р.Р. Рамозанов // Хирургия. - 2012. - № 4. - С. 36-42.

6. Alvarado, A.A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis / A.A. Alvarado // Ann. Emerg. Med. – 1986. - № 15. – С. 557-564.

УДК 616.8-006

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯПРИ ГЛИОМАХ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

И.А. Степанов
Иркутский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии с курсом нейрохирургии
Кафедра общей хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: д.м.н, проф. В.А. Белобородов

Глиомы больших полушарий различной степени злокачественности обнаруживаются у 40-62% больных с первичными опухолями головного мозга, среди которых поражения височных долей оставляют 21-35% [1,2,5].

Психопатологические симптомы при опухолях головного мозга отмечаются у 15-100% больных, и зачастую могут быть первым и единственным признаком заболевания у 15-20% пациентов с глиомами [4,6]. При поражении височных долей отмечается наибольшее разнообразие психических нарушений по сравнению с поражениями других областей головного мозга. По причине недостатка знаний о зависимости психопатологических симптомов и локального поражения головного мозга около 3-10% больных с внутримозговыми опухолями лечатся первоначально в психиатрических клиниках [5,7-9].

Цели исследования– описать психопатологические симптомы у больных с глиомами височных долей головного мозга, сопоставить данные психических нарушений с гистологической характеристикой опухолей, а также установить зависимость структуры и выраженности психических нарушений от стороны поражения головного мозга.

Наблюдали 87 пациентов с глиальными опухолями височных долей, которые были прооперированы в нейрохирургическом отделении ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А Семашко» г. Улан-Удэ.

Среди больных были 53 мужчины и 34 женщины, в возрасте от 22 до 74 лет (в среднем– 51±1,34 год). Поражение правой височной доли было выявлено у 42 (48,2%) больных, левой- у 45 (51,7%). Признаки функциональной асимметрии полушарий определяли по методике, предложенной Т.А. Доброхотовой [3].Преобладали правши- 41

(47,6%), частичные левши были 32 (36,7%), левшами оказались 9 (10,3%) пациентов, а у 5 (5,7%) больных выявить профиль асимметрии полушарий оказалось невозможным.

При гистологическом исследовании опухолей применялась гистологическая классификация WHO (2007). По данным гистологического заключения (таблица 1) преобладали опухоли 4 степени злокачественности (глиобластомы)- у 44 пациентов (50,5%),на втором месте по частоте встречались глиомы 2 степени злокачественности-фибриллярные, протоплазматические астроцитомы (23 случая) и олигодендроглиомы (11 случаев). Глиомы 1 степени злокачественности были представлены пилоиднымиастроцитомами(9 случаев).

Таблица 1–Гистологическая характеристика глиальных опухолей

Гистология		Число больных	
Глиомы 1 степени злокачественности	Пилоидныеастроцитомы	9	10,4%
Глиомы 2 степени злокачественности	Фибриллярные, протоплазматические астроцитомы	23	26,5%
	олигодендроглиомы	11	12,6%
Глиомы 4 степени злокачесвтенности	Глиобластомы	44	50,5%
Всего		87	100%

Топографическое расположение глиом височной области в исследуемой группе определяли по данным МРТ головного мозга. Использовали классификацию глиальных опухолей височных долей по Yasargil[10].

Катамнестический анализ проводился в условиях поликлиники при ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» г. Улан-Удэ с интервалом в 3 месяца.

Расчеты проводились с использованием программы STATISTICA7.0 для WindowsXP.

При поступлении в нейрохирургическое отделение ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» психопатологичекая симптоматика была выявлена у 63 (72,4%) больных, причем она встречалась чаще при поражении левой височной доли, в основном за счет личностных и интеллектуально-мнестических нарушений (таблица 2).

Таблица 2–Психопатологические симптомы при поражении височных долей

Психопатологические симптомы	Число больных	
Эмоциональные нарушения	24	27,5%
Личностные нарушения	31	35,6%
Интеллектуально-мнестические нарушения	58	66,6%
Продуктивная психическая сиптоматика	5	5,7%
Всего	87	100%

Важно отметить, что психические нарушения были первым симптомом заболевания у 7 (8,4%) пациентов, а у другой части эти нарушения обнаружились в процессе прогрессирования опухолевого процесса.

Из личностных нарушений отмечалось снижение критики к своему состоянию 18 (20,6%), эмоциональная лабильность с раздражительностью, дисфоричностью, вспыльчивостью 19 (21,8%). Снижение произвольной активности отмечалось у 3 (3,4%)обследованных: пациенты не вступали в контакт по собственной инициативе, не обращались с просьбами, ничем не интересовались, однако при длительном настойчивом обращении могли выполнить инструкции и односложно отвечали на вопросы, что мы расцениваем как явление аспонтанности. Эпилептоидные изменения личности (вязкость в общении, с обстоятельностью, педантичностью и ригидностью) были выявлены у 12% больных.

Интеллектуально-мнестическиенарушения были выявлены у 58 (66,6%) пациентов. У 38 человек (65,5%) они были легкими и умеренными.У 14 (24,1%) больных отмечались речевые нарушения по сенсорному типу, которые встречались только при поражении левой височной доли. У них были отмечены идеаторные расстройства, которые напрямую коррелировали со степенью выраженности речевых нарушений, т.е. были наиболее заметны при грубых формах сенсорной афазии (сочетались с алексией, акалькулией, аграфией): больные не могли не только понимать обращенную речь, но и формулировать свои мысли.

Нарушения эмоциональной сферы проявлялись депрессивной симптоматикой 7(8%). Тревожные состояния были выявлены у 11%. Тревога сопровождалась двигательным беспокойством, фиксацией на своих переживаниях и ощущениях, и определяла поведение больного. У некоторых пациентов симптомы могли прогрессировать вплоть до панических состояний. Астеническая эмоциональная лабильность с плаксивостью, обидчивостью отмечена у 6% больных.

Продуктивная психотическая (галлюцинаторная, бредовая) симптоматика была отмечена у 5 пациентов. У трех из них наблюдалась бредовая симптоматика на фоне речевых нарушений с расстройством мышления. Это был бред паранойяльного характера, с подозрительностью, идеями отношения, преследования и ущерба. Данные состояния сопровождались психомоторным возбуждением разной степени выраженности. Нарушение сознания по типу онейроидного состояния с продуктивной симптоматикой в виде слуховых галлюцинаций было отмечено у 1 больного.

Сопоставляя данные психопатологической симптоматики и гистологической характеристикой глиом, мы установили, чтонаиболее разнообразные психические нарушения чаще характерны для глиом 4 степени злокачественности (глиобластом). Речевые, эмоциональные и личностные нарушения встречались у данных больных чаще, чем у больных с другими видами глиальных опухолей.

При учете индивидуальных особенностей выяснилось, что у левшей психические нарушения до операции встречались чаще (в 73%), чем у правшей (57%) ($p<0,05$). В структуре симптоматики можно отметить преобладание речевых нарушений у правшей (31%) по сравнению с левшами (13%) ($p<0,05$) (табл. 3).

Таблица 3– Психопатологические симптомы при поражении правой и левой височных долей

Психопатологические симптомы	Сторона поражения	
	правая	левая
В общем	57% (24)	73% (33)
Речевые нарушения	31% (13)	13% (6)

Примечание. У одного пациента могло быть сочетание нескольких симптомов

До оперативного лечения психические нарушения отмечались у 72,4% больных. Впервые две недели от момента госпитализации количество нарушенийвыросло до 85% за счет увеличения количества продуктивной симптоматики, которые отмечались в основномпри правостороннем поражении. У пациентов, как правило, сохранялось критичное отношение к этимнарушениям. Все симптомы регрессировали к 21 дню после оперативного вмешательства. В дальнейшей динамике продуктивная симптоматика отмечалась только при левостороннем поражении в виде бредовых симптомов: через 3 месяца у 3% пациентов. В трехмесячный послеоперационный период психопатологическая симптоматика была отмечена у 82%.

Отметим, что при локализации опухолевого процесса в левом полушарии психические нарушения отмечались чаще, также как и до оперативного вмешательства, а наибольшее их разнообразие наблюдалось у больных с глиобластомами.

Таким образом, по нашим наблюдениям психопатологическая симптоматика при глиомах височных долей встречается в 72,4% случаев, при этом преобладают опухоли 4 степени злокачественности по WHO (глиобластомы). При локализации опухоли влевой височной доли психические нарушения отмечаются чаще. У левшей психические нарушения встречаются также чаще, чем у правшей (73% и 56% соответственно). В послеоперационном периоде частота психопатологических симптомов не изменяется, а в некоторых случаях даже прогрессирует (при поражении доминантного по речи полушария).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. М 1973; 200.
2. Вяземский Н.М. Значение местного поражения головного мозга в клинике и патогенезе психических расстройств. М 1964; 240.
3. Доброхотова Т.А. и др. Нейропсихиатрия. М 2006; 304.
4. «Психические нарушения при глиомах височных долей». Жур. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 2010, №3. с.25. Лукшина А.А., Ураков С.В., Лошаков В.А.
5. Савченко А.Ю. Глиомы головного мозга. Омск 1997; 312.
6. Шмарьян А.С. Психопатологические синдромы при поражении височных долей мозга. М 1940; 200.
7. Штернберг Э.Я. Психические расстройства при опухолях головногомозга. Руководство по психиатрии. М 1983;2:3:140—151.
8. Elisevich K., Rock J.P. et al. Epilepsy and low-grade gliomas. The practical management of low-grade primary braine tumors. 1999;10:149—169.
9. Robbins T. Epidemiology of brain tumors //Neurology. — 1985. — Vol. 35, № 2. — P. 120.
10. Yasargil M.G., von Ammon K., Cavazos E. et al. Tumours of the limbic and paralimbic systems. ActaNeurochir (Wien) 1992; 118: 40—52.

УДК:612.284,2-06:616.853]-053.2

КОМОРБИДНОСТЬ АПНОЭ СНА И ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

И.Г. Строцкая
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Неврологический центр эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники
Научные руководители: д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, О.В. Алексеева, к.м.н., доц. Н.В. Терскова, к.м.н. Е.А. Кантимирова

С 2013 года на базе Неврологического центра проводится параллельное видео ЭЭГ с респираторным мониторингом. Проводятся исследования по Коморбидности апноэ сна и эпилепсии у детей и у взрослых.

Цель исследования - изучение частоты встречаемости апноэ сна у детей, страдающих эпилепсией и эпилептическими синдромами.

Нами проанализирована случайная выборка амбулаторных карт пациентов, обращавшихся за неврологической помощью в Университетскую клинику КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкогов период с 2013 года по 2015 гг. Таким образом, временной срез проведенного исследования составил 3 года. Всего проанализировано 259 амбулаторных карт. Критерии включения: возраст пациентов от 1 года до 18 лет, мужской и женский пол, верифицированный диагноз эпилепсии, наличие консультации невролога-эпилептолога. Критерии исключения: возраст старше 18 лет, предположительный (неуточненный) диагноз эпилепсии, предположительный (неуточненный) синдром апноэ сна. Согласно критериям включения и исключения нами рандомизировано 39/259 (15%) клинических случаев.Объем диагностики: ночной видео-ЭЭГ-мониторинг (3 часа) на компьютерном электроэнцефалографическом комплексе «Энцефалан-131-03» («Медиком МТД», Таганрог, Россия), МРТ головного мозга по программе эпилепсии, высокопольная с шагом сканирования 0,8-1 мм (SiemensSymfhon), ночной респираторный мониториторинг с пульсоксиметрией (Somnochekmicro(Weinman) Германия, ApneaLink (ResMed) Австралия), ночной кардиореспираторныймониторинг (электроэнцефалографический комплекс «Энцефалан» («Медиком МТД», Россия)), полисомнография (EmblaN7000 (ResMed, Исландия)), консультация невролога-эпилептолога, консультация сомнолога, консультация оториноларинголога.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7.0 [StatSoft, USA], SPSS 22.0.

Описательная статистика для качественных учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей и их стандартной ошибкой. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро – Уилкса. Данные для вариационных рядов с непараметрическим распределением представлены медианами и квартилями (Me [Q25; Q75]). Для сравнения параметрических (количество нормально распределённых признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента и Фишера. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95 % ДИ. Межгрупповое сравнение значимости, при непараметрическом распределении, связанных клинических и параклинических параметров проводилось с помощью парного критерия Уилкоксона, а при несвязных выборках – критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Общая выборка пациентов составила 39 человек в возрасте от 1 до 18 лет, медиана возраста – 8 [5; 12] лет, в том числе: 32 (82 ±6,1%) пациента мужского пола и 7(18 ±6,2%) лиц женского пола. Распределение пациентов в зависимости от нозологической формы эпилепсии было следующим: 20/39 (51,3 ± 8%)чел с симптоматическими формами эпилепсии, включая 7/39(18±6,1%) чел. с диагнозом симптоматическая лобная эпилепсия, 3/39 (7,7±4,3%) – симптоматическая височно-долевая эпилепсия; 10/39 (25,6±7%) человек с диагнозом симптоматическая локальная эпилепсия иной локализации; 9/39 (23 ± 6,7%) с идиопатическими формами эпилепсии, включая 6/39 (15,4 ± 5,8%) чел. с идиопатической фокальной эпилепсией (роландическая эпилепсия), 1/39 (2,6±2,5%) чел. – с юношеской абсансной эпилепсией, 2/39 (5,1±3,5%) чел. с юношеской миоклонической эпилепсией; 5/39 (12,8±5,3%) чел. С криптогенными формами эпилепсии; 5\39 (12,8 ± 5,3%) чел. С эпилептическими энцефалопатиями, включая 1/39 (2,6 ± 2,5%) чел. с синдромом Веста, 2/39 (5,1±3,5%) чел. с синдромом Леннокса-Гасто, 2 (5,1±3,5%) чел. с синдромом Ландау-Клеффера.

Суточный профиль эпилептических приступов был следующим: у21/39 (53,9±8%) чел. зарегистрированы дневные приступы, ночные или преимущественно ночные приступы – у 12/39 (30,8 ± 7,4%) чел; у 6/39 (15,4±5,8%) чел. приступы не зарегистрированы (фармакоиндуцированная клиническая ремиссия).

Ронхопатию (храп во время сна) имели 16/24 (66,7±9,6%) детей. Синдром апноэ/гипопноэ сна верифицирован у 26/39 (66,7±7,5%) чел., из них: легкой степени тяжести - у 23/26 (88,5±6,3%) чел. и средней степени тяжести - у 5/26 (19,2±7,7%) чел. Осложненное течение синдрома апноэ/гипопноэ сна с умеренной ночной гипоксемией во время респираторных событий имели 5/26 (19,2±7,7%) чел, включая 4/5(80±17,9%) чел. с

нарушениями сердечного ритма во время ночного сна, 1/5 (20±17,9%) чел. – с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) в общей выборке варьировал от 0 до 15 в час (медиана –1,4 [0,5;3,8]). Индекс десатурации варьировал от 0 до 6,8 (медиана - 1[0,1;1,4]). Минимальная сатурация составила 71%, максимальная сатурация – 96% (медиана - 90 [86 ; 93] %). Минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) варьировала от 28 до 90 в минуту (медиана - 60 [48 ; 76] в минуту). Максимальная ЧСС варьировала от 56 до 149 в минуту (медиана - 100 [90 ; 113] вминуту). Хроническую патологию ЛОР-органов (хронический аденоидит, хронический тонзиллит, хронический синусит) имели 24/39 (61,5±7,8%) чел., в том числе: гипертрофия глоточной миндалины («аденоиды») 2-3 степени выявлена у 18/24 (75±8,8%) чел., гипертрофия небных миндалин – у 20/24 (83,3±7,6%) чел., синусит - у 3/24 (12,5±6,7%) чел.

Ожирением 1-2 степени страдали5/39 (12,8±5,4%) детей.

Таблица 1 – Частота встречаемости апноэ/гипопноэ сна у детей с эпилепсией и эпилептическими синдромами

Форма эпилепсии	Число больных (всего) Абс., % 39, 100%	Число больных с ронхопатией Абс., % 16; 66,7%	Число больных с синдромом апноэ/гипопноэ сна Абс., % 26; 66,7%	Число больных с осложненным течением синдрома апноэ/гипопноэ сна Абс., % 5; 19,2%
Симптоматическая эпилепсия	20(51,3±8%)	8(50 ± 12,5%)	16 (61,5 ±9,5%)	1(20 ±17,9%)
- лобная	7 (18± 6,1%)	4(25 ± 10,8%)	6(23,1 ± 8,3%)	
- височная	3 (7,7±4,3%)	1(6,25 ± 6,0%)	3(11,5 ± 6,3%)	
- иной локализации	10(25,6±7%)	3(18,8 ± 9,8%)	7(26,9 ± 8,7%)	1(20 ±17,9%)
Идиопатическая эпилепсия	9(23±6,7%)	4(25 ± 10,8%)	3(11,5 ± 6,3%)	2(40 ±22%)
- фокальная	6 (15,4 ± 5,8%)	2 (12,5 ± 8,3%)	1(3,9 ± 7,8%)	1(20 ±17,9%)
- генерализованная	3 (7,7± 4,3%)	2(12,5 ± 8,3%)	2(7,7 ± 5,2%)	1(20 ±17,9%)
Криптогенная	5 (12,8 ± 5,3%)	2(12,5 ± 8,3%)	4(15,4 ± 7,1%)	1(20 ±17,9%)

эпилепсия				
Эпилептическая энцефалопатия - синдром Веста - синдром Леннокса-Гасто - синдром Ландау-Клеффнера	5 (12,8 ± 5,3%) 1 (2,6 ± 2,5%) 2 (5,1 ± 3,5%) 2 (5,1 ± 3,5%)	2(12,5 ± 8,3%) 1(6,25 ± 6,0%) 1(6,25 ± 6,0%)	3(11,5 ± 6,3%) 2(7,7 ± 5,2%) 1(3,9 ± 7,8%)	1(20 ±17,9%) 1(20 ±17,9%)

Протокол дифференциальной диагностики эпилептических и аноксических приступов у детей

1 . Консультация невролога-эпилептолога

2. Консультация сомнолога. Анкетирование оценки качества сна

3. Консультация оториноларинголога, эндоскопическое и пальцевое исследование носоглотки

4. Видео ЭЭГ с одновременным респираторным мониторингом или расширенная полисомнография

5. МРТ головного мозга высокопольная + МРТ мягких тканей шеи

6. ЭКГ, Мониторирование ЭКГ по Холтеру

Выводы:

Коморбидность СОАГС и ночных эпилептических приступов у детей высокая (66,7%)

Эпилептические приступы в ночное время у детей с СОАГС регистрировались в 5 раз чаще, чем у детей с эпилепсией без СОАГС

Разработанный нами подход к обследованию детей с эпилепсией, особенно с резистентными к противоэпилептической терапии ночными эпилептическими приступами, является патогенетически обоснованным и клинически значимым.

Рекомендации: при первичном осмотре у эпилептолога врач должен проводить целевой опрос о наличии храпа. Утвердительный ответ требует проведение КРМ, ПСГ и видео ЭЭГ ночного мониторинга, а так же нужна консультация отоларинголога. Всем пациентам с эпилепсией необходимо проведение КРМ, ПСГ и ночного видео ЭЭГ мониторинга для исключения СОАГС, особенно пациентам с резистентными к лекарственной терапии формами, гипертрофией глоточных миндалин, синкопальными состояниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cincinnati Children’s Hospital Medical Center. Best evidence statement (BESt). Long-term outcomes in obstructive sleep apnea. Cincinnati (OH): 2009, Jan 29.10 p.

2. American Academy of Pediatrics Policy Statement Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome 2012.

3. The cooccurrence of interictal discharges and seizures in pediatric sleep-disordered breathing. Miano S, Handb Clin Neurol. 2013.

4. Obstructive sleep apnea in epilepsy: a preliminary Egyptian study. Shaheen HA, Minerva Pneumol. 2011

5. Malow BA, Levy K, Maturen K, Bowes R. Obstructive sleep apnea is common in medically refractory epilepsy patients. Neurology. 2000

6. Sohn H, Rosenfeld RM. Evaluation of sleep-disordered breathing in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003 Mar

УДК:611.831.7-007-02

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АНОМАЛИИ АРНОЛЬДА-КИАРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

И.Г. Строцкая

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

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, кафедра поликлинической терапии с курсом семейной медицины ПО, неврологический центр эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники

Научные руководители: к.м.н. Е.А. Кантимирова, д.м.н., проф. Н.А. Шнайдер, д.м.н., проф. М.М., Петрова, О.В. Алексеева

Одной из частых жалоб на приеме врачей различных специальностей является головная боль. Появление головной боли (цефалгии) зачастую самими пациентами и врачами расценивается, как проявление повышения артериального давления (АД) или головную боль напряжения.В клинической практике часто переоценивают роль этих состояний как причины головной боли, что приводит порой к диагностическим ошибкам и неправильной врачебной тактике. Особенно часто диагностические ошибки возникают при так называемой «типичной» головной боли. Это головная боль, которая чаще возникает ночью или рано утром, после пробуждения (больной просыпается с головной болью). Боль обычно бывает не очень интенсивной и ощущается больными как тяжесть или распирание в затылке, в области

лба или по всей голове (“тупая” головная боль). Иногда головная боль несколько усиливается при сильном кашле, наклоне головы, натуживании, а также в горизонтальном положении. В течениедня боли обычно проходят самостоятельно. В ряде случаев головная боль такого характера может быть ассоциирована с повышенными цифрами АД, а именно диастолического (выше 120 мм рт. ст.), Необходимо помнить, что такой характер головной боли является ведущим при аномалии Арнольда-Киари (ААК) и обусловлен недостаточностью венозного оттока и повышением внутричерепного давления. ААК - группа врожденных аномалий развития заднего мозга, влияющих на структурные взаимоотношения между мозжечком, стволом мозга, верхними шейными отделами спинного мозга и костями основания черепа [2,3]. При ААК низко расположенные миндалины мозжечка затрудняют свободную циркуляцию спинномозговой жидкости между головным и спинным мозгом [4]. По некоторым данным, данная аномалия встречается у женщин в три раза чаще, чем у мужчин [5].

Цель исследования - изучение частоты встречаемости и клинических особенностей головной боли при аномалии Арнольда-Киари 0 и 1 типов в зависимости от пола и возраста наблюдаемых пациентовв амбулаторной практике невролога.

Работа выполнена на базе кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии института последипломного образования, кафедры поликлинической терапии с курсом семейной медицины последипломного образования, и Неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга (НЦ УК) ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск) 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). Проведения исследования одобрено на заседании локального этического комитета.

Нами проанализирована случайная выборка амбулаторных карт пациентов,обращавшихся за неврологической помощью в период с 2008 года по 2014 гг. Таким образом, временной срез проведенного исследования составил 6 лет.Всего проанализировано 2039 амбулаторных карт.Согласно критериям включения и исключения нами рандомизировано 70/2039(3,4%) случаев ААК.

Критерии включения:

- нейрорадиологическиверифицированнаяААК 0 типа и 1 типа;
- мужской и женский пол,
- возраст пациентов от 1 года и старше.

Критерии исключения:

- предположительный диагнозААК,
- радиологически не подтвержденный;
- другие врожденные пороки головного мозга.

Методы диагностики:

- клинический неврологический,
- нейрорадиологический (МРТ головного мозга 1,5 Тесла, фазово-контрастнаяликворография).

Статистическая обработка базы данных 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 ошибкой. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро – Уилкса. Данные для вариационных рядов с непараметрическим распределением представлены медианами иквартилями (Me [Q25; Q75]). Для сравнения параметрических (количество нормально распределённых признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента и Фишера. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95 % ДИ. Межгрупповое сравнение значимости, при непараметрическом распределении, связанных клинических и параклинических параметров проводилось с помощью парного критерия Уилкоксона, а при несвязных выборках – критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

Общая выборка пациентов составила 70 человек в возрасте от 4 до 64 лет, медиана возраста– 25 [17; 34] лет, в том числе: 30 (42,8 ±7,1%) лиц мужского пола и 40(57,2 ±7,1%) лицженского пола.Согласно международной возрастной периодизации распределение наблюдаемых больных с ААК было следующим:

1 группа - детский возраст (от периода новорожденности до 13 лет 11 мес30 дней – 13/70 (18,5±5,61%) человек. Возраст детей с ААК варьировал от 4 лет до 13 лет, медиана возраста составила 10 [9; 12] лет. Распределение по полу: 7 (53,8±7,2%)девочек, медиана возраста 12 [10; 12] лет, и 6 (46,2±7,2%) мальчиков, медиана возраста - 8,5 [5; 9] лет.

2 группа - юношеский возраст (от 14 лет до 20 лет 11 мес 30 дней - 11/70 (15,7±5,25%) человек, возраст которых варьировал от 14 до 20 лет, медиана возраста составила 17 [16; 19] лет. Распределение по полу: 3 (27,3±6,43%) девушки, медиана возраста - 18 [16; 19] лет, и 8 (72,7±6,43%) юношей, медиана возраста - 17 [15,5; 19,5] лет.

3 группа - взрослые (от 21 года и старше) в количестве 46/70 (65,7±6,85%) человек, возраст которых варьировал от 21 года до 64 лет, медиана возраста составила 30,5 [25; 47] лет. Распределение по полу: 30 (65,2±6,87%) женщин, медиана возраста - 30 [26; 47] лет, и 16 (34,8±6,87%) мужчин, медиана возраста - 31,5 [24; 42,5] лет.

Цефалгический синдром разной степени выраженности наблюдался у26/70 (37,1±5,7%) пациентов.

В первой возрастной группе(детский возраст) различия по частоте встречаемости головной боли были статистически значимыми.При ААК 0 типау девочеквстречалась умеренная головная боль в1/7 (14,3±13,2%), среди мальчиков -выраженная головная боль в1/6 (16,7±15,2%). При ААК 1 типа у девочек жалобы на легкуюголовную боль предъявляли 2/7 (28,6±17%), на умеренную -1/7 (14,3±13,2%), у мальчиков головная боль не отмечена.

Во второй возрастной группе (юношеский возраст) отмечалось значимое увеличение жалоб на умеренную головную боль у юношей как при ААК 0 типа - 1/8 (12,5±11,6%), так при ААК 1 типа 2/8 (25±15,3%), девушки жалобы на головную боль при обоих типах ААК не отмечали.

В третьей возрастной группе (взрослые) жалобы на головную боль при ААК 0 типа чаще предъявляли мужчины - легкая головная боль 1/16 (6,2±6%), у женщин - не отмечалась, умеренная головная боль у мужчин и женщин в 3/16 (18,8±9,7%) и2/20 (6,7±4,5%) соответственно, выраженная головная боль не наблюдалась. При ААК 1 типа головная боль у мужчин головная боль не наблюдалась, у женщин легкая у 4/30(13,3±6,2%), умеренная – 5/30 (16,6±6,8%), выраженная – 3/30 (10±5,4%).

В целом, нами отмечено повышение частоты головной боли при ААК у лиц женского пола в 18/40 случаев (45±7,8%) по сравнению с лицами мужского пола – 8/30 (26,6±8%), при этом при увеличении степени пролапса миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие отмечалось значимое увеличение частоты головной боли у лиц женского пола: при ААК 0 типа головная боль у мужчин диагностирована в 1/30 случаев (3,3±3,2%), у женщин – 3/40 случаев (7,5±4,2%), при ААК 1 типа – у мужчин в 2/30 случаев (6,7±4,5%), у женщин 15/40 случаев (37,5±7,6%). Повышение же артериального давления отмечалось только у 2/30 (6,7±4,5%) лиц мужского пола. У данных пациентов отмечалось повышение систолического артериального давления до 2 степени.

Таким образом, по результатам данного пилотного исследования показано, что частота встречаемости головной боли при ААК имеет статистически значимую тенденцию к повышению в зависимости от степени пролапса миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие (от 0 до 1 типа) и пола – преимущественно у лиц женского

пола, при этом не связано с повышением артериального давления. Наличие головной боли «типичного» характера, требует настороженности врачей различных специальностей в плане исключения пороков развития ЦНС – аномалии Арнольда-Киари, и требует разработки современных алгоритмов дифференциальной диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гнездилов А.В., Авакян Г.Н., Сыровегин А.В., Загорулько А.В., Медведева Л.А. Эффективность мексидола в снижении головных болей напряжения // Сибирское медицинское обозрение. 2004. т. 30, № 1, с. 48-50.
2. Milhorat T.M., Nishikawa M., Kula R.W., Dlugacz. Y.D. Mechanisms of cerebellar tonsil herniation in patients with Chiari malformations as a guide to clinical managemen // Acta Neurochir. 2010; 152: 1117-27.
3. Кантимирова Е.А., Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Алексеева О.В., Петрова М.М. Случай апноэ сна у ребенка при аномалии Арнольда-Киари // Тезисы научно-практической конференции День педиатра ФМБА России, Железногорск, 18-19 сентября 2014 // Вестник Клинической больницы №51. 2014. т. 5, №4(2), с. 59-60.
4. Клинико-томографические соотношения при синдроме Арнольда-Киари Латышева В.Я., Олизарович М.В., Филюстин А.Е., Гурко Н.А. // Международныйневрологический журнал. 2011. т. 7, №45, с 6-11.
5. Speer M.C., Enterline D.S., Mehltretter L. et al. Chiari type I malformation with orwithout syringomyelia: prevalence and genetics. // J.Genet Couns. 2003; 12: 297-311.

УДК618.14 - 002.4 - 036 - 06 : 618.39

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСТРОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО МЕТРОЭНДОМЕТРИТА ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОГО ВЫКИДЫША НА 20-21 НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ

К.В. Судраб, С.Ш. Афендиева, С.З. Султанова

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Научный руководитель к.м.н., доц. Е.Ю. Киселева

Острый метроэндометрит - воспаление слизистой и мышечной оболочек матки. Заболевание чаще вызывается группой микроорганизмов, присутствующее в нормальной микрофлоре влагалища. К ним относятся: Гр+ кокки, Гр- бактерии (E.coli, Klebsiella spp., Chlamydia trachomatis, Proteusspp., Enterobacter spp., Gardnerella vaginalis, Neisseria), анаэробы (Bacteroides spp. Peptostreptococcus spp), другие (Mycoplasma spp., Ureaplasma spp., tuberculosis). Риск развития метроэндометрита возрастает при проведении гинекологических манипуляций (выскабливание полости матки, зондирование полости матки, гистеросальпингография, гистероскопия, неаккуратные спринцевания, постановка внутриматочных контрацептивов), после родов, кесарева сечения, самопроизвольного аборта.

Наибольшую опасность представляют манипуляции, проведенные во внебольничных условиях, с несоблюдением правил асептики и антисептики. Внутренняя поверхность матки представляет собой после подобных манипуляций раневую поверхность, которая легко подвергается обсеменению микроорганизмов, вызывающих воспалительный процесс.

В ряде случаев лечение острого метроэндометрита предусматривает консервативное лечение, включающую антибактериальную, инфузионную, симптоматическую терапию. Но в практике врача-гинеколога встречаются случаи, когда метод лечения становится радикальным не только в плане оперативного вмешательства, но и по отношению к репродуктивному здоровью женщины.

Разбор клинического случая:

11.03.2015г. в ГКБ №4 г. Красноярска поступила пациентка А. (32 лет) с жалобами на тянущие боли внизу живота, выделения из половых путей с неприятным запахом, повышение температуры тела до 39,9°С, слабость, одышку, нарушение мочеиспускания, повышенное потоотделение.

Из анамнеза: беременность 3, желанная, на учете в женской консультации не состояла, не обследована. С 01.03.2015 г. стала периодически отмечать повышение температуры тела до 38°С, принимала жаропонижающие препараты. 08.03.2015 г. в домашних условиях произошел выкидыш мертвым плодом, самостоятельно отделилась плацента. За медицинской помощью не обращалась. Криминальное вмешательство отрицает. С 11.03.2015 г. больная стала отмечать ухудшение состояния, прием ацетилсалициловой кислоты не дал положительного эффекта. Бригадой СПМ доставлена в ГКБ №4 г. Красноярска.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Язык обложен бело-серым налетом. АД130/90 мм.рт.ст., Ps 98 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18/мин. Сердечные тоны

ясные, ритмичные. Живот болезненный при пальпации в нижних отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Олигоурия, моча выведена катетером, в объеме 50 мл. Молочные железы мягкие, соски без особенностей, отделяемого нет. Матка на два пальца ниже пупка, плотная, малоподвижная.

Лабораторные показатели крови: анемия легкой степени, лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гиперфибриногенемия, гипопротеинемия, гипокалиемия, увеличеие С-реактивного белка до 292,05 мг/л. В анализе мочи без патологий. В анализе мазка обнаружены Trichomonas vaginalis, лейкоциты в большом количестве. На УЗИ: остатков плацентарной ткани не выявлено, полость сомкнута, эхо признаки метроэндометрита

Status ginecologicus: оволосение по женскому типу, наружные половые органы без особенностей, развиты правильно. Влагалище рожавшей, шейка сформирована длиной 2 см, цервикальный канал проходим для 3 см. Матка увеличена до 15-16 недель беременности, деревянистой плотности, безболезненная. Придатки с обеих сторон болезненные при пальпации, своды глубокие, свободные. Выделения из половых путей сукровичные, гнойные, со зловонным ихорозным запахом.

Диагноз: острый метроэндометрит после неуточненного инфицированного выкидыша.

План ведения: начать инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию.

После 18-тичасового наблюдения и лечения пациентки не было выявлено положительной динамики. Было решено собрать консилиум, на котором был поставлен диагноз: тяжелый метроэндометрит после внебольничного инфицированного выкидыша на сроке беременности 20-21 недели. Синдром системного воспалительного ответа. ОАА. Анемия легкой степени тяжести. Трихомониаз.

Учитывая поставленный диагноз, отсутствие выраженной положительной динамики на фоне проводимой терапии, ухудшение лабораторных показателей, появление признаков деструктивных изменений в матке, показано по витальным показателям произвести экстирпацию матки с трубами, дренирование брюшной полости на фоне инфузионной и антибактериальной терапии.

При осмотре макропрепарата, тело матки увеличено до 15-16 недель беременности, округлой формы, мягковатой консистенции с мраморным рисунком. Правая маточная труба размером 10,0*1,0*0,5 см, отечна, серозный покров гиперемирован. Левая маточная труба размером 10,0*1,0*0,5 см, отечна, серозный покров гиперемирован. Плацентарная площадка шероховатая с гнойным налетом, с участками некроза. Миометрий до 5,0 см с отеком тканей и максимальным количеством тромбов в области плацентарной площадки (Рисунок 1).

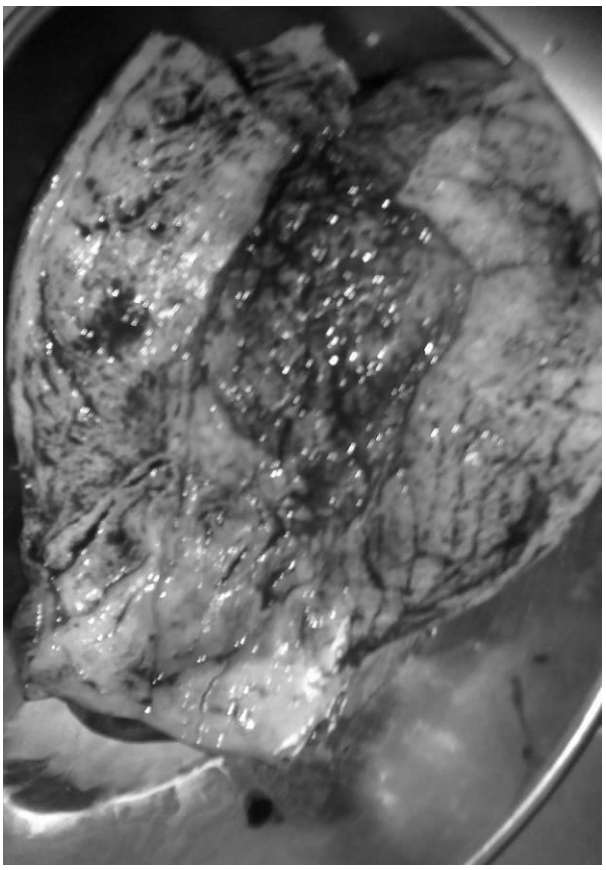


Рисунок 1 – Макропрепарат гнойно-нектротического метроэндометрита.

Получены результаты гистологического исследования. Морфологическая картина серозно-гнойного миометрита, гнойного эндометрита, двустороннего сальпингита. В области плацентарной площадки лейкоцитарная инфильтрация, лейкостазы, лейкодиападез, сосуды тромбированы тромбами смешанного строения, на поверхности фибрин. Густая лейкоцитарная инфильтрация.

Окончательный диагноз: острый гнойно-некротичекий метроэндометрит после неуточненного внебольничного выкидыша на 20-21 неделе беременности. Параметрит. Синдром системного воспалительного ответа. Трихомониаз.

Выводы:

1) Данный клинический случай показывает, что в практике врача-гинеколога в лечении острого метрондометрита не всегда эффективны консервативные методы.

2) Еще раз подтверждается тот факт, что раннее обращение за медицинской помощью влияет на исход лечения.

3) Экстирпация матки стала единственно верным решением в вопросе лечения острого гнойно-некротического метроэндометрита для анной пациентки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Айламазян, Э.К. Гинекология от пубертата до менопаузы / Э.К. Айламазян – 2007.
2. Баисова, Б.И. Гинекология: учебник / Б.И. Баисова – 2011.
3. Брокгауз, Ф.А. Энциклопедический словарь / Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон.
4. Гинекология. Национальное руководство. – Москва: ГЭОТАР, 2013
5. Радзинский, Е.В. Гинекология / Е.В. Радзинский, А.М. Фукс, 2014.
6. Сухих, Г.Т. Гинекология / Г.Т. Сухих, В.Н. Серов – 2014.
7. Baggish, M.S. Hysteroscopy: Visual Perspectives of Uterine Anatomy, Physiology and Pathology / M.S. Baggish, R.F. Valle, H. Gued. – 2007. – 488 p.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – Sepsis following Pregnancy, Bacterial // Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – 2012. – P. 3.

УДК 581. 6:577.164.3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА В РАСТИТЕЛЬНЫХ ОБЪЕКТАХ

С.Б. Сулейманова
Красноярский 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, к.б.н. доц. Е.Ю. Екимова

Проблема сохранения здоровья населения одна из важнейших на сегодняшний день. Население нашей страны часто болеют простудными и респираторными заболеваниями. Заболеваемость в городах РФ на этой неделе составила 72,4 случая гриппа и ОРВИ на 10 тыс. человек, что выше базовой линии для России на 5,1% Доктора объясняют это снижением иммунитета, а причиной этому недостаток витаминов, или гиповитаминоз.

Витамин Р (рутин, цитрин, катехины, гесперидин и др.) – комплекс соединений, называемых биофлавоноидами. Эти водорастворимые вещества растительного происхождения очень важны для нашего здоровья. Чаще всего, когда говорят о витамине Р, имеют в виду цитрин и рутин, их ещё называют биофлавинами, флавоноидами и т.д.

Источниками витамина Р являются в основном цитрусовые – он содержится в их белой кожуре и междольковой части. В ягодах и фруктах, таких как голубика, малина, ежевика, чёрная смородина, шиповник, черешня, черноплодная рябина, абрикосы, виноград, рутина тоже много. Из овощей основными его источниками можно считать капусту, томаты, петрушку, укроп, кинзу, зелёный салат, стручковый перец. Очень много витамина Р в гречке,

поэтому её рекомендуют есть при варикозе, чтобы укрепить стенки сосудов. Экстракты соков и некоторые напитки тоже содержат витамин Р – чай, кофе. В замороженных плодах витамин Р практически не сохраняется.

Биофлавоноиды защищают и укрепляют весь наш организм. Они отличаются высокой антиоксидантной активностью. Например, катехины, содержащиеся в зелёном чае, могут восстанавливать нарушенную структуру клеток.Витамин Р нормализует структуру капилляров и поддерживает её в оптимальном состоянии: капилляры остаются эластичными, могут расширяться, когда это необходимо, и заболевания не возникают. Биофлавоноиды препятствуют развитию варикоза, перепадам давления, возникновению отёков и нарушений кровообращения. Вместе с витамином С они предотвращают разрушение очень важного вещества – гиалуроновой кислоты. Данная кислота служит как бы «цементом» для клеток сосудов и капилляров – она укрепляет клетки и связывает их друг с другом. Именно гиалуроновая кислота помогает сохранять структуру и прочность капилляров, снижает проницаемость их стенок и вероятность появления синяков. Благодаря биофлавоноидам сердечно-сосудистая система защищена от лишнего холестерина. Воздействие витамина С на иммунную систему, её защита от инфекций и простуд становятся более эффективными в присутствии достаточного количества биофлавоноидов, обладающих выраженным антибактериальным действием. Витамин Р также участвует в желчеобразовании, помогает регулировать суточную норму выделения мочи и деликатно стимулирует функцию коры надпочечников.

Сколько витамина Р необходимо человеку ежедневно, учёными пока не установлено, однако можно сказать, что мы всегда получаем достаточно биофлавоноидов, если в нашем питании присутствуют фрукты, ягоды, овощи и зелень. Большинство врачей и специалистов по питанию рекомендуют употреблять от 25 до 50 мг рутина. Ещё одна рекомендация – 100 мг биофлавоноидов на каждые 500 мг аскорбиновой кислоты.

При дефиците Витамина Р может начаться отёк мозга и мозговые кровотечения, однако причиной всему ломкие и хрупкие капилляры. Заболевания других жизненно важных органов – сердца, лёгких и т.д., тоже начинаются с заболеваний капилляров. О переизбытке витамина Р пока ничего не известно. Он нетоксичен, и его излишки выводятся из организма без каких-либо последствий.

Цель работы - исследование количественного содержания витамина Р в различных лекарственных растениях.

Задачи исследования:

- изучить литературные данные о витамине Р, для выявления его значения в жизни человека;

- исследовать содержание витамина Р в растительных объектах;

-провести анкетирование у студентов 1-ого курса ФФМО специальность «Стоматология»;

-разработать рекомендации по использованию витамина Р в практической деятельности человека.

Рутин способен окислятся перманганатом калия. В качестве индикатора применяется индигокармин, который вступает в реакцию с перманганатом калия после того как окислится весь рутин. Экспериментально установлено, что 1 мл 0,1 н раствора перманганата калия окисляет 6,4 мкг рутина. Используя данную методику, можно определить содержание витамина Р во многих растительных объектах, в том числе и в хвое.

Объекты исследования: лекарственные растения: боярышник, укроп, фитоседан №2, мать-и-мачеха, листья эвквалипта, фитопектол №2, грудной сбор №4, зеленый чай, черный чай, цветы ромашки, крапива; Кофе: JacobdsMonarch, MacCoffeCold, Neskafe (3 в 1).

Ход работы:

1. К 100 мг сухого вещества приливали 50 мл горячей дистиллированной воды, провели экстракцию в течении 5 минут на водяной бане.
2. К 10 мл экстракта лекарственных растений добавили 10 мл дистиллированной воды и 5 капель индигокармина. Появилось синее окрашивание.
3. Раствор титровали из микробюретки 0,05н раствором перманганата калия до появления устойчивой желтой окраски.
4. Определяли процентное содержание рутина в растворе по формуле:

$$x = \frac{3{,}2 * \mathbf{A} * V * \mathbf{100}}{\mathbf{V2} * \mathbf{P} * \mathbf{1000}}$$, где

X – содержание рутина (витамина Р) в лекарственном растении (%);

3,2 – стандартный пересчетный коэффициент;

А – результат титрования (мл);

V-объем, в котором растворена взятая для анализа навеска (мг);

100 – общее количество вещества для расчета процентного содержания (г);

V2 – объем раствора, взятого для титрования (мл);

1000 – перевод мкг в мг Р = 30 - 50 мг/100 г.

В ходе проведённого исследования были получены результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Содержание витамина Р в исследованных растениях.

№	Название исследуемого вещества	Результат титрования	Содержание витамина Р в %
1	Ромашки цветы	1,44	0,912
2	Зеленый чай	1,1	0,88
3	Черный чай	0,95	0,76
4	Фитопектол 2%	0,7	0,56
5	Эвкалипт	0,65	0,52
6	JacobsMonarh	0,55	0,44
7	MacCoffee	0,39	0,4
8	Nescafe	0,28	0,312
9	Фитоседан	0,5	0,224
10	Боярышник	0,325	0,2
11	Укроп	0,25	0,2
12	Грудной сбор № 4	0,25	0,2
13	Мать-и -Мачеха	0,25	0,2
14	Крапива	0,25	0,2

Исследование показало, что самое высокое содержание витамина Р в цветках ромашки (0,912 %), зеленом (0,88 %), черном чае (0,76 %), фитопектоле (состав: листья Мать-и-мачехи, подорожник, солодки корня) (0,56 %) и листьях эвкалипта (0,52 %).

С целью выявления знаний о витаминах и, в частности о витамине Р,была разработанаанкета и проведено анкетирование студентов 1 курса ФФМО специальности «Стоматология».

Результаты анкетирования показали, что 54 % опрошенных студентов не знают, что такое витамин Р; 56,7 % знают только витамины А, В, С и D; 29,7 % знают еще витамин Р, 13,5 % студентов вообще не знают никаких витаминов;56,7 % опрошенных дают второе название витамину Р «Ретинол», это говорит нам о том, что студенты не знают и витамин А, и лишь 37, 8 % указали вторым названием Витамина Р «Рутин». Опрос показал, что необходимо провести семинары, лекции по витаминам, ведь нам, как будущим врачам, необходимо знать о каждом витамине и его роли в нашем организме.

Применение полученных результатов: рекомендуем использовать настои ромашки для сохранения структуры и прочности капилляров, снижения проницаемости их стенок и снижения рисков появления синяков. Благодаря рутину сердечно-сосудистая система защищена от лишнего холестерина. Отвара ромашки рекомендуем применять для нормализации силы сердечных сокращений, оказания успокаивающего действия на нервную

систему. Также рекомендуем использовать листья эвкалипта, т.к. они регенерируют ткани, сужают сосуды и убирают неприятные запахи.

Выводы:

1. Витамин Р обладает антиоксидантной активностью, улучшают стенки капилляров и повышает иммунитет. Витамин С является синергистом витамина Р.
2. Методом титрования выяснили что, наиболее богаты витаминомР цветки ромашки, зеленый и черный чай.Минимальным содержанием характеризуются боярышник, укроп, мать-и-мачеха, крапива и грудной сбор №4. Среднее значение отмеченодля кофе.
3. Анкетирование студентов показало неполные и неглубокие знания студентов о влиянии витаминов на жизнедеятельность организма, что говорить о необходимости популяризовать знания о витаминах.
4. При употреблении в пищу мяса, рыбы, и других белковрекомендуемдобавлять в рацион питания свежие овощи, фрукты и зелень в качестве источника витаминаРдля лучшего усвоения продуктов питания животного происхождения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вишнев, В.Н. Гиповитаминоз: профилактика и лечение. / В.Н. Вишнев – С-Пб: ООО «ИГ «Питер-Медиа». - 2010.– 62 с.
2. Губергриц, А.Я. Лечебное питание. / А.Я. Губергриц, Ю.В. Линевский – М: Издательское объединение “Выща школа”, 1989. – 398 с.
3. Мильская, А.Д. Исцеляющие продукты. / А.Д. Мильская – М: Фолио, 1998.– 482 с.

УДК: 616.24-002-053.2/.6

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

И.С. Сучкова
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: к.м.н., доц. А.И. Зарянкина

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных, преимущественно бактериальных, заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [2].

Диагностика внебольничной пневмонии у детей является важным вопросом педиатрии. Проблема пневмонии обусловлена ее тяжестью, экономическими затратами, летальностью в определенных группах детей. В последние годы появились новые данные об этиологической структуре пневмонии, что требует усовершенствования подходов к терапии заболевания. У детей в возрасте 6 мес. — 6 лет ведущим возбудителем пневмоний (более половины всех внебольничных типичных пневмоний) является Streptococcus pneumoniae, реже встречаются пневмонии, вызванные Haemophilus influenzae типа b (до 10%). Стафилококк не играет большой этиологической роли. Пневмонии с нетипичным течением наблюдаются в этом возрасте редко (10-15% пневмоний, вызванных Mycoplasma pneumoniae, 3-5%– Chlamydophyla pneumoniae) [1].

Цель исследования – изучить особенности течения острых пневмоний у детей дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Оценить особенности клинической картины острой внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста.

2. Проанализировать результаты рентгенологического исследования у детей исследуемой группы.

3. Оценить широту использования и информативность микробиологических и серологических исследований на респираторные патогенны.

4. Проанализировать антибактериальную терапию острых пневмоний у детей дошкольного возраста.

Было проанализировано 25 медицинских карт стационарного пациента детей в возрасте от 4 до 6 лет с острыми пневмониями, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении № 2 У «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с сентября 2014 по декабрь 2014.

Анализируя данные медицинской документации, было выявлено, что у детей дошкольного возраста пневмония чаще (16 детей; 64%) развивается в возрасте3-4 лет, в возрасте 4–5 лет пневмония диагностирована у 4 детей (16%), 5–6 лет – у 5 детей (20%). В исследуемой группе: 14 мальчиков (56%), 11 девочек (44%).

Большинство детей поступали в стационар на второй неделе от начала заболевания (12 детей; 48%) в связи с отсутствием положительной динамики. Длительность заболевания на амбулаторном этапе представлена на рисунке 1.

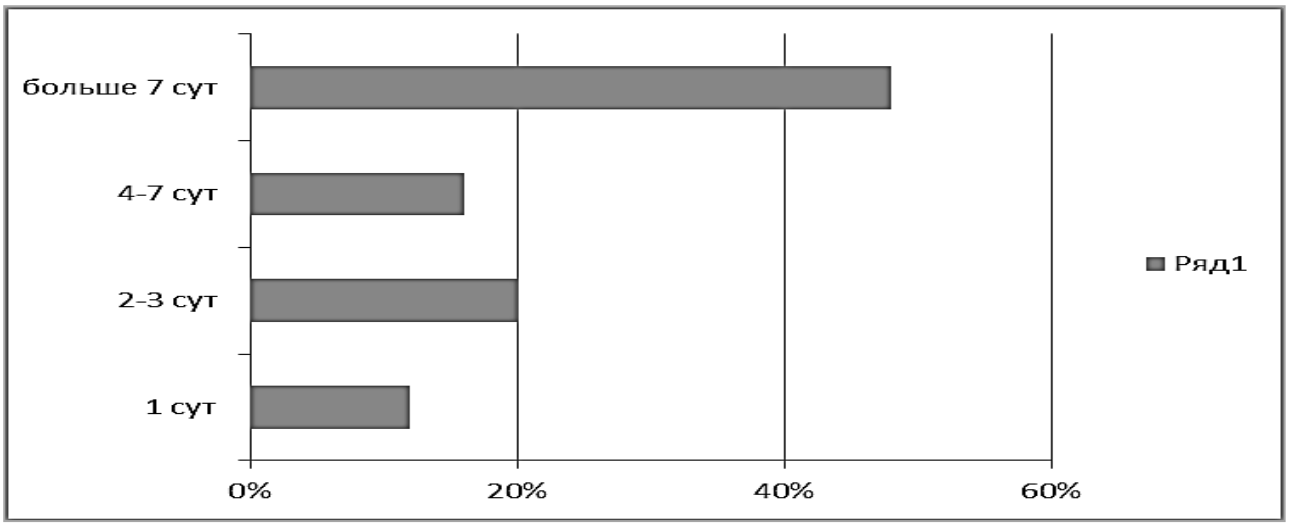


Рисунок 1 – Длительность заболевания на амбулаторном этапе.

18 детей (72%) госпитализированы по направлению участкового педиатра, 5 детей (20%) доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 2 ребенка (8%) обратились самостоятельно.

На амбулаторном этапе 3 ребенка (12%) получали монотерапию антибиотиками пенициллинового ряда, 2 ребенка (8%) – 2 последовательных циклаантибиотиков (пенициллины, макролиды), 20 детей (80%) антибактериальную терапию не получали.

При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести отмечалось у 22 детей (88%), 3 детей (12%) поступили в тяжелом состоянии.

Повышение температуры тела до 38 градусов при поступлении в стационар отмечалось в 20% случаев (у 5 детей), выше 38 градусов – в 56% случаев (у 14 детей). В 24% случаев (у 6 детей) температура тела оставалась на нормальных цифрах.

Одним из основных клинических симптомов острой пневмонии является кашель. В исследуемой группе сухой кашель наблюдался у 7 детей (28%), малопродуктивный – у 15 (60%), продуктивный – у 1 ребенка (4%). У 2 детей (8%) на момент госпитализации кашля не отмечалось.

Синдром поражения легких при пневмонии характеризуется локальной симптоматикой [2]. При аускультации у 6 детей (24%) отмечалось локальное ослабление дыхание, у 12 детей (48%) – разнокалиберные влажные хрипы, из них у 5 детей (20%) в сочетании с сухими, у 3 детей (12%) отмечались сухие хрипы. В 16% случаев (у 4детей) хрипы не прослушивались.

Рентгенологическое подтверждение пневмоний является обязательным критерием «золотого стандарта» диагностики пневмонии. Рентгенологическое исследование подтверждает клинический диагноз и позволяет уточнить форму пневмонии [2].

По форме в 48% случаев (12 детей) встречалась очаговая пневмония, в 52% (13 детей) –

сегментарная. По локализации у 15 детей отмечалась правосторонняя пневмония, что составило 60% случаев, по 20% (по 5 детей) – левосторонняя и двусторонняя.

В исследуемой группе детей наиболее часто (8 детей, 32%) встречалась правосторонняя сегментарная пневмония, наиболее редкой - левосторонняя очаговая (у 2 детей, 8%). Рентгенологическая картина острых пневмоний у детей дошкольного возраста представлена на рисунке 2.

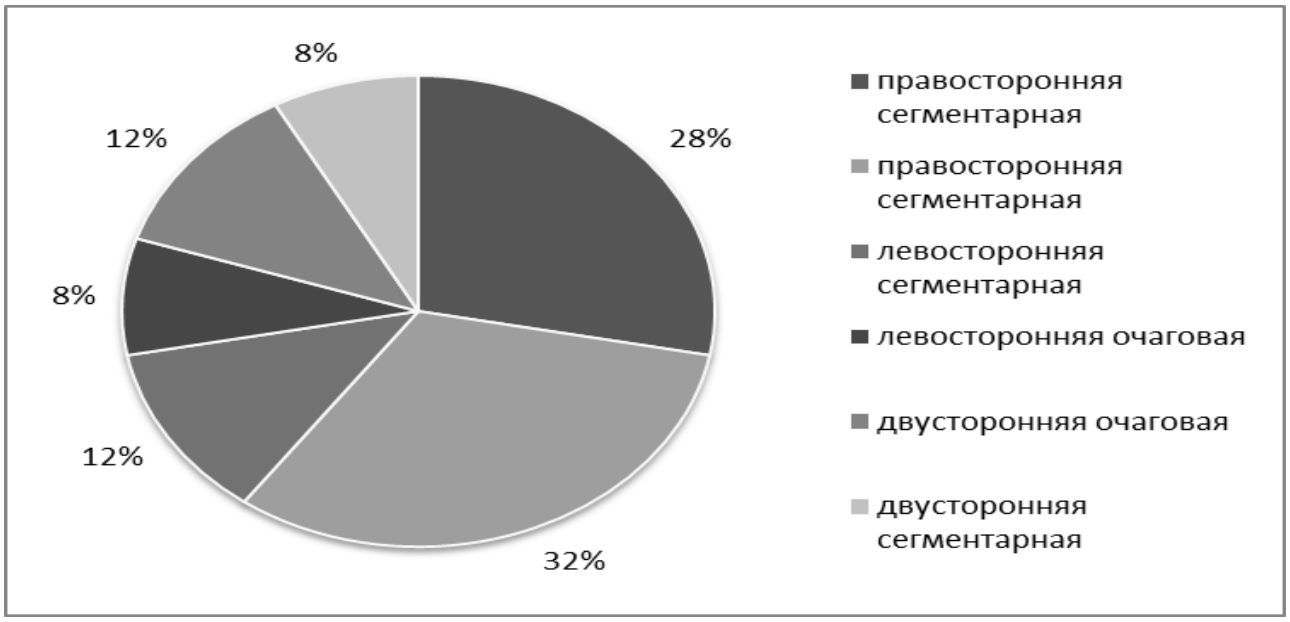


Рисунок 2 – Рентгенологическая картина острых пневмоний у детей дошкольного возраста.

Проанализировав данные общего анализа крови, было выявлены: лейкоцитоз – у 12 детей (48%), из них нейтрофильного характера – у 9 (75%),палочкоядерный сдвиг – у 5 детей (20%), ускорение СОЭ 15-25 мм/ч у 8 детей (32% случаев), больше 25 мм/ч – у 3 детей (12% случаев).

Для адекватной антибактериальной терапии необходимо микробиологическое исследование мокроты. Посев мокроты проведен в 36% случаев (у 9 детей). Результаты посева представлены на рисунке 3. В 51% случаев (у 5 из 9 детей) патогенной и условно-патогенной флоры не выявлено.

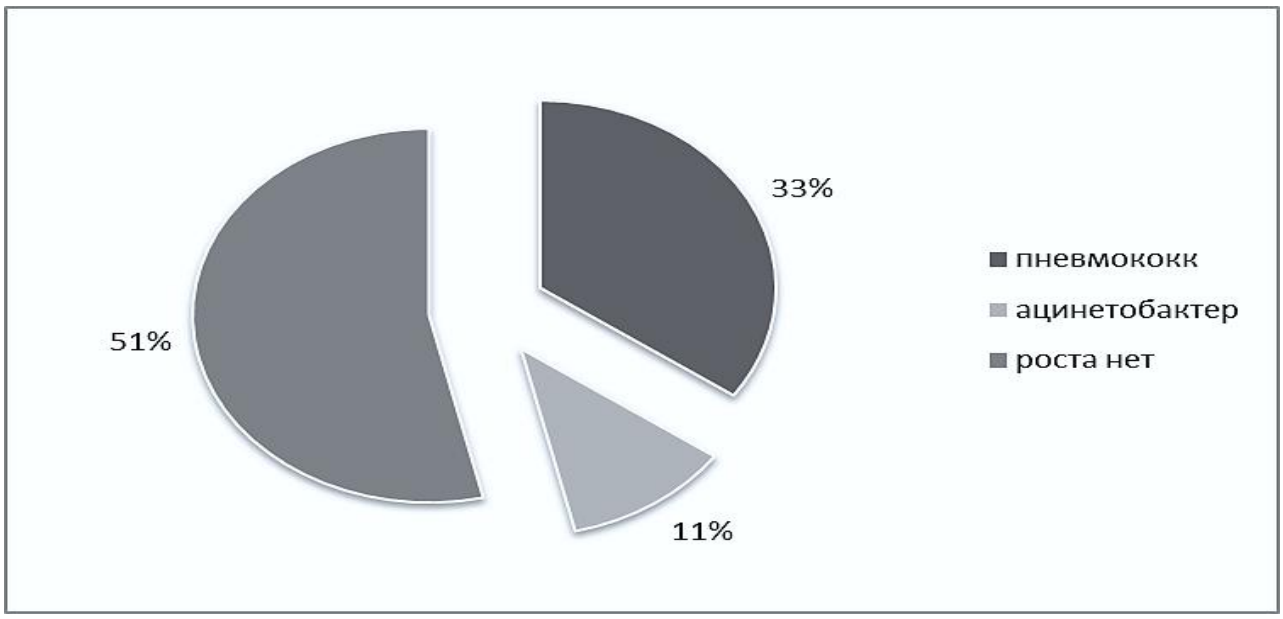


Рисунок 3 – Результат микробиологического посева мокроты.

3 детямпроводилось серологическое исследование на респираторный микоплазмоз и хламидиоз.IgM кChl. pneumoniae были выявлены у 2 детей,IgM кM. pneumonia – у 1 ребенка.

При анализе антибактериальной терапии было выявлено, что в 20% случаев (5 детям) проводилась антибактериальная монотерапия, в 80% случаев (20 детям) – последовательная, из них, 17 детям(85%) проведено 2 курса антибактериальной терапии, 2 детям (10%) - 3 курса, 1 ребенку(5%) - 4 курса.

Выводы:

1. В современных условиях внебольничные пневмонии у детей дошкольного возраста не имеют типичной клинической картины, что вызывает затруднение в диагностике, позднюю госпитализацию.

2. Рентгенологическое исследование является основным для подтверждения диагноза. Основными рентгенологическими формами внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста являются сегментарные и очаговые пневмонии с преимущественной локализацией в правом легком.

3. Микробиологическое исследование мокроты мало информативно. Необходимо шире использовать серологическое исследование на респираторные хламидии и микоплазмы.

4. Для выздоровления от острой пневмонии необходимо, в большинстве случаев, 2 курса антибактериальной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бовбель, И.Э. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии в амбулаторной практике педиатра: метод. рекомендации для врачей / И.Э. Бовбель, В.Ю.Малюгин. – Минск, 2013. – 48 с.

2. Таточенко, В.К. Болезни органов дыхания у детей / В.К. Таточенко. – М.: Медицина, 1987. – 496 с.

УДК 616.248-053.2-08:615.234

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

А.О. Сюткина

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., ст. преп. Т.В. Потупчик

Проблема бронхиальной астмы (БА) у детей чрезвычайно актуальна. В 2011 г. на совещании ООН по неинфекционным заболеваниям (Non-communicableDiseases - NCDs) внимание было сосредоточено на увеличение угрозы БА и других неинфекционных заболеваний глобальному здоровью, социальному благополучию и экономическому развитию [1].

В связи с высокой распространенностью БА является проблемой здравоохранения не только в России, но и в мире. Сегодня в мире насчитывается около 300 млн. больных бронхиальной астмой. По данным ВОЗ, к 2025 г. эта цифра увеличится до 400 млн. [2]. Чаще начало заболевания приходится на детский возраст до 10 лет - 34%, от 10 - 20 лет - 14%, от 20 - 40 лет - 17%, от 40 - 50 лет - 10%, от 50 - 60 лет - 6%, старше - 2%. Первые приступы заболевания могут появиться уже на первом году жизни [5].

Программа ведения детей с БА предусматривает комплексный подход с назначением широкого круга мероприятий. Основные направления программы при БА у детей включают следующее: устранение воздействия причинных факторов (элиминация), разработка индивидуальных планов базисной противовоспалительной терапии, индивидуальных планов купирования обострений, плана реабилитации и диспансерного наблюдения, просвещение и обучение больных детей и членов семьи, профилактика прогрессирования заболевания [3].

Основой фармакотерапии БА является базисная терапия (БТ), под которой понимают регулярное длительное применение препаратов, купирующих аллергическое воспаление в слизистой оболочке дыхательных путей. У детей старше 6 лет базисная терапия проводится под контролем функции внешнего дыхания [1].

Для базисной терапии в настоящее время используют разные группы препаратов: системные и ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), кромоны, комбинированные ИГКС с пролонгированными бета$_2$-агонистами, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, теофиллины, моноклональные антитела к иммуноглобулину Е, аллергоспецифическую иммунотерапию [4].

Цель исследования – изучить особенности базисной терапии бронхиальной астмы у детей.

Задачи исследования:

1. Изучить регулярность и эффективность медицинского наблюдения по амбулаторным картам детей (формы 112У), находящихся на диспансерном наблюдении с диагнозом: бронхиальная астма.
2. Провести анализ данных с указанием частотыОРВИ, обострений БА и их причин.
3. Оценить соответствие принимаемых средств БТСтандарту медицинской помощи больным астмой.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ «КМДБ №4». Всего в исследовании были включены 30 детей с диагнозом бронхиальная астма, в возрасте от 2 до 13 лет, из которых 53,3% мужского и 46,6% женского пола.

По данным проведенного анализа амбулаторных карт (формы 112У), было зарегистрировано 53,3% пациентов с диагнозом БА атопическая, легкой формы, 33,3% - атопическая, легкая, персистирующее течение , 10% -БА атопическая легкая, кашлевая форма, 3,3% - БА атопическая, тяжелой формы. Из представленных амбулаторных карт (формы 112 У) 10% детей болеют менее года, 43,3% детей болеют в течение 1 – 2 лет, 30% детей болеют - 3-5 лет, 16,6% детей болеют в течение 6-10 лет. У большинства пациентов 43,3% приступы отмечались 1 раз в год, у 20% пациентов обострение было зарегистрировано - 2 раза в год, у 3,3% пациентов обострение регистрировалось - 3 раза в год и у 33,3% пациентов приступы отсутствовали. В развитии приступов бронхиальной астмы пусковую роль наряду с экспозицией аллергенам играет роль ряд дополнительных факторов, прежде всего ОРВИ. Так, анализируя частоту возникновения приступов, у 75% детей приступы отмечались на фоне или сразу после перенесенной ОРВИ, а в 16,6% случаев приступы отмечались на фоне полного соматического здоровья. Базисная терапия, контролирующая

течение бронхиальной астмы, принимается ежедневно и длительно, что помогает достичь и поддерживать ремиссию заболевания. На фоне получаемой БТ, у 75% пациентов приступы возникали, но протекали в более легкой форме и быстро купировались, у 15% пациентов приступы возникали в период, когда они не принимали БТ.Беспрерывно находились на БТ 63,3% пациентов, а 36,6% пациентов прерывали прием БТ по разным причинам. Так из детей прерывавших прием БТ - 36,4% пациентов - это те дети, у которых достигнута длительная ремиссия, больше года, и 63,6% пациентов, это дети, которые не обращались к врачу-аллергологу, лечились самостоятельно. На момент исследования 100% из представленных детей, больных бронхиальной астмой получали базисную терапию. Анализируя острую заболеваемость детей с бронхиальной астмой отмечается, что 26,6% детей болеют ОРВИ не более 1 раза в год, 63,3% детей болеют ОРВИ - 2-3 раза в год, 10% детей болеют ОРВИ - более 4 раз в год. Диспансерное наблюдение осуществляет участковый врач-педиатр 1раз в квартал и врач аллерголог 1 раз в 6 месяцев. 80 % детей посещают педиатра регулярно, 6,6 %- не регулярно, чаще всего их посещение врача-педиатра связано с выпиской рецептов и 13,3% по заболеваемости. Регулярно посещают аллерголога 83,3% детей, 16,6% посещают не регулярно. Чаще всего посещение врача аллерголога связано с обострением и с коррекцией лечения. В качестве дополнительного контроля БТ использовалась пикфлоуметрияу 26,6% детей, спирометрия - у13,3%, спирография - у 16,6%, у 53,3% - нет сведений в амбулаторных картах.

В качестве базисной терапии 20 детей применяли Фликсотид, 10 - Беклометазон (Беклазон, Бекотид), 13 - Будесонит (Пульмикорт), 4 - Формотерол (АТИМОС), 7- Сальметерол+Флутиказон (Серетид, Тевакомб), 5- Монтелукаст (Сингуляр), что соответствует Стандарту медицинской помощи больным астмой №600 от 17 сентября 2007 г.

Выводы:

1. Благодаря регулярному медицинскому наблюдению (регулярно посещают аллерголога 83,3%, регулярно посещают педиатра 80 % детей) отмечается высокий процент (86,6%) детей с диагнозом БА легкой степени.

2. 26,6% детей, получающих БТ, болеют ОРВИ не более 1 раза в год, 63,3% детей болеют ОРВИ - 2-3 раза в год. Приступы БА, возникающие на фоне БТ, протекали в более легкой форме и быстро купировались.Из причин прерывания БТ отмечались у 63,6% детей - отказ родителей и у 36,4% детей - длительная ремиссия.

3. Получаемая БТ соответствует Стандарту медицинской помощи больным астмой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Геппе, Н. А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей / Н. А.Геппе // Педиатрия. – 2012 – Т. 91.- № 3. – С. 24-28.

2. Кондюрина, Е. Г. Оптимизация терапии персистирующей бронхиальной астмы у детей - Как важно правильно сделать первый шаг / Е. Г. Кондюрина, В. В. Зеленская, О. А. Рябова // Медицинский совет. – 2013. - №5. - С. 12-15.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 4-е изд., испр. и доп. - М., 2012. - 184 с.

4. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2007. http://www.ginasthma.org (lastaccessed 25 March 2008).

5. URL: http://fito-doktor.ru/zdorovyy-obraz-zhizni/1047-bronhialnaya-astma-statistika-faktory-vliyaniya-techenie-profilaktika.html

УДК 614.253:616-006-052

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ОНКОПАЦИЕНТА

Е.Г. Тахтобин, В.Е. Туренков

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.фил.н., 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. Соблазн 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», «cancer», «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 серьёзности 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дыхно, Ю.А. Границы конфиденциальности в онкологии / Ю.А. Дыхно – 2001. – С. 14.

2. 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. / А.Н. Орлов – 1985. – С. 38-46.

УДК 616.1-008-053.2:796

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЫСОКОДИНАМИЧНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

К.Ю. Тёлкин, Ю.П. Ковалёв

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., асс. Н.А. Скуратова

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков функциональные болезни сердца и сосудов находятся на одном из первых мест, причём на сегодняшний день ведущая роль принадлежит нарушениям сердечного ритма. Ежегодно возрастает количество детей с нарушениями метаболизма сердечной мышцы, что часто обусловлено не только наследственной предрасположенностью или генетическими дефектами, но и внешними факторами риска (эмоциональные, физические перегрузки, снижение иммунитета и т.д.) Своевременно не диагностированные функциональные заболевания у детей могут явиться причиной раннего развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, кардиомиопатии и других заболеваний, что ведет к снижению продолжительности жизни, развитию инвалидности или внезапной смерти [2]. Учитывая тот факт, что к спортивным тренировкам, в том числе к спорту высших достижений, привлекается всё большее количество детей, проблема оценки кардиологических изменений становится актуальной не только для врачей спортивной медицины, но и для педиатров и детских кардиологов [4]. Для спортивной тренировки современного уровня свойственны высокие физические и эмоциональные нагрузки, что при неблагоприятных обстоятельствах увеличивает опасность физического перенапряжения и провоцирует развитие предпатологических и патологических состояний [1].

Проявления патологических изменений сердца или системы кровообращения при занятиях спортом могут быть разделены на 2 группы: первая включает в себя заболевания сердца и сосудов, появляющиеся у здорового человека при нерациональных занятиях спортом, прежде всего при чрезмерных физических нагрузках. К ним относятся изменения миокарда вследствие острого и хронического перенапряжения: гипер- и гипотонические состояния, различные нарушения ритма сердца, тонзилло- или гепатокардиальный синдром и т.д.[1,3]; вторую группу составляют заболевания сердечно-сосудистой системы, которые проявляются под влиянием занятий спортом. В эту группу входят обострения различных заболеваний сердца, которые были у спортсменов до начала занятий спортом и с которыми они были допущены либо потому, что заболевания не были распознаны врачами, либо потому, что врач не придал им значения и не считал их противопоказанием к занятиям спортом. К этой группе относятся врождённые и приобретённые пороки сердца, гипертоническая болезнь и др. [3]. На фоне интенсивных физических нагрузок сердечно-сосудистая система спортсмена переходит на новый уровень работы, принципом работы которого является «экономизация» функции сердца в покое [1].

Под влиянием современной спортивной тренировки у юных спортсменов возможно появление сердечно-сосудистых отклонений – структурно-функциональных изменений, пограничных с нормой вариантов или уже сформированной патологии сердечно-сосудистой системы. Данные изменения могут реализоваться в определенные возрастные периоды жизни (на фоне интенсивного роста, гормональных изменений), при наличии провоцирующих факторов могут обостряться и нередко становиться причиной категорического запрета к занятиям спортом, в том числе профессиональным. В некоторых случаях заболевания сердечно-сосудистой системы у детей, долгое время оставаясь нераспознанными, проявляются при интенсивных занятиях спортом, при физическом и психоэмоциональном перенапряжении на фоне недостаточного восстановления резервов организма (недостаточный период сна, длительная напряжённая работа за компьютером, период экзаменов и т.д.). Для детского возраста характерно отсутствие или минимальная выраженность субъективных симптомов патологии органов кровообращения. Однако на фоне воздействия на организм ребёнка множества разнообразных факторов (эмоциональные и физические перегрузки, вредные привычки, неблагоприятная экологическая обстановка и др.), отклонения пограничного характера могут перейти в серьёзную, требующую длительной медикаментозной коррекции, патологию [4].

В настоящее время, учитывая привлечение большого количества детей к занятиям спортом, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у юных спортсменов и проблема отбора детей для занятий спортом являются актуальными в

практике врача. Непрерывно растущий организм ребенка, в отличие от уже сформировавшегося взрослого, отмечается рядом морфологических, функциональных и адаптационных особенностей, недооценка этого фактора может не только затормозить рост спортивных результатов, но и привести к серьёзным нарушениям здоровья юного спортсмена. Оценка функциональных изменений ССС у юных спортсменов позволяет выявить признаки миокардиодистрофии (МКД) хронического физического перенапряжения, даёт возможность оптимизировать спортивные нагрузки и достижения в спорте без ущерба для здоровья ребенка, что необходимо для целенаправленного контроля за резервными возможностями детского организма, своевременного выявления отклонений и коррекции нагрузок.

Цель исследования – оценить функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся высокодинамичными видами спорта.

Обследовано 47 юных спортсменов, из них 38 (81%) мальчиков и 9 (19%) девочек, в возрасте от 8 до 16 лет (средний возраст 13,2±2,1). Все дети занимались высокодинамическими видами спорта в спортивных секциях или спортивных классах г. Гомеля не менее 1,5 лет. Юные спортсмены поступали по направлению врачей спортивного диспансера и кардиологов детских поликлиник в связи с выявленными изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ). Наряду с общеклиническими методами обследования юным спортсменам проведены ЭКГ, кардиоинтервалография (КИГ) и тредмил-тест по стандартному протоколу Брюса. Основные оцениваемые показатели тредмил-теста следующие: время появления субъективных признаков усталости, жалоб, достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС), физическая работоспособность (ФР), наличие или отсутствие функциональных нарушений ритма.

При поступлении 29 (61,7%) человек предъявляли жалобы, у 18 человек (38,3%) жалоб не было. Доминирующими жалобами являлись астеновегетативные (головные боли, головокружение) и кардиологические (повышение АД, сердцебиение) жалобы (таблица 1).

Таблица 1 – Жалобы, предъявляемые детьми при обследовании

Жалобы	Количество	Процент, %
Головные боли	6	20,7
Головокружение	6	20,7
Повышенная утомляемость	4	13,8
Повышение АД	7	24,1
Боли в сердце	2	6,9
Сердцебиение	4	13,8

Ощущение горечи во рту, жжение за грудиной	3	10,3
Обмороки	1	3,45
Потемнение в глазах	1	3,45
Шум в ушах	1	3,45
Изменения на ЭКГ	10	34,5

Из 29 человек, предъявлявших жалобы, 8 (27,6%) человек связывали их с физической нагрузкой.

Кардиоинтервалография (КИГ) была проведена у 34 детей. По данным исследования нормотония и ваготония была зарегистрирована у 15 (44,1%) детей и 16 (47,1%) человек соответственно, симпатикотония – у 1 (2,9%) ребенка, гиперсимпатикотония – у 1 (2,9%) человека. Нормальная вегетативная реактивность (ВР) была зарегистрирована у 5 (14,7%) пациентов, гиперсимпатическая (гиперсимпатикотоническая) ВР– у 23 (67,6%), асимпатическая – у 5 (14,7%). Ввиду наличия эктопической активности при проведении пробы – у 1 (2,9%) ребенка результаты КИГ не интерпретированы.

Тредмил-тест проведен у 45 человек. По данным исследования очень высокая толерантность к нагрузке была зарегистрирована у 13(28,9%); высокая – у 10 (22,2%), средняя – у 22 (49%) детей, Жалобы на усталость, головную боль, сжимающие боли в сердце, чувство жара предъявляли 6 (13,3%) человек.

При проведении тредмил-теста у 38 детей были выявлены следующие изменения на ЭКГ: СРРЖ – у12 (31,6%) человек, суправентрикулярная миграция водителя ритма – у 8(21%), экстрасистолия – у 7(18,4%) детей, синусовая тахикардия и синусовая брадикардия – в 6(15,8%) и 6(15,8%) случаях, синдром укороченного интервала PQ – у 2(5,3%) , блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – у 2 (5,3%) детей, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 2(5,3%) человек, синусовая аритмия – в 1 (2,6%) случае, АВ-блокада 1 степени – у 1(2,6%),СА-блокада 2 степени – выявлена у 1(2,6%) ребенка.

Выводы:

1. У большинства детей преобладали жалобы астеновегетативного и кардиологического характера, причем у 1/3 пациентов прослеживалась связь жалоб с физическими нагрузками.

2. По данным кардиоинтервалографии у детей преобладали нормотония и ваготония и гиперсимпатическая вегетативная реактивность, что свидетельствует о лабильности вегетативных реакций у детей.

3. Результаты тредмил-теста выявили высокую и очень высокую физическую работоспособность у юных спортсменов, однако в единичных случаях были зарегистрированы клинически значимые нарушения ритма (экстрасистолия, СА-блокада и др.)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляева, Л.М. Педиатрия. Курс лекций / Л.М. Беляева. – М. : Мед. лит., 2011. – 568 с.

2. Скуратова, Н.А. Функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и критерии дезадаптации к физическим нагрузкам у юных спортсменов / Н.А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 1. – С. 71–76.

3. Скуратова, Н.А. Результаты нагрузочного теста у детей, интенсивно занимающихся спортом. / Н.А. Скуратова, С.С. Ивкина, Т.Е Бубневич – Naukowa mysl informacyjnej powieki. – 2014.– Vol. 23. – С. 29-32.

4. Школьникова, М.А. Сердечные аритмии и спорт – грань риска / М.А. Школьникова // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2010. – № 2. – С. 4–12.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ

А.В. Тихоненко

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В. Живаева

Проблема психологического благополучия личности является одной из фундаментальных в психологии, поэтому интерес к ней сохраняется на протяжении всей истории психологической науки. Традиционно психологическое благополучие рассматривалось через противопоставление психологическому нездоровью и неблагополучию. В настоящее время активно изучается связь психологического благополучия с различными особенностями личности (смысложизненными ориентациями, суверенностью психологического пространства, стратегиями жизни и т.д.). Актуальность проблемы психологического благополучия личности определяется ее высокой значимостью для решения важнейших вопросов конструктивного развития и функционирования личности,

с одной стороны, и недостаточностью теоретических и эмпирических исследований в данной научной области – с другой [2].

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.

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 методику 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 переживание 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 касаемо 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.

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. 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брэдберн, Н. Структура психологического благополучия / Н. Брэдберн.- Ярославль.: Инфра. 2005.- 13с.
2. Бороздина, Л.В. Особенности самооценки в позднем возрасте. / Л.В. Бороздина, О.Н. Молчанова – 2008.
3. Дубовик, Ю.Б. Исследование психологического благополучия в пожилом и старческом возрасте / Ю.Б. Дубовик // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – №1(15).
4. Карсаевская, Т.В. Человек стареющий. / Т.В. Карсаевская – 2008.
5. Шевеленкова, Т.Д. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) / Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95-129

УДК 618-082(571.513)

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

А.В. Тихонович
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра экономики и менеджмента
Научный руководитель: доц. Т.Д. Морозова

Президентом и правительством Российской Федерации определены основные задачи демографической политики РФ на период до 2025 года. Ключевыми моментами,установленными в программе, являются: повышение уровня рождаемости в 1,5 раза, сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения.

Поставленные задачи не могут быть реализованы без определенной реконструкции сложившейся системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности родов и новорожденным в ряде регионов России, имеющих большую протяженность и низкую плотность населения. Данная ситуация характерна для Сибирского Федерального округа.

К основным показателям, характеризующим качество оказания акушерской помощи, относятся: материнская смертность, перинатальная смертность, своевременность госпитализации при осложненной беременности отражают не только медицинскую, но и общуюсоциально-экономическуюситуацию в Регионе.

Созданная еще в условиях существования СССР модель службы родовспоможения требует в современных условиях существенной корректировки. В настоящее времяповсеместнонаблюдается отток сельского населения в города, что приводит к существенному уменьшению численности женского населения в отдельно взятых муниципальных районах. Созданная в Советское время структура Центральных районных больниц, в состав которых входят родильные дома или акушерские отделения, в настоящее время оказалась малоэффективной и не соответствует поставленным задачам, как по степенизатратности, так и по качеству оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным.

Требуется постоянное внедрение новых технологий, активное участие высококвалифицированных специалистов.

Согласно данным статистики перинатальная смертность в отдельных сельских муниципальных районах превышает среднереспубликанские показатели в 2 раза. Так, например показатель младенческой смертности за 2014 год в Бейском районе составляет 17,0 в то время как в Республике 8,5 на 1000 родившихся.

Сложившаяся система оказания акушерско-гинекологической помощи в учреждениях родовспоможения, включающая амбулаторное звено, маломощные родильные отделения районных больниц не обеспечивают полное выполнение стандарта оказания медицинской помощи роженицам. Анализ основных статистических показателей с 2004 года (2004 - 2014 г.г.) перинатальной и материнской смертности, проведенный на примере Республики Хакасия, показывает неэффективность использования финансовых средства на содержание учреждений родовспоможения в отдельно взятых муниципальных территориях.

С целью улучшения качества оказания помощи в республике Хакасия выстроена маршрутизация беременных и гинекологических больных в соответствии с группой риска развития осложнений. В связи с переходом на одноканальное финансирование и дефицитом средств в здравоохранении возникает необходимость эффективного использования финансовых ресурсов путем создания на базе нескольких учреждений межмуниципальных центров по профилям оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.Создано три межрайонных родильных дома на базе существующих городских родильных домов. На базе районных больниц в ходе реорганизации сохранено в полном объеме амбулаторное звено по профилю акушерство и гинекология, оптимизированы койки для гинекологических больных и для пребывания беременных до 22 недель (рисунок 1).

Рисунок 1.Схема маршрутизации беременных женщин на территории Республики Хакасия.

В соответствии с предлагаемой схемой маршрутизации беременных женщин, основными задачами фельдшера-акушерки ФАПов будет являться:

1. Своевременное выявление беременных. Особое внимание уделяется группам высокого социального риска, как потенциального источника материнской и перинатальной смертности. Методом проведения подворных обходов.

2. Своевременное информирование акушера-гинеколога районной больницы.

Задачи акушерско-гинекологической службы районной больницы:

1. Постановка на учет беременных женщин, с заполнением электронной карты.
2. Обследование с определением группы риска.
3. Передача информации о взятых на учет беременных в организационно-методический отдел межрайонного родильного дома.
4. Консультативная связь с ответственным врачом-куратором закрепленной территории. Еженедельно (при необходимости - в любое время).
5. Организация транспортировки беременных женщин для госпитализации в межрайонный родильный дом.

6. Организация и проведение патронажа, выполнение рекомендаций по реабилитации выписанных родильниц и новорожденных.

Задачи межрайонного родильного дома:

1. Организация приема беременной женщины, согласно ранее намеченного плана при условии плановой госпитализации. При неотложных состояниях в зависимости от акушерской ситуации определение тактики лечения и родоразрешения.

2. Принятие решения о возможности лечения и родоразрешения в условиях межрайонного родильного дома и/или дальнейшего перевода в областной перинатальный центр.

3. Оказание выездной консультативной помощи с последующей транспортировкой из центральных районных больниц прикрепленной территории беременных, родильниц и новорожденных.

4. Организация транспортировки беременных, родильниц и новорожденных при необходимости в областной перинатальный центр.

Основная функция мониторинга возлагается на организационно-методический отдел Республиканского родильного дома. Выделяется группа беременных женщин высокого риска, подлежащих госпитализации в межрайонный родильный дом и/или в областной перинатальный центр. Таким образом, прогнозируется количество родов, предварительно определяется количество беременных женщин подлежащих дородовой госпитализации в отделение патологии беременных. Организационно-методический отдел организует консультации специалистами родильного дома врачей акушеров-гинекологов центральных районных больниц обслуживаемой территории. Даются рекомендации по ведению беременных, уточняются и корригируются группы риска, отрабатывается тактика ведения, определяются сроки госпитализации.

Таким образом, осуществляется постоянная круглосуточная связь с медицинскими учреждениями обслуживаемой территории, а при необходимости связь с областным перинатальным центром. Информационная связь с организационно-методическим отделом межрайонного родильного дома. Организационно-методический отдел осуществляет дистанционное консультирование с использованием телемедицины. При необходимости привлекаются специалисты по профилю заболевания.

Таким образом, организация оказания акушерской помощи в соответствии с маршрутизацией беременных и централизация родов обеспечивает:

1. Оптимизацию финансовых затрат на содержание родовспомогательных учреждений и концентрацию ресурсов.

2. Комплексность оказания медицинской помощи путем применения нового подхода к созданию медицинского учреждения кластерного типа.

3. Повышение качества оказания специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным.

4. Рациональное использование дорогостоящего медицинского оборудования, внедрение инновационных технологий и создание единой информационной системы мониторинга беременных женщин.

5. Соблюдение стандартов оказания медицинской помощи.

6. Формирование и дальнейшее совершенствование преемственности и последовательности оказания медицинской помощи.

7. Повышение профессионального уровня медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»

2. 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.

3. Артюхов, И.П. Особенности репродуктивного здоровья женского населения (на примере г. Красноярска) / И.П. Артюхов, Ю.Г. Гарбер // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии: вып. 15. – Красноярск, 2008. - С. 183-187.

4. Блохина, С.И. Формирование качества медицинской услуги в условиях многопрофильного медицинского учреждения / С.И. Блохина, И.О. Елькин, Т.Я. Ткаченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 4. – С. 12-14.

5. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / А.И. Вялков, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С.16.

6. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение в системе обязательного медицинскогострахования / А.М. Рабец, В.Ф. Чавпецов, В.В. Гришин, В.Ю. Семенов. – М.: Айс, 2009. – 152 с.

7. Гладкая, В.С. Медико-демографическая ситуация среди женщин репродуктивного возраста В Республике Хакасия / В.С. Гладкая // Актуальные проблемы медицины: матер. межрег. науч.- прак. конф. – Абакан, 2009.- С. 59-64.

8. Зелькович, Р.М. Экономика здравоохранения: основные понятия: Учебник / Р. .Зелькович, Л.Е. Исакова, В.Ю. Семенов. – Кемерово: СибформС, 2009. – 90 с.

9. Менеджмент в системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования: Учебно-методическое пособие / Р.М. Зелькович, Л.Е. Исакова, Н.Б. Окушко и др.. – Кемерово: СибформС, 2009. – 351 с.

УДК 616.28-008.1

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТОСКЛЕРОЗОМ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

А.О. Тишин

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

Кафедра лор болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А. Хорольская

Снижением слуха в мире страдает от 4 до 10% населения. Значительную часть кондуктивных нарушений слуха составляет отосклероз.

Отосклероз – это заболевание, проявляющееся снижением слуха и наличием шумов в ушах, в основе которого лежит двусторонний ограниченный остеодистрофический процесс в костном лабиринте, сопровождающийся фиксацией стремени в окне преддверия или патологией нейросенсорного аппарата внутреннего уха. Отосклероз – системное заболевание, при котором поражается не только лабиринт, но и затылочная кость, позвоночник и кисти рук.

Распространенность отосклероза среди населения колеблется по данным литературы от 0,19 до 2,1% [1,2,4]. В развитых странах, таких как, США в последнее десятилетие отмечается некоторое снижение количества больных с данной патологией, что связывают с хорошей диагностикой кондуктивных нарушений слуха и увеличением количества отохирургов [4]. В других странах мира (Япония, Тунис и др.) отмечается рост заболеваемости отосклерозом [2,3,5]. По данным литературы в России отосклерозом болеет в среднем 0,1% всего населения, что составляет 2,1–2,8% к общему числу тугоухих [1,4].

Среди ЛОР патологии отосклероз как причина нарушения слуха по данным различных авторов отмечен в 0,22–2,6% случаев [3].

Отосклеротический процесс чаще всего затрагивает оба уха [1,2], односторонняя тугоухость встречается редко – в 5–15% [1]. У большинства пациентов дебют заболевания развивается в возрасте 20–40 лет [3, 4]. Наиболее высокий уровень заболеваемости приходится на возрастную группу 26–35 лет [4], а диагноз устанавливают в возрасте с 30 до

50 лет или старше [2]. Длительность периода от начала проявлений тугоухости до постановки диагноза и оперативного лечения составляет в среднем 8,5 лет [1,3].

Отосклероз проявляется тугоухостью, как правило, двусторонней, шумом в ушах, возможна тяжесть, ощущение давления в ухе.Отличительным признаком является то, что человек лучше воспринимает речь в условиях шума, чем в тишине (симптом Виллизия).Другой типичный признак отосклероза — неясное восприятие речи при разговоре нескольких лиц (симптом Тойнби).

Для диагностики отосклероза важна аудиометрия (на аудиограмме пациента с отосклерозом имеются явные признаки снижения слуха с нарушением проведения звука по цепи слуховых косточек; при сохранной или почти сохранной функции восприятия звука слуховыми рецепторами внутреннего уха), тимпанометрия, рефлексометрия (отсутствие акустических рефлексов).

Основной метод лечения отосклероза – хирургический (стапедопластика), в результате которого восстанавливается подвижность цепи слуховых косточек.

Мы провели ретроспективное исследование по данным амбулаторных карт Красноярского городского сурдологического центра. Всего было изучено 27175 амбулаторных карт.

Доля отосклероза среди всех обратившихся пациентов составила 1,8%.

Структура заболеваемости пациентов с отосклерозом, обратившихся в Красноярский городской сурдологический центр, за последние три года показана в таблице 1. Для сравнения представлены другие патологии, сопровождающиеся снижением слуха.

Таблица 1 – Структура заболеваемости пациентов с отосклерозом, обратившихся в Красноярский городской сурдологический центр.

Диагноз	Количество пациентов			
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Темп прироста
Отосклероз	7	53	131	+147%
Экссудативный отит с нарушением слуха	45	304	260	-14%
Хроническиймезотимпанит	122	484	450	-7%
Хроническийэпитимпанит	14	63	35	-44%
Тубоотит	13	99	41	-58%
Остраясенсоневральнаятугоухость	17	36	37	+2%
Хроническаясенсоневральнаятугоухость	741	3511	4662	+32,7%
Односторонняяглухота и тугоухость	44	1746	2596	+48%
Смешаннаятугоухость	124	760	831	+9%

Анализируя данные таблицы, можно сделать следующие выводы: доляотосклероза

резко возросла (прирост на 147 %). Это связано с увеличением обращаемости в отделение и с улучшением качества диагностики. Среди этих пациентов велика доля лиц, обратившихся впервые к сурдологу с социально-неадекватным слухом по вопросу льготного слухопротезирования в связи с финансированием и реализацией ФЗ № 122.

Обращает на себя внимание тот факт, что участились случаи заболевания без классической клинической картины, когда пациенты не жалуются на шум в ушах, или не отмечают улучшения слуха в шумной обстановке. На тимпанограмме не всегда можно увидеть классическую кривую типа As, это может быть и тип А. Аудиограммы смешанной и кондуктивной тугоухости имеют разнообразные вариации и формы с костно-воздушным разрывом различного интервала, с зубцом Кархарта и без него.

В связи с увеличением числа лиц, страдающих снижением слуха, в 2014 году по сравнению с прошлым годом, в 1,6 раз увеличилось количество людей, нуждающихся в слухопротезировании. Тактика выбора между оперативным лечением и слухопротезированием оправдана. Право выбора остается за пациентом, но врач должен объяснить и рассказать преимущества каждого метода с учетом индивидуальных возможностей и клинической картины заболевания и сопутствующей патологии пациента. Проведение оперативного лечения в сочетании с последующей коррекцией слуха посредством слухового аппарата позволяет добиться при тугоухости высокой степени и глухоте, достаточно хорошей разборчивости речи, уменьшить мощность слухового аппарата.

Хирургическое лечение в 2014 году получили 30 пациентов с отосклерозом (20 % от общего количества нуждающихся), всем пациентам была выполнена стапедопластика с протезированием. У всех пациентов было отмечено улучшение слуха в той или иной степени. Снижение шума в ухе было отмечено у 60 % пациентов, у 10 % - шум в ухе не беспокоил.

Выводы:

1. Отосклероз – распространенное заболевание в г. Красноярске.
2. Для диагностики данной патологии востребована помощь врача-сурдолога-оториноларинголога, ЛОР-врачи поликлиник города с каждым годом активнее направляют пациентов для консультативной помощи с целью уточнения и постановки диагноза, дальнейшей реабилитации пациентов.
3. Хирургическое лечение требуется большему количеству пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шахова, Е.Г. Эпимиологические аспекты проблемы сенсоневральнойтугоухости в Волгоградской области. Тезизы XXVII съезда оториноларингологов России. / Е.Г. Шахова – Н.Новгород, 2006. – С.72.

2. Ben Arab, S. Otosclerosis in populations living in northern Tunisia: epidemiology and etiology. / S. Ben Arab, G. Besbes, S. Hachicha // Ann. Otolaryngol. Chir.Cervicofac. – 2001. – № 118(1). – P. 19-25.

3.Yagi, T. Incidence and characteristics of otosclerosis in the Japanese population. / T. Yagi // Auris. Nasus. Larynx. – 2002. – № 29(3). – P. 257-260.

4. Петушков, Е.В. Опыт хирургического лечения больных отосклерозом. Тезисы XVII съезда оториноларингологов России. / Е.В. Петушков, Н.Н. Решетников – Н.Новгород, 2006. – С. 133-134.

5. Evidence of increased average age of patients with otosclerosis. / Niedermeyer H.P., HlouslerR., SchwubD. et al. // Adv. Otorhinolaryngol. – 2007. – № 65. – P. 17-24.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е.В. Ткачева

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

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: ст. преп. Ю.В. Живаева

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.

Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ. Л.А. Ясюкова приводит следующие статистические данные. Ежегодные обследования психологами учащихся, поступающих в школы свидетельствуют о том, что дети с высокой вероятностью СДВГ составляют около 30% популяции. Причем мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек.

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.

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.

Известно, что проведение групповых обследований в детских садах и начальных классах позволяет надежно выявлять проблемных детей и своевременно направлять их на консультацию к психоневрологу. Данный подход и обусловил выбор темы нашего исследования «Изучение проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста».

Теоретической и практической основой исследования послужили работы: Л.С. Выготского, Н.Н. Заваденко, А.Л. Сиротюк, Л.А. Ясюковой [4].

Для проведения нашего исследования мы использовали следующие методы :Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью теста Тулуз-Пьерона, игровой методики «Съедобное - несъедобное» (Кривцова И.И.), метода экспертного опроса учителей и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM — IV).

Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 18 города Красноярска .Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы двадцать три 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). В ходе обработки данных выявлен высокий уровень скорости выполнения теста у 4% от общего числа испытуемых. Хороший уровень скорости выполнения теста выявлен у 4 человек, что составило 17% от состава группы. Средний уровень скорости выполнения теста выявлен у 10 человек, что составило 44% от числа испытуемых.

Слабый уровень скорости выполнения теста выявлен у 3 человек, что составило 13% от общего числа испытуемых. Показатель скорости выполнения теста соответствует зоне развития - патология у 5 человек, т.е. 22% группы испытуемых.

Проанализируем результаты испытуемых по показателю – точность выполнения теста. В ходе обработки данных выявлен высокий коэффициент точности выполнения теста у одного ребенка, что составляет 4% от состава группы. Хороший уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 4 человек, что составляет 17% от общего числа испытуемых.Средний уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 9

человек ,что составляет 40% от числа группы. Слабый уровень коэффициента точности выполнения теста выявлено у 4 человек, что составляет 17% от общего числа испытуемых.

Показатель коэффициента точности выполнения теста соответствует зоне патология у 5 человек, что составляет 22% от числа группы.По результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек.

Проанализируеминдивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное-несъедобное». В ходе обработки данных выявлен высокий уровень произвольного поведения у 2 человек, что составляет 8% от общего числа испытуемых. Средний уровень произвольного поведения выявлен у 13 человек, что составило 57% от числа группы. Низкий уровень произвольного поведения выявлен у 3 человек, что составило 13% от состава группы. Очень низкий уровень произвольного поведения выявлен у 5 человек, что составило 22% от общего числа группы.

Проанализируем протоколы наблюдения на данных школьников.

При оценке принятия ребенком инструкции, по поведению детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), было неясно, понимают и принимают ли они инструкцию, пришлось объяснять несколько раз. Мы полагаем, что это может свидетельствовать о невнимательности. При определении качества выполнения инструкции, по поведению детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.) мы увидели, что они частично выполняли инструкцию, не могли сидеть спокойно. Мы полагаем, что это может свидетельствовать о гиперактивности. Для определения соответствия поведения ребенка инструкции игры, мы учитывали, что (Рома Б., Валерия Л., Андрей П., Дима П., Степа П.), частично выполняли инструкцию, не замечая и не пытаясь исправить ошибки. Казалось, что эти дети неспособны подумать прежде, чем что-то сделать. Мы полагаем, что это может свидетельствовать об импульсивности.При определении у ребенка уровня контроля над своим поведением и самооценки в игре, поведение детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.) не соответствовало требованиям инструкции. Мы предполагаем, что это может свидетельствовать о дефиците внимания.При общем подсчете баллов, нами было выявлено, что Рома Б., Валерия Л., Андрей П., Дима П., Степа П., имеют очень низкий уровень произвольности, у них могут быть серьезные нарушения в области развития произвольного поведения.

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 3 детей, что составляет 13% от общего числа испытуемых. У 20 детей, дефицит внимания, по мнению родителей, не выявлен, что составляет 87% от общего числа группы.

По мнению педагогов у 5 человек, выявлен синдром дефицита внимания, что составляет 22% от всей группы.Синдром дефицита внимания не выявлен у 18 человек, что составляет 78% от общего числа группы.

По мнению родителей, симптом гиперактивности и импульсивности, выявлен у 4 человек, что составляет 17% от числа испытуемых. У 19 человек, не выявлен, что составляет 83% от общего числа группы.

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 18 проявление СДВГ не наблюдается, что составляет 78% от общего числа группы.

У 5 человек выявлена высокая вероятность проявления данного синдрома, что составляет 22% 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 5 человек, что составляет 22 % от общего числа испытуемых.Для родителей этих детей нами были разработаны рекомендации, а так же им была дана рекомендация обратиться к врачу-неврологу.

При организации коррекционной работы с гиперактивными детьми акцент должен делаться на следующих умениях ребенка:

-концентрировать внимание;

-доводить начатое до конца;

-контролировать свои движения;

-снимать мышечное напряжение;

-контролировать свои эмоциональные проявления;

-расширять поведенческий репертуар во взаимодействии с взрослыми и сверстниками [21].

В работе с взрослыми, и прежде всего родителями, важно изменить их отношение к своему ребенку, стиль взаимодействия с ним. Начало работы заключается в объяснении причин поведения на основе сбора анамнеза. Они должны понять, что дисциплинарные меры воздействия на гиперактивного ребенка не действуют. Эмоциональный фон общения с ребенком должен быть ровным, позитивным, но без эйфории от его успехов и отвержения

из-за неудач. Тактика вседозволенности также недопустима, так как такие дети очень быстро становятся манипуляторами [1].

Гиперактивным детям должны даваться инструкции, содержащие не более 10-слов. Нельзя просить сделать сразу несколько поручений (убрать игрушки, почистить зубы, умыться и т.д.), так как ребенок просто не запомнит их. Лучше давать следующее задание после выполнения предыдущего. Предполагается обязательный контроль качества выполнения поставленной задачи.

Система ограничений и запретов должна быть четкой и неукоснительно выполняемой, количество запретов должно быть сведено до минимума (они должны касаться исключительно безопасности и здоровья ребенка). Совместно с ним должны быть разработаны санкции, которые последуют в случае нарушения запрета.

Важно обратить внимание родителей на построение фраз в общении с гиперактивным ребенком. Более эффективно давать малышу позитивную альтернативу его негативному поведению, перепроектировать его. Лучше сказать « можно бегать на улице», чем «прекрати беготню»! Но еще более эффективно - включиться в игру ребенка, направить его неконтролируемую энергию в нужное русло [4,2].

Гиперактивных детей необходимо приучать к режиму, к четкому распорядку дня. Нежелательно изменять его даже в исключительных ситуациях. При организации предметно-пространственной среды школы необходимо помнить о том, что гиперактивные дети вследствие двигательной расторможенности и отсутствия произвольного внимания характеризуются повышенным травматизмом. Поэтому желательно наличие мягких модулей, сухих бассейнов и т. д. Коррекционное воздействие на ребенка с СДВГ должно включать следующие приемы и технологии:

1. Обучение приемам саморегуляции через использование релаксаций, визуализаций.
2. Обучение самомассажу.
3. Игры для развития быстроты реакции, координации движения.
4. Игры для развития тактильного взаимодействия.
5. Пальчиковые игры.
6. Подвижные игры с использованием сдерживающих моментов.
7. Психогимнастические этюды для обучения понимания и выражения эмоционального состояния.
8. Работу с глиной, водой и песком.

Дети, страдающие СДВГ, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Синдром дефицит 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. / В.М. Астапов – СПб.: Питер Пресс, 2008. – 256 с.
2. Белоусова, Е.Д. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никифорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2010. - № 3. - С. 39-42.
3. Брязгунов, И.П. Дефицит внимания с гиперактивностьюу детей. / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова – М.: Медпрактика, 2010. – 128 с.
4. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. / А.В. Грибанов, Т.В. Волокитина, Е.А. Гусева, Д.Н. Подоплекин – М.: Академический Проект, 2008. – 176 с.
5. Кропотов, Ю.Д. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. / Ю.Д. Кропотов, А.Б. Пальчик, Л.С. Чутко – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. – 112 с.

УДК: 616.611-002-053.2/.6(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Ткаченко

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: асс. Т.Е. Бубневич

Среди приобретенных заболеваний почек у детей, гломерулонефрит (ГН) является вторым по распространенности заболеванием после инфекции мочевыводящих путей [1].

Особенности течения болезней почек и мочевыводящих путей у детей:

- 50% заболеваний почек протекает малосимптомно или вообще без клинических признаков.
- 50% заболеваний почек протекает с минимальными изменениями в анализах мочи или вообще без изменений.

Клинические признаки и течение заболеваний у детей, особенно в раннем возрасте, существенно отличаются от взрослых показателей, что обусловлено возрастными

особенностями строения и функционирования этой системы.У детей часто встречаются состояния, симулирующие поражения мочевыделительной системы. Это, естественно, вызывает значительные диагностические трудности [1,2].

Около 80% заболеваний почек и мочевыводящих путей у взрослых дебютируют еще в детстве. Это значительно увеличивает ответственность врача за своевременную диагностику патологии, полноценную терапию и реабилитацию больных.

Болеют ГН дети любого возраста, но значительно чаще этой патологией страдают дети в возрасте 3 – 12 лет. При возникновении ГН у детей старше 10 лет значительно чаще наблюдается хронизация патологического процесса, и больные чаще оказываются резистентными к терапии глюкокортикоидами. ГН – одна из основных причин развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и инвалидизации среди приобретенных заболеваний почек в детском, юношеском и молодом возрасте. У детей быстро развивается терминальная стадия ХПН, при которой необходима заместительная почечная терапия и трансплантация почек [2, 3].

Цель работы – изучить клинические особенности течения гломерулонефрита у детей.

Задачи исследования

1. Определить возрастной и половой состав детей и подростков, страдающих гломерулонефритами.
2. Определить возраст дебюта заболевания и выявить причины, приведшие к развитию гломерулонефрита.
3. Клинические проявления и особенности течения гломерулонефрита у детей.

Работа основана на результатах наблюдения 24 детей (17 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 4 до 16 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети, поступившие в нефрологическое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с ГН за период январь – апрель 2014 года. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторное обследование, физикальное исследование, функциональные методы исследования: стандартная Эхо-КГ, УЗИ внутренних органов, почек, щитовидной железы; радиоизотопная ренография; рентгенологические методы обследования; нефробиопсия; консультации специалистов.

Результаты исследования. В выборку включены: 17 мальчиков (70,8%) и 7 девочки (29,2%). Возрастной состав: 1–7 лет 5 человека (20,8%), 8–10 лет 4 ребенка (16,7%), 11–16 лет 15 детей (62,5%). Одинаковое количество детей и подростков в исследуемой группе проживают в г. Гомеле – 12 человек (50%), 12 детей (50%) – разных районах Гомельской области.

Нами выявлено, что дебют заболевания пришелся на возраст 1–7 лет 11 детей (45,8%), 8–11 лет 4 человек (16,7%), 12–16 лет 9 человек (37,5%). Заболевания, предшествующие развитию ГН многообразны. Наиболее часто отмечались острые респираторные заболевания 20 человек (83,2%); геморрагический васкулит, гемолитикоуремический синдром (ГУС), энурез, функциональная диспепсия – по одному ребенку соответственно (по 4,2%).

Чаще всего у детей выявлялся нефротический синдром (N04) – 11 человек (45,8%), рецидивирующая и устойчивая гематурия (N02) – 7 ребенка (29,2%), реже – острый нефритический синдром (N00) – 5 человек (20,8%), хронический нефритический синдром (N03) – 1 ребенок (4,2%).

По течению заболевания – частые рецидивы (1 раза в год) наблюдались у 9 детей (37,5%), редкие рецидивы – у 9 детей (37,5%), заболевание выявлено впервые – у 6 детей (25%).

Клиническая картина гломерулонефрита чрезвычайно разнообразна.При поступлении в стационар в клинике ведущим являлся мочевой синдром 13 человек (54,2%); интаксикационный 5 (20,8%); отечный 5 (20,8%), болевой синдром 1 (4,2%).

Четырем детям из данной выборки была проведена нефробиопсия: один ребенок с нефротическим синдромом, возникшим на фоне ГУС – заключение: нефросклероз; три ребенка с нефротическим синдромом, непрерывно рецидивирующим течением – заключение: минимальные гломерулярные изменения.

По данным нашего исследования, гломерулонефрит в два раза чаще наблюдался у мальчиков в подростковом возрасте. Наиболее часто дебют заболевания приходился на дошкольный, ранний школьный и подростковый возраст.

У большинства детей развитию гломерулонефрита способствовала ранее перенесенная острая респираторная инфекция. В клинике чаще регистрировался нефротический синдром с рецидивирующим течением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Тареева, И.Е. Нефрология: рук-во для врачей / И.Е. Тареева// Медицина. - 2000 - 688 с.

2. Витворт, Д.А. Руководство по нефрологии / Д.А. Витворт, Д.Р. Лоренс // Медицина. - 2000. - 480 с.

3. Шулутко, Б.И. Нефрология. Современное состояние проблем / Б.И. Шулутко – СПб.: РЕНКОР, 2002. – 780 с.

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

И.Ю. Ткачук
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: ст. преп. Ю. В.Живаева

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, локус 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 острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных) 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.

Исследование было организовано и проведено на территории Краевой Клинической больницы, города Красноярска в отделении неврологии с ОНМК. Испытуемые, в количестве 20 человек (мужчины 10 человек, женщины 10 человек), возраст от 45 до 80 лет, находились на стационарном лечении. С целью изучения влияния болезни на показатели жизнестойкости у инсультных больных были исследованы люди, у которых данный диагноз отсутствует

(проходившие лечение в этой же организации, но имеющие другой диагноз, в том же количестве, средний возраст равнозначный).

С целью изучения показателей жизнестойкости у инсультных больных нами была использованы методика «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой.

В результате проведения психодиагностического исследования показателей жизнестойкости у инсультных больных, нами было выявлено следующее: анализируя результаты по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 21,6 % исследуемых, что свидетельствует о том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. И это дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Для 57,6 % характерны низкие показатели. Это характеризует отсутствие удовольствия в собственной деятельности, что порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о преобладании низких и средних показателей, что характеризует представителей данной выборки, как людей не получающих удовольствие от собственной деятельности.

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 45,4 % исследуемых, у которых выявлены низкие баллы, характерно то, что они не способны повлиять на результаты и само течение стрессогенных ситуаций, пассивны и безынициативны в отношении сложившихся вокруг них обстоятельств, могут впадать в состояние беспомощности и апатии. В исследуемой нами выборке для 65 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, и для них свойственно снижение угрозы события или уменьшение выраженности стрессогенных факторов. Выявленные результаты, свидетельствуют , о том что, для исследуемой данной выборке характерна неспособность повлиять на течение стрессогенных ситуаций, либо уменьшение выраженности стрессогенных факторов.

Результаты исследования по шкале «Принятие риска», свидетельствуют о том, что: для 47% исследуемых, характерны низкие баллы. Они не рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, не готовы действовать в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим их жизнь. Исследуемых, для которых характерны высокие баллы выявлено 2 %.

На основании теоретического анализа проблематики жизнестойкости личности и учитывая психологические особенности людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных) нами были составлены рекомендации по реабилитации.

Цели и задачи реабилитации больных с диагнозом инсульт практически не отличаются от общепринятых на сегодняшний день целей и задач в психологии развития личности. Но, учитывая, что личность инсультного больного и перенесенная болезнь в процессе совершенствования подвержена влиянию различных видов депривации, необходимо выстроить

программу психологической реабилитации таким образом, чтобы охватить основополагающие аспекты этой личности, и направить реабилитационное воздействие на позитивное развитие ее эмоциональной и конативной (поведенческой) сфер [3].

У инсультных больных часто отмечают речевой и двигательный дефицит, потерю социального статуса и болевые синдромы. Они приводят к нарушениям в социальной и психологической адаптации. Для предотвращения ухудшения состояния пациентов следует создавать благоприятный психоклимат в семье и поддерживать оптимистический настрой у больного. Пациенту следует внушить реалистичный подход к его недугу, а также разъяснять возможные варианты и исход проводимого лечения и мер восстановления.

Исходя из вышесказанного, сформулируем цели и задачи социально-психологической реабилитации инсультных больных:

1) Установление адекватной самооценки личности;

2) Формирование способности к самореализации.

Для того чтобы наиболее эффективно реализовать поставленные цели, необходимо решить следующие задачи:

Для развития личностно-мотивационной сферы:

1) Создать оптимальные условия и возможности для развития личностного и интеллектуального потенциала больного человека;

2) Создать оптимальные условия и возможности для развития личностного и интеллектуального потенциала больного человека, профилактика нежелательных негативных тенденций развития его личности;

3) Помочь в само актуализации, самореализации его личности;

4) Помочь получить больному знания о собственной личности, ее развитии и раскрытии;

5) Развить его способность к целеполаганию;

6) Научить адекватно, оценивать себя.

Для развития эмоционально-волевой сферы:

1) Сформировать у больного индивидуальные механизмы психологической защиты, психологической толерантности в ситуации постоянно стрессового воздействия социальной среды;

2) Снять у него фобии, тревожности, повысить эмоциональную стабильность;

3) Сгладить невроз подобную симптоматику, повысить адекватность поведенческих реакций;

4) Найти внешние и внутренние ресурсы у больных для достижения целей;

5) Помочь преодолеть внутренние преграды и противоречия на пути к достижению желаемого результата.

В работе с больными выделяют следующие формы:

1) тестирование и обработка результатов;
2) Реабилитация или восстановление речевых функций;
3) Процесс восстановления навыков бытовых и самообслуживания:
4) Консультирование;
5) Индивидуальная и групповая терапия.

Анализ исследований по проблеме психологических особенностей больных с диагнозом инсульт свидетельствует о том, что особенностью отношения к окружающей действительности у них является консерватизм, сопротивление переменам, склонность к морализаторству и нравоучениям, а также более низкий эмоциональный тонус. Исходя из изложенного, актуальным на наш взгляд является изучение показателей жизнестойкости и их коррекция у больных с диагнозом инсульт.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Алесандер// ЭКСМО, 2006. – С. 36–48.
2. Александрова Л.А. Концепции жизнестойкости в психологии /Л.А. Александрова// - URL: www.ucheba.ru
3. Бойко В. В. Правила эмоционального поведения: методич. пособие / В. В. Бойко// СПб. - 1997. - С. 21–40.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк//М. -1984. -100 с.

УДК616.547.973

ПИГМЕНТЫ РАСТИТЕЛЬНОГО МИРА – АНТОЦИАНЫ

М.Д. Токмашева, А.Г. Казан

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

Царство растений бесконечно удивляет нас своим многообразием окраски: от светло-розовой до бордовой, красной, синей, фиолетовой и т.д. Цветовая палитра настолько разнообразна, что невозможно сказать, сколько цветов и их оттенков существует в мире растений. Цвет растений определяется химическим составом клеточного содержимого каждого растения, а точнее, наличием пигментов, которые имеют разнообразную химическую природу. К ним относятся каратиноиды,красные и синие антоцианы, и другие. Антоцианы по своей химической природе относятся к биофлавоноидам, и являются гликозидами [5]. Они состоят из двух частей: углеводной и агликона.

Согласно литературным данным, выделяется 6 классов антоцианов [1], каждый из которых имеет свой определенный цвет.

Таблица 1 – Антоцианидины и их цвета.

Антоцианидин	Цвет
Цианидин (Cy)	Розовый
Пеонидин (Pn)	Пурпурно-синий
Пеларгонидин(Pg)	Красно-фиолетовый
Мальвидин(Mv)	Пурпурный
Дельфинидин(Dp)	Синий
Петудинин (Pt)	Пурпурный

Возникает вопрос: почему же тогда в природе очень широкое разнообразие гаммы цветов? Это можно объяснить тем, что каждый антоциан имеет различные оттенки, потому что он способен изменять свой цвет в связи с различными факторами окружающей среды [2]. И это имеет большое эволюционное значение в природе – распространение видов растений в связи с опылением. Кроме того, растительные пигменты могут использоваться для применения в разных областях, в том числе в медицине и психологии. Известно, что цвет оказывает влияние на психоэмоциональное влияние человека, может повышать или замедлять работоспособность, а так же цвет может использоваться для лечения многих эмоциональных заболеваний [4]. В связи с этим, возникает проблема: каким образом у одного цвета антоциана могут появляться различные оттенки. Ее можно разрешить путем проведения ряда исследований.

Цель работы — изучить пигменты антоцианы путем извлечения их из окрашенных частей растений.

Задачи исследования:

- Выделить из цветков и плодов растений антоцианы.

- Разделить полученные пигменты на антоцианидины методом бумажной хроматографии.
- Определитьпо цвету тип антоцианидина и его оттенки.

Объектом исследования являются цветки и плоды покрытосеменных растений: плоды клюквы (Oxycoccusquadripetalus), малины (Rubusidaeus), черной смородины (Ribesnigrum), брусники (RhodococcumAvror), цветы пеларгонии зональной (Pelargonium zonale) и цикламена персидского (Cyclamen persicum).

Метод исследования — бумажная хроматография по Д.И. Сапожникову, 1957 год. [3].

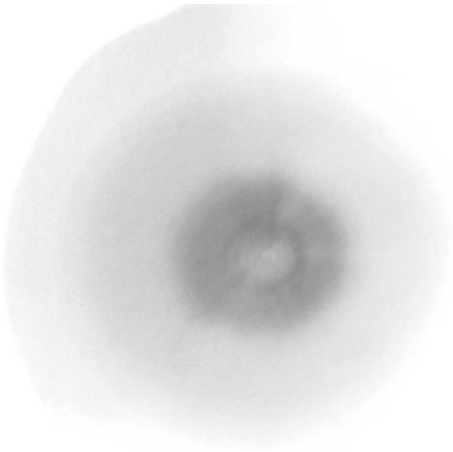


Рисунок 1 – Хроматограмма вытяжки из плодов брусники.

На бумажной хроматограмме хорошо обозначился цианидин цианидин темно-розовых оттенков. Анализ остальных хроматограмм представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Антоцианидиновый состав объектов исследования.

Объекты изучения	Антоцианидиновый состав	Цвет антоцианидинов	Оттенки антоцианидинов
Клюква (плоды)	Цианидин	Розовый	Темно-розовый, светло-розовый
Малина обыкновенная (плоды)	Цианидин	Розовый	Темно-розовый
Смородина черная (плоды)	Дельфинидин, цианидин	Фиолетовый, розовый	Темно-фиолетовый, светло-розовый

Брусника (плоды)	Цианидин	Розовый	Светло-розовый, розовый
Пеларгония зональная (цветы)	Пеларгонидин	Красный	Светло-красный
Цикламен персидский (цветы)	Цианидин	Розовый	Темно-розовый

На основании проведенных исследований мы можем сформулировать несколько выводов:

- В плодах малины, рябины черноплодной обнаружен цианидин темно-розового цвета.
- В розовых цветах цикламена персидского обнаружен цианидин и два его темно-розовых оттенка.
- В плодах клюквы и брусники обнаружены оттенки цианидина и два его оттенка розового и светло-розового.
- В плодах смородины черной обнаружено два антоциана: дельфинидин и цианидин. Дельфинидин фиолетового цвета, цианидин – розового.
- В темно-бордовых цветках пеларгонии зональной присутствует пеларгонидин фиолетового цвета.
- Новизна работы заключается в том, нами обнаружены различные оттенки одного антоциана, что в литературе не указано. Этим и объясняется разнообразие окраски цветов в течение летнего и осеннего периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биохимия растений / А.А. Красильникова, О.А. Авксетьева, В.В. Жмурко, Ю.А. Садовниченко // Ростов на Дону - 2004. - С. 224
2. Кретович, В.Л. Биохимия растений / В.Л. Кретович – Высшая школа, 1980. - С. 448.
3. Виноградова, Т.А. Практическая фитотерапия / Т.А. Виноградова // Валерии СПД, 1998. - С. 640
4. Егорова, Е. ПроЦВЕТание по Максу Люшеру / Е. Егорова // Психология. - 2007. - С. 160
5. Минаева, В.Г. Флавоноиды в онтогенезе растений / В.Г. Минаева // Новосибирск, 1978. – С. 253.

УДК: 616.12-008.313-053.2/.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Е.М. Томан, Н.В. Гинь
Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: асс. Т.Е. Бубневич

Аритмии встречаются очень часто. Они возникают в результате заметных структурных изменений проводящей системы при любом заболевании сердца и (или) под влиянием вегетативных, эндокринных и других метаболических нарушений. Особое значение в развитии аритмий имеют электролитные расстройства, в частности изменения содержания калия, кальция. Аритмии возможны при интоксикациях и некоторых лекарственных воздействиях. Они могут быть связаны с индивидуальными врожденными особенностями проводящей системы. Взаимодействие между желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС) представляет несомненный интерес. Близость расположения с сердцем, общность иннервации способны при переполнении желудка, патологии пищевода по типу висцеро-висцеральных рефлексов провоцировать аритмии [1-3].

Нарушения ритма у детей нередко протекают бессимптомно, что не позволяет точно установить время их появления. Приблизительно в 40% случаев аритмии выявляют случайно (на ЭКГ) либо при обследовании в связи с перенесенной респираторной инфекцией [5].

Дети значительно реже взрослых жалуются на сердцебиение, ощущение перебоев в деятельности сердца, его замирание, даже при тяжёлых формах аритмии. Наряду с этим в препубертатном и пубертатном возрасте нарушения ритма могут иметь яркую эмоциональную окраску, обусловленную психовегетативными расстройствами, и сопровождаться другими кардиальными и экстракардиальными жалобами: болями в области сердца, повышенной возбудимостью, нарушениями сна, метеочувствительностью. При аритмиях возможны слабость, головокружение и обмороки (при синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокаде, синдроме слабости синусового узла, пароксизмальных тахикардиях)[4,5].

В Гомельской области в 2014г., как и в 2013г., одно из первых мест, в структуре заболеваемости кардиологической патологией детского возраста заняли нарушения ритма (НРС): зарегистрировано 1468 случаев (10,3%), в 2013г. – 1311 случаев (10,2%).

Цель исследования - изучить нарушение ритма сердца у детей и подростков с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования:

- Изучить характер различных нарушений ритма и проводимости у детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.
- Выявить особенности вегетативной регуляции ритма сердца у детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы, оценить роль вегетативной дисфункции в развитии нарушений ритма и проводимости у данной категории больных.
- Изучить структуру заболеваемости пищеварительной системы у детей и подростков с аритмическим синдромом.

Материалы и методы. Работа основана на результатах выкопировки данных из историй болезни стационарных пациентов (анамнез, объективное исследование, клинико-инструментальное и лабораторное обследования) – детей и подростков (27 девочки и 33 мальчика) в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в г.Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети с различными НРС и проводимости, поступивших в кардиоревматологическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с целью обследования, уточнения степени аритмического синдрома, выбора тактики лечения за период август-октябрь 2014 года. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-анатомический метод обследования, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного статуса, выраженность вегетативных нарушений, функциональные методы исследования: стандартная ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, ФГДС с биопсией.

В зависимости от наличия дизритмий у детей с патологией верхнего отдела ЖКТ, были сформированы 2 группы:

I группа – 43 ребенка с нарушениями ритма сердца;

II группа – 17 детей с НРС на фоне заболеваний пищеварительной системы.

Результаты исследования. В выборку включены: 33 мальчики (55%), 27 девочки (45%). Учитывая психофизиологические особенности пубертатного периода, большая часть выборки в обеих группах представлена подростками – 33 (55%). В выборку так же включены дети в возрасте 8 – 11 лет (препубертатный период) – 18 (30%), и 1–7 лет (детский возраст) – 9 (15%).

Значительная часть выборки представлена детьми и подростками, проживающими в городе – 47 (78,3 %).

По нашим данным, в обеих группах преобладает физическое развитие среднее гармоничное: в I группе – 19 человек (44,1%), во II группе – 10 (58,8%).

Всем детям проводились ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Нами установлено, что среди НРС в I группе (43 человека) преобладают гетеротопные нарушения – суправентрикулярная экстрасистолия (СЭ) 15 (34,9%), среди номотопных – синусовая тахикардия (СТ) 11 (25,6%). Сочетанные НРС в I группе – 14 человек (32,5%), представлены СТ, СЭ, синдромом укороченного интервала PQ. Нарушения проводимости представлены СА-блокадой 2ст. – 3 (7%).Среди НРС во II группе (17 человек), так же преобладают гетеротопные нарушения – СЭ 7 (41,2%), среди номотопных – синусовая брадикардия (СБ) 3 (17,6%). Сочетанные НРС во II группе – 4 человека (23,5%), представлены СБ, СЭ. Нарушения проводимости представлены СА-блокадой 2ст. – 3 (17,7%). Синдром преждевременного возбуждения желудочков (укороченный интервал PQ) наблюдался в I группе.

Всем детям из II группы проводилась ФГДС с биопсией. У детей I группы не было жалоб со стороны ЖКТ. По нашим данным, среди детей и подростков с патологией верхнего отдела ЖКТ выявлено 11 случаев (64,7%) хронического гастродуоденита, 6 (35,3%) – хронического гастрита.

Оценка состояния ВНС осуществляется на основании исследования трех основных параметров: исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативного обеспечения (ВО) и реактивности (ВР) [2].

Исходный вегетативный тонус отражает клинические проявления и состояние вегетативных функций в период относительного покоя.По нашим данным, в I группе преобладает нормотония – 19 (44,1%), во II группе – в равной степени нормо- и ваготония – 7 (41,2%).

Вегетативная реактивность – это изменение вегетативных реакций на внутренние и внешние раздражители. По нашим данным у детей в обеих группах преобладает нормотоническая ВР: в I группе – 18 человек (41,9%), во II группе – 7 (41,2%). Использовалась запись кардиоинтервалограммы (КИГ) в покое и сразу после перехода в вертикальное положение с последующим расчетом индекса напряжения Р.М. Баевского.

Вегетативное обеспечение – это поддержание оптимального уровня функционирования ВНС, обеспечивающего адекватную деятельность различных органов и систем в условиях нагрузки. ВО оценивалось по клино–ортостатической пробе (КОП). По результатам исследования среди подростков I группы чаще всего наблюдается нормальное ВО 19 человек (44,1%), во II группе – избыточное ВО 15 (88,2%) тахикардитический вариант. У детей с избыточным ВО следует пересмотреть степень физической нагрузки.

Всем детям и подросткам проводилось Эхо-КГ. В I группе выявлено 16 человек (37,2%) с НРС без кардиальных дисплазий и 27 человек (62,8%) с НРС и малыми аномалиями сердца (МАС). Во II группе выявлено 6 человек (35,3%) с НРС, заболеваниями ЖКТ без кардиальных дисплазий и 11 человек (64,7%) с НРС, заболеваниями ЖКТ и малыми аномалиями сердца (МАС). Нами выявлено, что среди МАС у детей обеих групп преобладают аномальные хорды и трабекулы левого желудочка (АХЛЖ, АТЛЖ): в I группе 19 человек (44,2%), во II группе – 8 (47%).

Выводы:

Значительная часть выборки представлена детьми и подростками, проживающими в городе. В обеих группах у детей преобладает среднее гармоничное физическое развитие.

У детей и подростков обеих групп численно преобладают гетеротопные нарушения: суправентрикулярная экстрасистолия; среди малых аномалий сердца – аномальные хорды и трабекулы левого желудочка.

При оценке исходного вегетативного тонуса в I группе преобладаланормотония, во II группе – в равной степени нормо- и ваготония; в обеих группах преобладала нормотоническая вегетативная реактивность; среди детей и подростков I группы чаще всего наблюдалось нормальное вегетативное обеспечение, во II группе – избыточное вегетативное обеспечение тахикардитический вариант.

Более половины детей с патологией пищеварительной системы имеют хронический гастродуоденит, ассоциированный с Helicobacterpylori.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров, Ю.М. Детская кардиология / Ю.М. Белозеров – М., 2004. – 600 с.

2. Вейн, А.М. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.

3. Дудников, Э.В. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта / Э.В. Дудников, С.Х. Домбаян // Южно-Российский медицинский журнал «Гастроэнтерология». – 2001. – № 5-6. – С. 22-24.

4. Кузьмина, А.Ю. Состояние сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта / А.Ю. Кузьмина. // Лечащий врач. – 2004. – №4. – С. 35-38.

5. Мутафьян, О.А. Аритмии сердца у детей и подростков / О.А. Мутафьян. – СПб, 2003. – 224 с.

УДК: 616.24–006–036.22 (571.51)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЛЕГКОГО В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

А.С. Тонконогов, К.А. Кашицына
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Научные руководители: к.м.н., доц. Р.А. Зуков, И.П. Сафонцев

Рак легкого занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в мире. Ежегодно в мире диагностируется около 1,3 млн. и умирает 1.2 млн. человек. К 2020 г. прогнозируется рост числа заболевших до 2,2 млн. Прирост заболеваемости раком легких составил 16,7% за последние 10 лет и отмечается в ряде стран Европы, Азии и США. Наибольшее число случаев рака легких в мире регистрируется в возрасте 50-65 лет. Мужчины страдают данным заболеванием значительно чаще, чем женщины (9:1).

В России в 2014 году выявлено 56 051 больной раком легких, что составило 10,5% всех онкозаболеваний. По динамике прироста заболеваемости за 10 лет рак легких у обоих полов занимает лидирующее место после злокачественных новообразований головного мозга, отделов нервной системы, почки (прирост по «грубому» показателю – 16,7%, прирост стандартизированных показателей – 5,2%). Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по данному заболеванию сложилась в ряде субъектов Российской Федерации, в том числе и в Красноярском крае (КК). Так, среди 12 территорий Сибирского Федерального округа, Красноярский край по показателям заболеваемости рак легкого находится на шестом месте, а по смертности – на первом [1,2].

Цель работы. Изучить интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости и смертности от рака легкого в Красноярском крае за период 2004-2014 гг.

Информационной основой для настоящей работы послужил онкологический регистр КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», который включает данные по впервые выявленным онкологическими больным за последние десять лет, с учетом возраста, пола, стадии заболевания и непосредственной локализации процесса и служит источником для формирования отчетных форм №7 и №35.

В качестве источника информации о численности и половозрастной структуре населения использовались данные Территориального органа государственной статистики по Красноярскому краю.

Описательная статистика представлена в виде относительных коэффициентов. Использовались показатели смертности и заболеваемости раком легкого, рассчитанные на 100 000 населения. Для сравнения уровней заболеваемости населения по Красноярскому краю и России производился расчет интенсивного и стандартизованного показателей, что было обусловлено различиями возрастной структуры населения Красноярского края и России. За исследуемый период произошло изменение структуры населения края в сторону дальнейшего постарения населения. В расчетах использовался прямой метод стандартизации на основе европейского стандарта численности населения.

За период 2004-2014 гг. отмечается рост заболеваемости раком легкого в Красноярском крае. В 2004 году заболеваемость раком легкого среди населения Красноярского края вместе с краевым центром составляла 39,4 случаев на 100 тыс. населения. За исследуемый период данный показатель вырос на 5,5%, составив в 2014 году 41,7 на 100 тыс. жителей края, РФ – 39,06 на 100 тыс. нас.

Прирост стандартизованного показателя в районах края составил 5,3% (с 29,2 до 30,8 на 100 тыс. нас), РФ – 23,5 на 100 тыс. нас.

Среди заболевших, доля мужчин составила 77,4%, женщин – 22,6%. Максимальное число заболевших приходится на возрастные группы 50-54, 55-59 и 60-64 года – 48,7%: у мужчин данный процент составляет 52,1%, у женщин 37,2%.

Среди мужского населения региона заболеваемость раком легкого по интенсивному показателю за исследуемый период увеличилась не значительно на 0,1% (с 68,55 до 68,6 на 100 тыс. населения), РФ – 67,8 на 100 тыс. населения. Стандартизованный показатель за аналогичный период снизился на 1,2% (с 62,7 до 62,0 на 100 тыс. населения), РФ – 49,1 на 100 тыс. населения.

Среди женщин с 2004 г. заболеваемость раком легкого выросла на 25,2% (с 13,6 до 18,2 на 100 тыс. населения) по интенсивному показателю (РФ – 14,2 на 100 тыс. населения). По стандартизованному показателю рост заболеваемости составил 33,4% (с 8,26 до 11,0 на 100 тыс. населения), РФ – 7,17 на 100 тыс. населения.

Аналогичная ситуация отмечается и по показателям смертности от рака легкого. Интенсивный показатель в Красноярском крае начиная с 2004 г. вырос на 16,1%, с 39,4 до 47,0 на 100 тыс. населения в 2014 году (РФ – 34,9). Стандартизованный показатель снизился на 0,3% с 29,7 до 29,6 на 100 тыс. населения (РФ – 20,7).

В структуре смертности от злокачественных опухолей в Красноярском крае почти 1/3 мужчин умирает от рака легкого – 30,2% (РФ – 26,8%). У женщин данный показатель составляет 9,8% (РФ – 6,3%). Пик смертности приходится на возрастные промежутки от 50 до 64 лет – 43,7%.

В 2013 году количество пациентов состоящих на учете более 5 лет в РФ составило 39,3%, СФО 37,3%, в КК- 40,1% (в 2012 году в КК этот показатель составлял 43,4%).

Доля больных РЛ, умерших в течение года с момента постановки диагноза составила 54,1%, что выше среднего показателя по РФ – 51,8%.

Доля РЛ, выявленного на I-II стадиях, в КК в 2014 г. составила 21,7 (2004 г. – 11,5%), что на 47% выше чем в 2004 году (11,5%), но все равно данный показатель остается ниже чем средний по РФ – 25,7%.

Запущенность в диагностике РЛ (IVст.) в КК в 2014 году в крае составила – 38,6% (РФ – 39,4%).

Таким образом, в Красноярском крае отмечаются низкие показатели ранней диагностики РЛ, а также высокие показатели запущенности и догодичной летальности от данного заболевания. Показатели заболеваемости и смертности в Красноярском крае от рака легкого среди мужчин остаются одними из самых высоких в РФ. Женская заболеваемость и смертность от рака легкого в Красноярском крае, как и в России, характеризуется устойчивой динамикой роста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев, В.А. Эпидемиологические аспекты рака легкого в Томской области : автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.12 / В.А. Воробьев – Томск : б/и, 2013. – 25 с.

2. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 235 с.

УДК616.381-002:612.2

СПОСОБЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Л.С. Торосян

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

Кафедра общей хирургии имени профессора М.И Гульмана

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.С. Винник, Е.В. Дябкин

Актуальной проблемой экстренной абдоминальной хирургии является усовершенствование методов послеоперационной терапии распространенного перитонита [1]. В настоящее время, лечение распространенного гнойного перитонита является актуальной проблемой, при котором летальность варьирует от 4,46 до 13.53%, вследствие прогрессирования эндотоксикоза и развития системной полиорганной недостаточности [2]. Иммунная система играет важную роль в успешном лечении этого грозного заболевания [3]. Причиной смерти при этом является эндогенная интоксикация, развивающаяся в результате всасывания в организм из кровеносных и лимфатических сосудов веществ различной степени токсичности, имеющихся в составе перитонеального экссудата, скопившегося в брюшной полости [4]. Перитонит остается хирургической, общеклинической и общепатологической проблемой, актуальность которой не снижается, несмотря на несомненные успехи клинической медицины, вооруженной новыми перспективными технологиями. Поэтому вновь, далеко не в первый раз, прослеживается необходимость более четкого определения и рационального ограничения проблемы перитонита с тем, чтобы сконцентрировать внимание на профилактике и лечении тяжелых его форм [5].

Цель исследования – изучение интегральных гематологических индексов для определения степени тяжести состояния больных с перитонитом.

Задачи данного исследования:

1. Разработать способ определения степени тяжести и летальности по индексу Мангейма у больных с перитонитом.
2. Исследовать интегральные гематологические индексы у больных с перитонитом, в зависимости от возраста пациентов, времени поступления в хирургический стационар и в зависимости от вида оперативного пособия.
3. Исследовать тяжесть эндогенной интоксикации по данным интегральных индексов лейкоцитарной формулы крови.

Нами был проведен ретроспективный обзор 100 историй болезней больных с перитонитом, находящихся в первом хирургическом отделении Дорожной клинической больницы за период с 2011по 2014 год, проводился сравнительный анализ полученных данных. Распределение больных по половому признаку показало, что лица женского пола составили 42%, мужского -58%. Возраст больных перитонитом колебался от 18 до 73 лет. Максимальное число заболевших (44%) приходится на возраст от 18 до 40 лет.У больных проводился анализ интегральных гематологических индексов при поступлении, на первые, третьи, пятые, седьмые сутки после оперативного вмешательства и на момент выписки. Был

проведен анализ с использованием определения степени тяжести и летальности по индексу Мангейма.

В таблице 1 у больных с перитонитом проводился анализ интегральных гематологических индексов при поступлении, на первые, третьи, пятые, седьмые сутки после оперативного вмешательства и на момент выписки. Были выявлены отличия при оценке лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу (ЛИИ1),лейкоцитарного индекса интоксикации по В.К. Островскому (ЛИИ2), абсолютного лимфоцитоза (АЛ),индекса соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекса соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекса соотношения лейкоцитов к скорости оседания эритроцитов (ИЛСОЭ), индекс соотношения лейкоцитов к гранулоцитам (ИЛГ), индекса стресса (ИС).

Таблица 1 – Динамика изменения интегральных гематологических показателей при перитоните

Сутки	ЛИИ1	ЛИИ2	ИС	АЛ	ИСЛ	ИЛСОЭ	ИЛГ	ИСНЛ
Пост.	3,01±0,91	4,29±1,07	0,59±0,09	361,72±119,3	12,04±4,46	1,38±0,58	0,28±0,09	5,73±0,78
1	3,81±0,76	4,25±3,51	0,37±0,34	214,18±25,06	17,31±9,59	1,31±0,66	0,22±0,07	6,24±2,22
3	3,61±3,33	4,25±0,58	0,37±0,16	251,95±49,64	14,77±9,53	0,87±0,27	0,27±0,11	6,23±1,11
5	4,17±1,68	4,13±1,03	0,37±0,08	172,37±38,03	14,58±5,09	1,25±0,61	0,32±0,06	4,68±0,82
7	2,53±0,33	3,77±1,11	0,29±0,11	161,01±36,59	4,22±1,21	0,88±0,53	0,23±0,06	5,05±2,12
14	2,45±0,28	3,28±0,71	0,24±0,07	111,79±69,35	4,39±2,43	1,29±0,71	0,54±0,08	6,07±4,33
Вып	0,82±0,46	1,72±0,28	0,23±0,03	105,31±51,65	1,73±0,3	0,68±0,13	0,31±0,17	1,81±0,29

Анализ изменений интегральных гематологических индексов при перитоните выявил следующие закономерности: при поступлении происходит достоверное увеличение всех показателей, на первые – третьи сутки после операции регистрируется пикообразный

подъем индексов, в дальнейшем происходит постепенное снижение показателей и к моменту выписки из стационара они приближаются к норме. Показатели ЛИИ2 и АЛ были наименее достоверны (таблица 1).

Исходя из данных, приведенных в таблице 2, в 2011 году наиболее вероятный балл по индексу Мангейма равен 31, при этом вероятность равна 12,86%.

В 2012 году наиболее вероятный балл по индексу Мангейма равен 29, при этом вероятность - 12,23%.

В 2013 году максимальный балл по индексу Мангейма составил 31 балл, при этом вероятность равна 12,86%. Минимальный показатель по исследуемому индексу составил 29 баллов, при этом вероятность составила 12,23%.

В 2014 году максимальный балл по индексу Мангейма составил 32 балла, при этом вероятность составила 13,28 %. Минимальный балл по индексу Мангейма составил 29 баллов, при этом вероятность была 12,23% (таблица 2).

Таблица 2 – Степени вероятности по индексу Мангейма.

Года	Вероятность летальности (%)	Баллы по индексу Мангейма
2011	12,23	29
2012	12,86	31
2013	12,23	29
	12,86	31
2014	13,18	32
	12,23	29
	12,55	30
	13,28	32

На представленной диаграмме показаны изменения показателя ЛИИ1 при поступлении. Как видно, 7 человек имеют наиболее высокие индексы. Самым высоким индексом оказалась 3 степень тяжести, и составила более 10 (Рисунок 1)

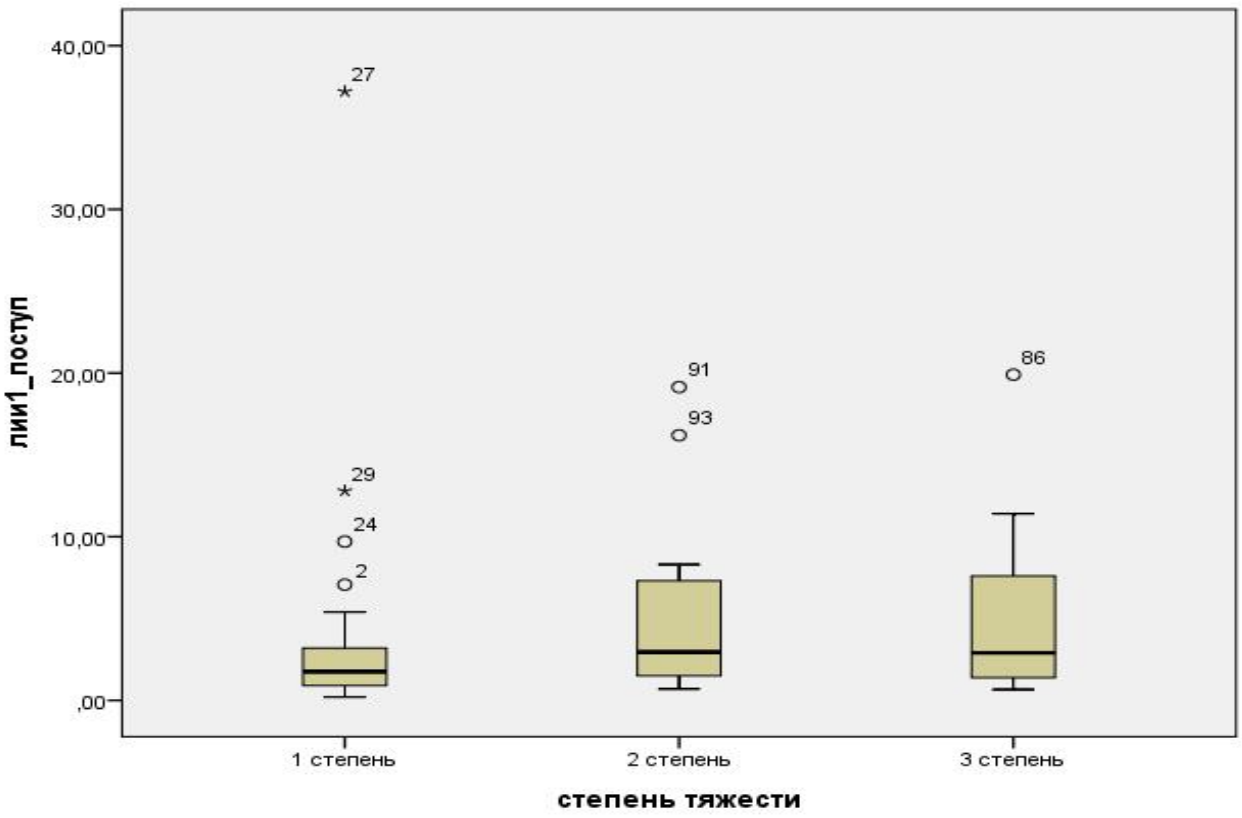


Рисунок 1 – Показатель ЛИИ1 по степени тяжести при поступлении

По данным первого хирургического отделения Дорожной клинической больницы на станции Красноярск, анализируя данные с 2011 по 2014 год, выявлено, что пик заболеваемости перитонитом пришелся на 2013 год и составил 23% от общего количества больных с диагнозом перитонит.

В результате проведённого нами исследования выявлено, что наиболее часто данной патологией страдают лица мужского пола (58%), максимальное число заболевших (44%) приходится на возраст от 18 до 40 лет, тогда, как на возраст от 70 до 88 лет приходится минимальное число больных – 16%.

Комплексная оценка гематологических индексов позволяет оценить развитие, тяжесть, течение воспалительного процесса и степень эндогенной интоксикации, оценить эффективность проводимой терапии и определить стратегию дальнейшей коррекции лечения для достижения максимального положительного эффекта. По данным интегральных индексов лейкоцитарной формулы крови можно судить о наличии острой или хронической эндогенной интоксикации, эффективности проводимого лечения, прогнозировать исход заболевания. Тяжесть эндогенной интоксикации является косвенным критерием тяжести общего состояния больных с различными патологическими процессами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильева, Ю.Н. Динамика интегральных индексов крови у больных с различными формами аппендикулярного перитонита / Ю.Н. Васильева, О.И. Ярошенко, Е.Н. Богуш // Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. − 430 с.

2. Гостищев, В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.

3. Ошибки выбора тактики хирургического лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин, С.В. Чубченко// Анналы хирургии. - 2008. - № 1- С.59-63.

4. Федоров, В.Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов // Хирургия. - 2000. - № 4. С. 58-62.

5. Шаповальянц, С.Г. Диагностика интраабдоминальных инфекционных осложнений после неотложных операций на органах брюшной полости / С.Г. Шаповальянц, А.А. Линденберг, М.Т. Таймаскина // Анналы хирургии. - 2007. - №2. -С.71-75.

УДК 612.822:616-091.818-06:616.894

НЕЙРОН-ГЛИАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В НОРМЕ И ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А.В. Трубкин, В.В. Волкова

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., доцент Н.А. Малиновская

Высокая актуальность исследований нейрон-глиальных взаимодействий обусловлена неуклонным ростом заболеваемости как хроническими, так и острыми патологиями, связанными с гибелью нейронов головного мозга. Так, к 2025 году количество больных Альцгеймером достигнет 7.1 миллиона человек, а к 2050 году – 13.8 миллиона. Широко распространены и острые нейродегенеративные заболевания: смертность от инсульта находится на втором месте в Российской Федерации после смертности от ишемической болезни сердца. Современные исследования показывают, что огромную роль в патогенезе данных заболеваний играют нейрон-глиальные взаимодействия.

Целью данной работы является обобщение известной информации о нейрон-глиальных взаимодействиях.

В соответствии с поставленной целью выделены следующие задачи: изучить отечественные и иностранные источники, обобщить информацию о нейрон-астроглиальных взаимодействиях.

В ходе работы было изучено более 40 англоязычных и русскоязычных источников, из которых были отобраны 11 наиболее важных.

Основными клеточными взаимодействиями в головном мозге являются: астроцит-микроглиальное, нейрон-микроглиальное и предстающее наиболее значимым в патогенезе нейродегенеративных заболеваний нейрон-астроглиальное взаимодействие [1,6]. Основным связующими звеньями между астроцитом и нейрон являются лактат-челночная система и глутамат-глутаминовый цикл (Рис. 1), связанные между собой [2,7,9].

Передача сигнала при помощи медиатора глутамата провоцирует работу лактат-челночной системы. Глюкоза поступает в астроцит, где активно участвует в анаэробном гликолизе, превращаясь в лактат. При помощи MCT1, находящегося на мембране астроцита, и MCT2, находящегося на мембране нейрона, лактат переносится в нейрон, где превращается в пируват, который участвует в цикле трикарбоновых кислот. Кроме того, поступивший лактат участвует в синтезе белков долговременной памяти [2,7].

Глутамат-глутаминовый цикл является средством повторного использования глутамата в качестве медиатора. Глутамат, попавший в синаптическую щель, при помощи EAAT, Na-K-АТФазы, а также ионов натрия и калия, попадает в астроцит, где одна треть превращается в α-кетоглутарат, который идет на энергообеспечение процессов, происходящих в астроците, а две трети в глутамин, который в нейроне превращается в глутамат и используется повторно[4,5,9].

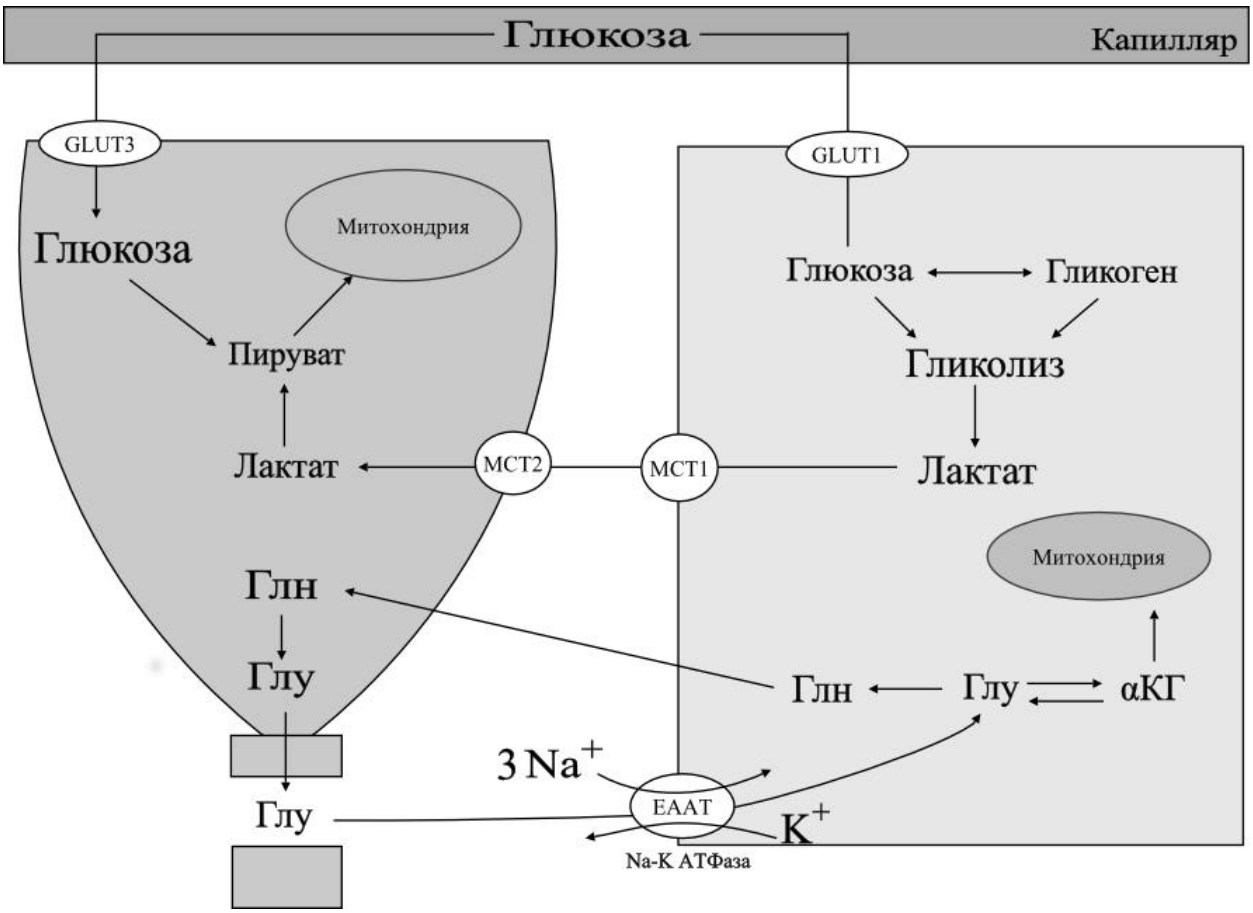


Рисунок 1 – Общая схема нейрон-астроцитарных взаимодействий.

Наиболее часто встречающимся хроническим нейродегенеративным заболеванием является болезнь Альцгеймера, характеризующаяся накопление β-амилоидных бляшек в головном мозге, что приводит к постепенной гибели нейронов. Воздействие β-амилоида оказывает существенное влияние на работу как лактат-челночной системы, так и глутамат-глутаминового цикла. Так, под его воздействием прекращается приток глюкозы в астроциты, что приводит к недостатку энергии как в астроците, так и в нейроне. Недостаток лактата также сказывается на процессе формирования памяти. Токсическое действие β-амилоида тормозит, а затем полностью прекращает синтез EAAT, необходимого для переноса глутамата из синаптической щели (Рис. 2), что приводит к нарушению проведения импульсов [4,8,10].

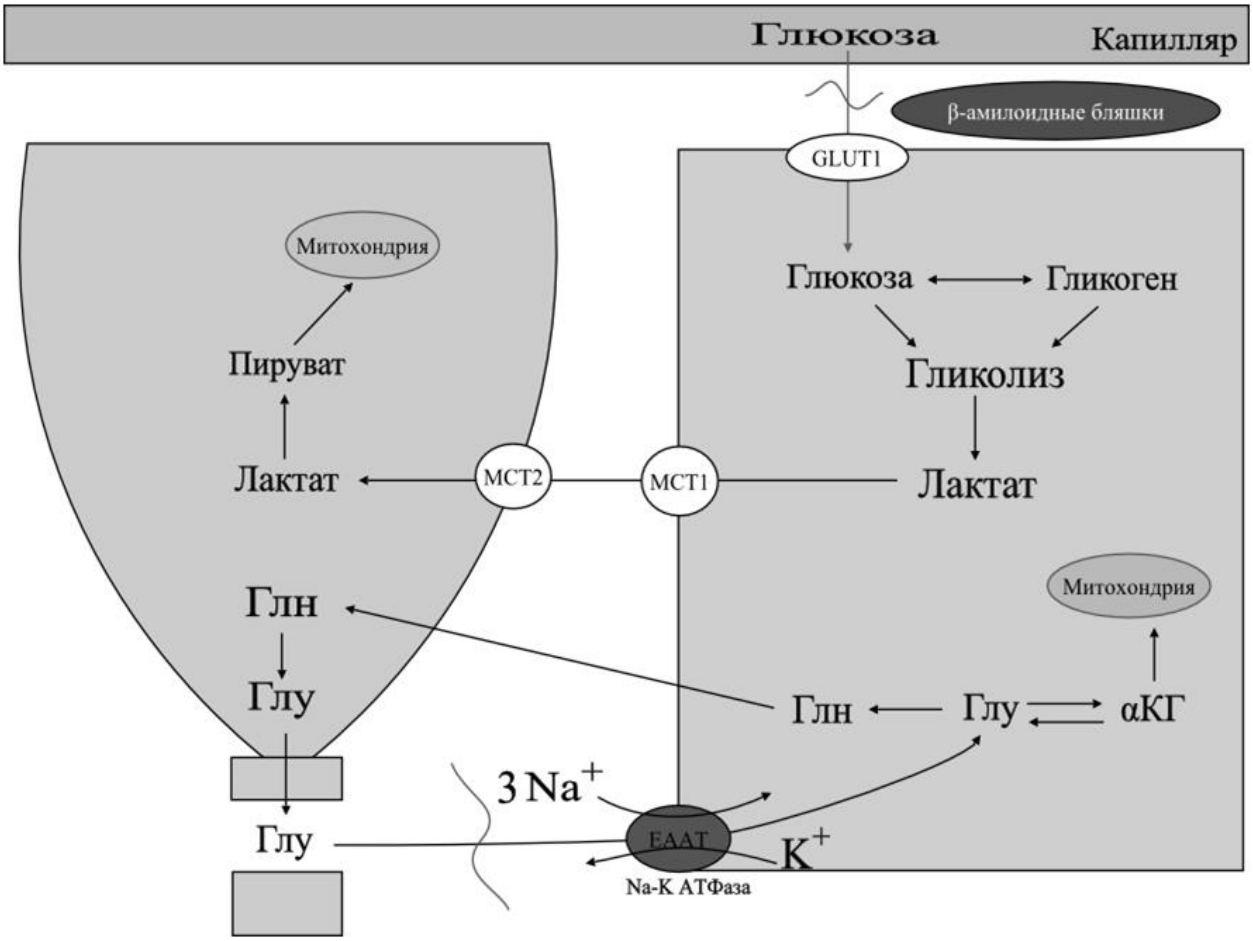


Рисунок 2 – Общая схема взаимодействий при болезни Альцгеймера.

Ишемия является одним из самых распространенных острых нейродегенеративных заболеваний. Она характеризуется резким прекращением кровоснабжения участка мозга с последующей быстрой гибелью нейронов данного участка. Так, из-за прекращения кровоснабжения, нейроны не обеспечиваются ни глюкозой, ни лактатом, хотя синтез последнего и продолжается за счет запасов астроцита. Накапливающийся в астроцитах лактат, вызывает ацидоз в клетке и её гибель, что впоследствии приводит к гибели нейрона, сопряженного с данным астроцитом. Недостаток энергии сказывается и на работе глутамат-глутаминового цикла: АТФ, необходимый для работы Na-K-АТФазы, не синтезируется, что приводит к накоплению глутамата в синаптической щели и нарушению проведения импульсов. Также не происходит переноса глутамина в нейрон (Рис. 3), в связи с чем запасы медиатора в нервных клетках быстро истощаются [9,11].

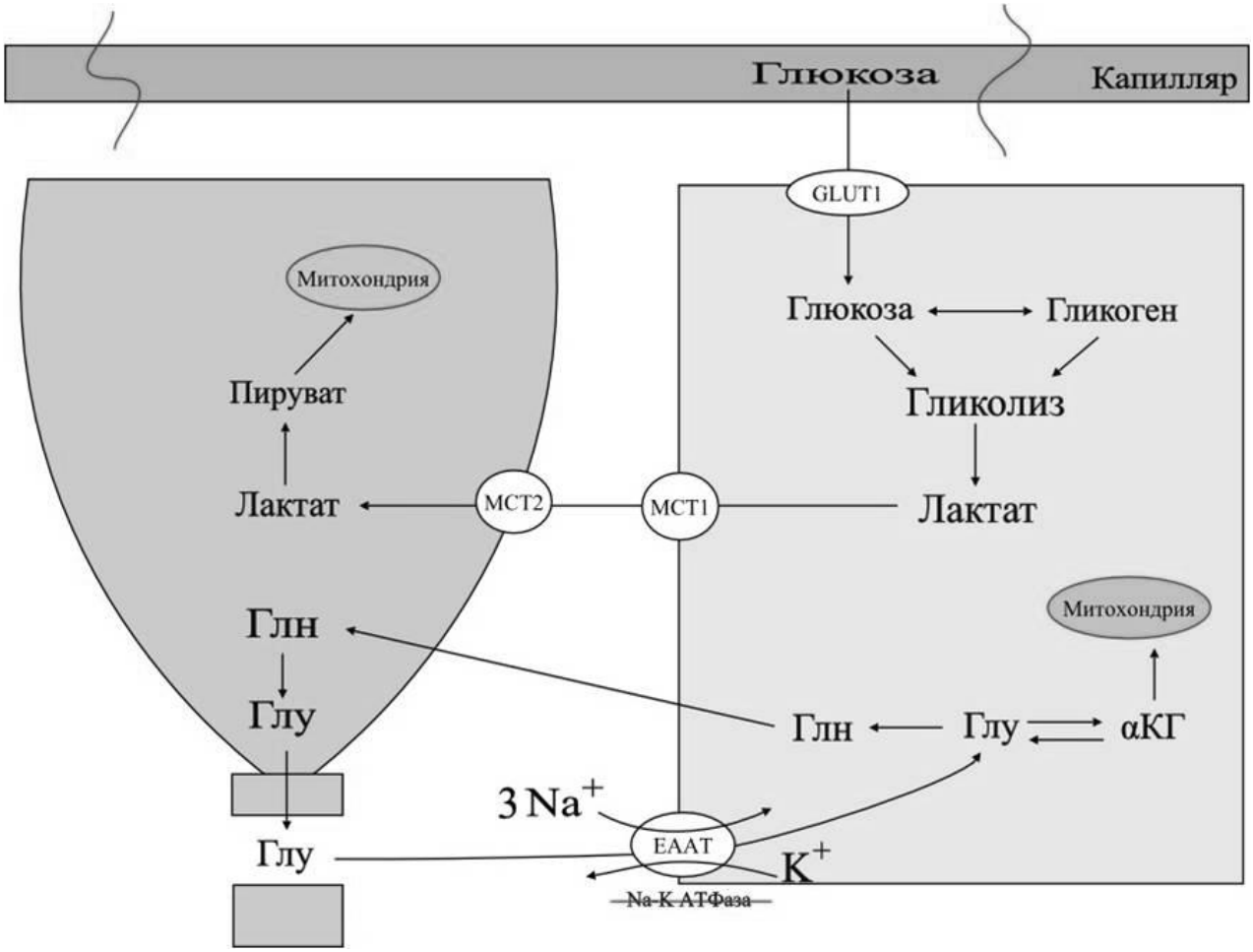


Рисунок 3 – Общая схема взаимодействий при ишемии.

На основе представленной информации были сделаны следующие выводы: основными системами, связывающими нейрон и астроцит, являются лактат-челночная система и глутамат-глутаминовый цикл, которые работают в тесном взаимодействии друг с другом, и нарушение их работы приводит к гибели нейронов, а также была разработана общая схема взаимодействий между нейроном и астроцитом, как в норме, так и при нейродегенеративных заболеваниях.

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. Astrocyte-neuron lactate transport is required for long-term memory formation / A. Suzuki, S.A. Stern, O.Bozdagi et al. // Cell 144, 810–823 10.1016

3. Del Zoppo G.J. The neurovascular unit in the setting of stroke / G.J Del Zoppo // J. Intern. Med. 267, 156–171

4. Bioenergetics of mitochondria in cultured neurons and their role in glutamate excitotoxicity. / D.G. Nicholls, L. Johnson-Cadwell, S. Vesce et al. // J. Neurosci. Res. 85, 3206–3212

5. Fast and reversible stimulation of astrocytic glycolysis by K+ and a delayed and persistent effect of glutamate. / C.X. Bittner, R. Valdebenito, I. Ruminot et al. // J. Neurosci. 31, 4709–4713 (2011)

6. Hertz L. Energy metabolism in astrocytes: high rate of oxidative metabolism and spatiotemporal dependence on glycolysis/glycogenolysis / L. Hertz, L. Peng, G.A. Dienel // J Cereb Blood Flow Metab. 2007 Feb;27(2):219-49.

7. Newman L.A. Lactate Produced by Glycogenolysis in Astrocytes Regulates Memory Processing / L.A Newman, D.L. Korol, P. E. Gold // PLoS ONE 6:e28427 10.1371

8. Steele M. L. Reactive astrocytes give neurons less support: implications for Alzheimer's disease. / M.L. Steele, S.R. Robinson // Neurobiol. Aging 33, 423 (2012)

9. Stobart, J.L. Multifunctional role of astrocytes as gatekeepers of neuronal energy supply / J.L. Stobart, C.M. Anderson // Front. Cell. Neurosci. 7:38.

10. Rodriguez J. J. Astroglia in dementia and Alzheimer's disease. / J.J. Rodriguez, M. Olabarria, A. Chvatal, A. Verkhratsky // Cell Death Differ. 16, 378–385

11. Rossi D. J. Astrocyte metabolism and signaling during brain ischemia. / D.J. Rossi, J.D. Brady, C. Mohr // Nat. Neurosci. 10, 1377–1386

УДК 616.216-002.2-072.1

МИКРОЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА

Д.В. Трухин

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

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А. Хорольская

Хронический синусит является распространенным заболеванием. До 15% взрослого населения в мире страдают различными формами синусита. Хронический риносинусит (ХРС) – один из 10 наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. Данное заболевание приводит к развитию стойкого нарушения носового дыхания за счет

заложенности носа и насморка, головной боли и, таким образом, является важной причиной снижения качества жизни у пациентов.

Современная стратегия лечения ХРС является как консервативной, так и хирургической. Согласно патогенезу заболевания, значение имеет обеспечение дренажа околоносовых пазух, а также поиск неинвазивных методов, позволяющих воздействовать непосредственно на очаг воспаления [2].

Мы обследовали 32 пациента с хроническим синуситом, в стадии обострения.

Руководствуясь аннотацией по применению препарата Синуфорте, мы использовали рекомендуемую дозу – 1,3 мг на одну процедуру ежедневно в течение 1 раз в сутки. В отношении длительности применения препарата был установлен курс лечения в течение 6-8 дней ежедневно. Контрольные осмотры проводились в исходном состоянии на 1 сутки, а также на 2-е, 4-е, 6-е и 8-е сутки от начала лечения [1].

Эффективность и безопасность терапии оценивалась при анкетировании, инструментальном (эндоскопическом, микроэндоскопическом) обследовании.

Для определения показаний к назначению препарата и контроля оценки терапии в динамике мы применяли контактную микроэндоскопию. Преимуществом контактной микроэндоскопии является возможность неинвазивного осмотра эпителия после окрашивания слизистой оболочки раствором метиленового синего при увеличении в 60 раз в режиме реального времени с помощью контактного микроэндоскопа.

На рисунке представлен фрагмент микроэндоскопической картины до начала лечения у пациента с хроническим синуситом. Наблюдается рыхлое расположение клеточных элементов, неоднородность окраски эпителия, наличие единичных метилен-резистентных полей.

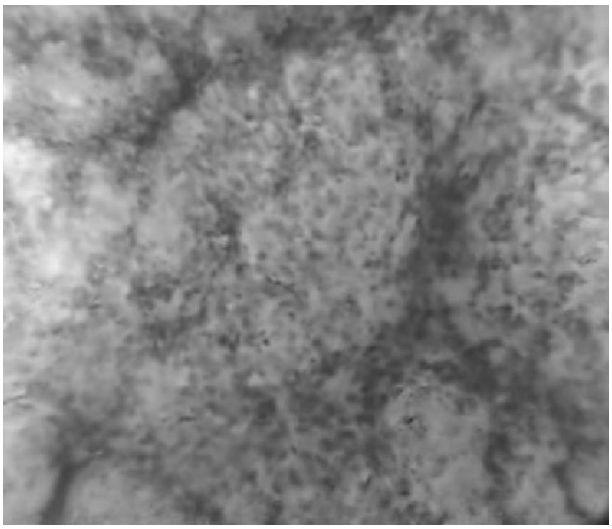


Рисунок 1 − фрагмент микроэндоскопической картины до начала лечения у пациента с хроническим синуситом.

При контактной микроэндоскопии уже на 2 сутки были заметны морфологические изменения, характеризующиеся увеличением площади метилен-резистентных полей, что объясняется увеличением продукции слизи вследствие рефлекторной реакции желез слизистой оболочки на препарат цикламена европейского.

На 6 день терапии при контактной микроэндоскопии визуализировалась более однородная окраска эпителия, более плотное расположение клеточных элементов.

В среднем на 8 сутки в динамике отмечалась нормализация микроэндоскопической картины: наблюдается однородность окраски эпителия, равномерное расположение клеточных элементов, отсутствие метилен-резистентных полей (рисунок 2).

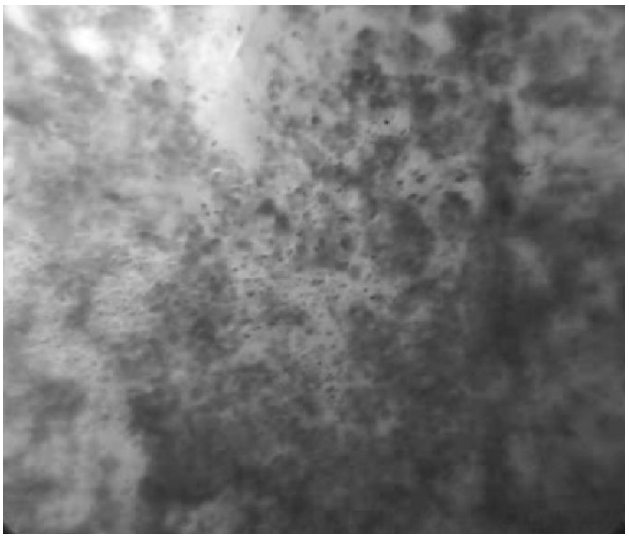


Рисунок 2 – фрагмент микроэндоскопической картины на 8 сутки лечения у пациента с хроническим синуситом

Положительная динамика микроэндоскопических критериев достоверно подтверждена субъективными ощущениями пациентов, эндоскопическим осмотром.

Зафиксировано значительное уменьшение заложенности носа и насморка, отсутствие головных болей. При оценке объективных симптомов отмечается уменьшение выраженности отека слизистой оболочки, отделяемого из полости носа.

Клинические случаи.

У всех пациентов хронический синусит был подтвержден на основании ЛОР-осмотра и компьютерной томогрфии. Представлю микроэндоскопическую картину до лечения и в зависимости от суток применения препарата.

Клинический случай 1.

Микроэндоскопическая картина. Микроэндоскопическая картина показывает положительную динамику при стартовой монотерапии хронического синусита препаратом цикламена европейского.

Клинический случай 2.

Микроэндоскопическая картина. В данном случае использование препарата цикламена европейского совместно с антибиотикотерапией позволило уже на 4 день зафиксировать положительный ответ на лечение (нормализацию микроэндоскопической картины).

Клинический случай 3.

Микроэндоскопическая картина. В случае индивидуальной непереносимости препарата цикламена европейского мы наблюдали константность микроэндоскопической картины слизистой оболочки полости носа на 2 и последующие сутки с нормализацией картины на 10 сутки после назначения антибиотикотерапии.

Выводы по клиническим случаям.

Таким образом, полученные данные позволили сделать вывод об эффективности препарата Синуфорте в лечении хронического синусита.

Контактная микроэндоскопия позволяет проводить мониторинг лечения с определением и морфологическим подтверждением эффективности применения лекарственного препарата уже на ранних этапах его использования.

Целесообразность применения контактной микроэндоскопии для мониторинга эффективности терапии обоснована возможностью проведения ее на амбулаторном этапе, без дополнительной травмы и нарушения структур слизистой оболочки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Регистр лекарственных средств России РЛС Доктор: Оториноларингология и пульмонология. – 18-й вып. / под ред. Г.Л. Вышковского. – М.: ВЕДАНТА – 2014. – 544 с.

2. Хорольская, М.А. Контактная микроэндоскопия в диагностике, лечении вазомоторного и хронического гипертрофического ринитов: автореф. дис. канд. мед. наук / М.А. Хорольская. – Красноярск, 2011. – 149 с.

УДК 616.211-005.1-085

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Д.В. Трухин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра лор-болезней с курсом ПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А. Хорольская

Носовое кровотечение (НК) – кровотечение, возникшее при нарушении целостности сосудов, расположенных в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке, а также кровотечение из сосудов полости черепа при нарушении целостности верхней стенки полости носа [5].

НК является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за экстренной оториноларингологической помощью, а также наиболее частым видом кровотечения во врачебной практике. Около 60% населения, по крайней мере, 1 раз в течение жизни отмечают эпизод носового кровотечения и 11 – 25% из них требуют госпитализации. В большинстве случаев НК является симптомом других общих заболеваний, реже главную роль играют местные факторы [2].

Пациент с НК нуждается в немедленном оказании медицинской помощи и остановке кровотечения. В качестве первой помощи ему стараются придать полусидящее положение, в передние отделы полости носа вводится ватный тампон, пропитанный раствором 3% перекиси водорода, крыло носа прижимается к перегородке, прикладывается лед на область носа [1].

При лечении НК важно не только локализовать источник кровотечения, но и воздействовать на патогенез заболевания. Существует «ступенчатый подход» к лечению привычных кровотечений, при котором первым этапом выполняется воздействие на кровоточащий участок с целью остановки кровотечения, а вторым, или параллельным, – предупреждение его рецидивов.

Лечение НК включает консервативные и хирургические методы. Способы остановки кровотечения любой локализации в зависимости от природы применяемых методов делятся на механические, химические, физические (термические), биологические, фармакологические, хирургические и смешанные. Чаще всего приходится прибегать к комбинированию различных методов [3].

Из существующих на современном этапе развития отечественной оториноларингологии методов остановки НК наибольшее распространение получила тампонада носа. Несмотря на доступность и достаточную эффективность, данная процедура имеет ряд существенных недостатков, к которым относится болезненность при удалении и введении тампонов, нарушение вентиляции околоносовых пазух и полостей уха, невозможность контроля

давления тампона на окружающие ткани, а также травмирование слизистой оболочки полости носа, что может стать причиной рецидива НК после удаления тампонады.

Альтернативой классической тампонаде полости носа является пневматические тампоны. Одной из разновидностей баллонной тампонады является применение устройства Эпистоп-3 [7].

В литературе отмечено, что процедура остановки НК при использовании устройства Эпистоп-3 занимает гораздо меньше времени, не требует привлечения дополнительной помощи медицинского персонала, болевые ощущения во время нахождения его в полости носа были выражены меньше, а также в меньшей степени наблюдались деструктивные изменения в виде фиброзных налетов и корочек слизистой оболочки, время мукоцилиарного транспорта после удаления катетера было меньше, чем при постановке классической марлевой тампонады [4].

Помимо механического способа остановки кровотечения, медикаментозная терапия является одним из основных этапов оказания помощи при носовых кровотечениях любой этиологии. Патогенетической является терапия, направленная на коррекцию локального внутрисосудистого свертывания [3].

На данное звено патогенеза действует препарат Транексам (транексамовая кислота), который является гемостатическим средством (антифибринолитическое действие), с противоаллергическим, противовоспалительным и противоинфекционным эффектами. Препарат ингибирует активацию плазминогена и его превращение в плазмин, оказывая местное и системное гемостатическое действие. Препарат показан к применению при кровотечениях или риске развития кровотечений при местном усилении фибринолиза (в том числе и при НК) [6].

Достаточно подробно изучены и описаны в литературе результаты лечения кровотечений препаратом Транексам в таких областях как акушерство и гинекология, абдоминальная хирургия, нейрохирургия, травматология, ортопедия и гематология. Однако описания эффективности Транексама при лечении НК в доступной литературе не встретилось.

Целью исследования явилось совершенствование методов остановки НК.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

- Изучить возможности применения Транексама в ринологической практике
- Сравнить эффективность использования Транексама в монотерапии и Транексама с катетером Эпистоп-3.

Под наблюдением находилось 27 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, поступивших в ЛОР отделение Красноярской Краевой клинической больницы в период 2014-2015 гг.

Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 13 человек (6 пациентов с НК на фоне гипертонической болезни, 7 пациентов после различных эндоскопических операций в полости носа). Вторую группу составили 9 человек, из них: 4 пациента с НК на фоне гипертонической болезни, 5 пациентов после различных эндоскопических операций в полости носа. В третьей группе было 6 человек (4 пациентов с НК на фоне гипертонической болезни, 2 пациента после различных эндоскопических операций в полости носа).

Лечение первой группы пациентов было стандартным (механические методы остановки НК, дицинон, аминокапроновая кислота). Второй группе пациентов назначали только препарат Транексам по 15 мг/кг в/в в течение 3 дней, затем перорально по 1000 мг 3 раза в день 5 дней. Третье группе пациентов дополнительно с Транексамом применяли катетер Эпистоп-3.

Применение гемостатика Транексама позволило уменьшить интенсивность НК и величину кровопотери, что значительно облегчало течение послеоперационного периода и сокращало сроки пребывания в стационаре. Использование катетера Эпистоп-3 совместно с Транексамом способствовало быстрейшей остановке носового кровотечения, хорошо переносилось пациентами.

Транексам является эффективным препаратом для лечения носовых кровотечений. Препарат позволяет достичь адекватного гемостаза, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре. Транексам имеет хорошую переносимость пациентами. Применение катетера Эпистоп-3 имеет значительные преимущества перед классической тампонадой полости носа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Магомедов, М.М. Современные методы передней тампонады в тактике лечения рецидивирующего носового кровотечения / М.М. Магомедов, Т.А. Дибирова // Вестник оториноларингологии. – 2012. – №1. – С. 40-43.
2. Магомедов, М.М. Носовое кровотечение. Возможности клинико-лабораторной диагностики и лечения / М.М. Магомедов, Т.А. Дибирова // Вестник оториноларингологии. – 2011. – №3. – С. 75-79.
3. Носовые кровотечения: Учебное пособие для врачей / С.Я Косяков, И.Б. Анготоева, А.В. Курлова и др. – М.: РМАПО. – 2012. – 70 с.
4. Остановка носового кровотечения методом катетеризации полости носа / Н.Я. Горносталев, В.В. Шиленкова, В.Н. Лукин и др. // Российская ринология. – 2011. – №2. – С. 65.
5. Оториноларингология: Национальное руководство / под. ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 960 с.

6. Регистр лекарственных средств России РЛС Доктор: Оториноларингология и пульмонология. – 18-й вып. / под ред. Г.Л. Вышковского. – М.: ВЕДАНТА – 2014. – 544 с.

7. Сравнительное исследование эффективности и безопасности различных способов тампонады носа при носовых кровотечениях / Н.Я. Горносталев, Н.Ю. Синитович, В.В. Шиленкова, И.Б. Анготоева // Вестник оториноларингологии. – 2013. – №4. С. 48-51.

УДК 615.322:547.913

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ВОЛОДУШКИ КОЗЕЛЕЦЕЛИСТНОЙ ФЛОРЫ СЕВЕРНОЙ АЗИИ

Ж.А. Тыхеев

Бурятский государственный университет. Медицинский институт.

Кафедра фармации.

Научные руководители: ст. преп., к фарм.н. Тараскин В.В., проф., д.х.н. Раднаева Л.Д.

Володушкакозелецелистная (Bupleurum scorzoneri folium Willd.) – многолетнее полукарпическое травянистое растение семейства Зонтичных (Apiaceae) [1]. Данный вид распространен в Алтае, Туве, а также в степных районах Красноярского края, в Прибайкалье и Зауралье, реже в Приморье и Приамурье. Отдельные фрагменты ареала отмечены в Монголии и Китае [2]. Володушкакозелецелистная в России не является фармакопейным растением. Она издавна используется в восточной традиционной медицине как средство широкого спектра действия (противовоспалительное, жаропонижающее, мочегонное, кровоостанавливающее, при гинекологических и желудочно-кишечных заболеваний и как средство, усиливающее секрецию желудка, поджелудочной железы и печени, при заболеваниях нервной системы, головокружениях, в качестве успокаивающего, тонизирующего, стимулирующего средства, а также при диспепсии и метеоризме) [3], что дает основание для детального фитохимического изучения. В эксперименте отвар и порошок надземной части обладает ранозаживляющими свойствами, флавонолы – антигистаминными, буплеурозиды III, IV, IX, XIII, скорзонеозиды A, B, C–гепатопротекторными. сайкосапонин предупреждает развитие нефрита-кумарины корней проявляют противоопухолевую активность в отношении клеток асцитного рака Эрлиха [4]. Исследования фармакологической активности сырого ацетонового экстракта корней. Володушкикозелецелистной и его компонента изохайхулактон *(isochaihulactone)* показали антипролиферативное и апоптозное влияние на аденокарциному легких [5].Раннее в

растении обнаружены аскорбиновая кислота, каротин, флавоноиды, сапонины, дубильные вещества и эфирное масло и кумарины [3].

Химический состав растений рода Bupleurum L. исследуемой флоры мало изучен. Целью работы явилось исследование химического состава надземной части. Володушкикозелецелистной, собранной в Монголии (Хэнтэйский аймак), Бурятии (Иволгинский район), Забайкальском крае в 2014 г, в фазу цветения.

Эфирное масло получено методом гидродистиляции [6], липидная фракция согласно методике [7]. Компонентный состав эфирного масла и липидной фракции исследовали методом хромато-масс-спектрометрии на газовом хроматографе Agilent 6890 с квадрупольным масс-спектрометром (MSD 5973N). Использовали 30-метровую кварцевую колонку HP-5MS с внутренним диаметром 0,25 мм. Газ-носитель – гелий. Обнаружено от 18 до 50 компонентов, из них идентифицировано 99 %, от их суммарного содержания. Содержание основных компонентов эфирных масел в % от цельного масла представлены в таблице 1.Выход эфирного масла для образцов флоры Монголии и Забайкальского края составил около 0,34 % от массы сырья в пересчете на а.с.с., в то время как для образца Бурятии – 1,66 %. Цвет эфирного масла светло-голубой, запах – пряный, ароматный.

Таблица 1 - Основные компоненты эфирного масла в %от цельного масла.

Компонент	Образцы				
	Бурятия, Иволгинс-кий район, окр. с. Сотниково	Забай-кальский край, Ононский район, окр. с. Нижний Цасучей	Монголия, Хэнтэйский аймак, окр. оз. Хухнуур	Монголия, Хэнтэйский аймак, местность Бэрх	Монголия, Хэнтэйский аймак, окрестности горы Баян Ула
Монотерпены					
Ароматические соединения					
п-цимол	0,47	12,60	2,05	0,20	1,45
Сумма ароматических соединений	0,47	12,60	2,05	0,20	1,45
Ациклические монотерпены					
бета-мирцен	12,04	3,45	8,35	3,06	5,21
транс-бета-оцимен	18,56	1,54	0,86	3,38	7,60
Сумма ациклическихмонотерпенов	30,06	4,99	9,21	6,44	12,81
Моноциклические монотерпены					
гамма-терпинен	1,36	1,26	1,66	-*	2,49
лимонен	6,22	6,22	5,63	6,66	4,32
терпинен-4-ол	0,32	0,75	-	-	0,26
Сумма моноциклическихмонотерпен	7,90	8,23	7,29	6,66	7,07

ов					
Бициклические монотерпены					
альфа-пинен	1,04	5,79	5,62	3,91	1,15
бета-пинен	1,38	1,58	1,14	2,04	1,49
Сумма бициклическихмонотерпенов	2,42	7,37	6,76	5,95	2,64
Сесквитерпены					
Моноциклические сесквитерпены					
альфа-копаен	0,39	1,02	-	0,23	0,61
бета-копаен	0,57	-	0,32	-	0,70
гермакренD	36,82	5,07	25,67	26,05	31,11
хумулен	1,23	1,62	3,19	15,66	2,59
Сумма моноциклическихсесквитерпенов	39,01	7,71	29,18	41,94	35,01
Бициклические сесквитерпены					
бета-кубебен	-	-	2,43	-	-
бициклогермакрен	2,69	0,46	7,61	5,58	3,52
гамма-кадинен	-	-	-	-	0,29
гамма-мууролен	-	3,17	1,63	1,46	-
дельта-кадинен	1,21	1,13	2,01	1,14	1,45
кариофиллен	5,59	2,46	8,31	11,38	7,24
Т-мууролол	0,57	-	-	-	0,59
Сумма бициклическихсесквитерпенов	10,06	7,22	21,99	19,56	13,09

Примечание: * - компонент не обнаружен.

В эфирном масле травы володушкикозелецелистной доминируют моноциклические сесквитерпены – гермакрен D (5,07-36,82%), моноциклические монотерпены – лимонен (4,32-6,66%), бициклические сесквитерпены – кариофиллен (2,46-11,38%).

Для извлечения липидов из фотосинтезирующих растительных тканей применяется модифицированный метод Блайя и Дайэра [7]. Основные компоненты липидной фракции представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Основные компоненты липидной фракции.

Компонент	Образцы			
	Бурятия, Иволгинс-кий район, окр. с. Сотниково	Забайкальский край, Ононский район, окр. с. Нижний Цасучей	Монголия, Хэнтэйский аймак, окр. оз. Хухнуур	Монголия, Хэнтэйский аймак, окрестности горы Баян

				Ула
миристиновая к-та (14:0)	2,05	2,95	2,10	2,09
пальмитиновая к-та (16:0)	20,89	21,01	15,42	16,02
линолевая к-та (18:2)	17,49	18,79	16,36	16,86
линоленовая к-та (18:3)	13,55	11,31	7,71	20,43
стеариновая к-та (18:0)	2,4	2,59	1,99	2,45
Сумма ПНЖК	32,45	31,77	32,94	25,56
Сумма НЖК	35,26	37,2	34,42	29,55

Анализ полученных данных состава образцов эфирного масла и липидной фракции показывает, что наблюдается сходство в качественном составе доминирующих компонентов, различие в количественном содержании компонентов зависит от места произрастания.

Продолжение исследования химического состава предполагаетизучение спиртовых экстрактов надземной части и корней. Полученные густые экстракты будут разделены методом колоночной хроматографии на различных сорбентах, с целью детального изучения фенольных и терпеноидных метаболитов растений. Выделение чистых соединений с помощью препаративной флэш-хроматографии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чудновская, Г.В. Володушкакозелецелистная (*Bupleurumscorzonerifolium*Willd.) в Восточном Забайкалье / Г.В. Чудновская // Вестник ТГПУ. - 2013. - №8. - стр. 43-47.
2. Ареалы лекарственных и родственных растений СССР. – Ленинград, 1983. – 208 с.
3. Растительные ресурсы СССР. Т. 4. Сем. Rutaceae – Elaeagnaceae. - Л.: Наука, 1988.- 335с.
4. Растительные ресурсы России: дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т. 3. Семейства Fabaceae – Apiaceae / Отв. ред. А. Л. Буданцев. – СПб.; Товарищество научных изданий КМК, 2010. – 601 с.
5. Jie-Ping ou. Potential therapeutic role of Z-Isochaihulactone in lung cancer through induction of apoptosis vai notch signaling // Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. – Vol. 2012. – 2012. – P. 1-11.
6. Государственная фармакопея СССР. Вып. 1. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье МЗ СССР. 11-е изд. М., 1987. 385 с.
7. Кейтс М. Техника липидологии. Выделение, анализ и идентификация липидов / М. Кейтс – Мир, 1975. – 305 с.

УДК581.13:546.41

ИЗУЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСАЛАТА КАЛЬЦИЯ В РАСТЕНИЯХ

Е.С. Уткина, Е.М. Порубенко
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

Кальциевый обмен растений начинается с потребления его из почвы, потребность его в клетках составляет 5-30 мг на 1 г. сухой массы. Он присутствует во всех клеточных структурах и стабилизирует их функции. Особенно важное значение имеет кальций для нормального развития и деятельности корневой системы. При недостатке этого элемента задерживается развитие меристематической ткани, формирование и рост корней растений. Характерным признаком является обесцвечивание конуса нарастания и молодых листочков, а также их скручивание. Кроме того у молодых растений появляются коричневые пятна на молодых листьях. Избыток кальция отрицательно сказывается на поглощении железа, цинка, марганца. Кроме того ионы кальция участвуют в процессах метаболизма растений. Известно, что ионы кальция способны образовывать рибосомы, ДНК и другие продукты обмена [1].

При изучении микроскопического строения листа и стебля, у многих растений в некоторых клетках встречаются кристаллы оксалата кальция или их сростки. Вид у кристаллов оксалата кальция бесцветный, сами сростки имеют неправильную форму. Особенно много оксалатов кальция образуется в листьях гречихи, стеблях и листьях ревеня. В меньшем количестве оксалаты содержатся в таких съедобных растениях, как чёрный перец, петрушка, мак, шпинат, сахарная свекла, плоды какао, многие орехи и ягоды, фасоль. Большое количество оксалатов содержится в свежих листьях чая. Кроме вышеназванных растений, богаты оксалатами такие продукты, как картофель, спелые и зеленые бобы, сливы, помидоры, красный виноград [2].

Сростки кристаллов, содержащиеся в растениях, чаще всего состоят из оксалата кальция и имеют разную форму. Друзы - шаровидные образования, с не ровными краями и шипами, состоящие из многих мелких сросшихся кристаллов (в клетках корневищ, коры, корки, черешков и эпидермы многих растений). Рафиды - игольчатые кристаллы, соединенные в пучки (в корневищах купены, стебле винограда, листьях алоэ и др.

суккулентных растений). Кристаллический песок - скопление множества мелких одиночных кристаллов (в чешуе лука, стебле бузины). Как правило, друзы встречаются у двудольных растений, а рафиды - у однодольных. Кристаллы, имеющие форму сильно вытянутых призм, называют стилоиды. Стилоиды находятся в клетках по одному. Обычно они покрыты очень тонкой оболочкой [6].

Анализ литературных источников определил цель нашего исследования.

Цель: обнаружить кристаллы оксалата кальция (друз, рафид, стилакоидов) у представителей однодольных и двудольных растений, установить некоторые закономерности их распространения.

Перед нами стояла задача определить их форму, размер, дать название сросткам оксалата кальция у представителей однодольных и двудольных растений.

Объектами изучения стали: алоэ мыльное (Aloesaponaria); хавортия (HaworthiaDuval); бегония щетинковидная (Begoniaplumossus); бегония Клеопатра (Begoniacleopatra); бегония Бауэра (Begoniabowerae); бегония королевская (Begoniarex); бегония Мэсона (BegoniaMasoniana); бегония клубневая (Begonia x tuberhybrida); бегония императорская (Begoniaimperialis); бегония вечноцветущая (Begoniasemperflorens); гибискус (Hibiscus); жасмин самбук (Jasminumsambac); лук репчатый (чешуя) (Alliumcepa); пандануc (nandanusveitchii); пеларгония зональная (Pelargoniumzonale); сингониум (Syngoniumschott); сциндапсус (Scindapsusaureus); хлорофитум хохлатый (chlorophytumcomosum); цикламен персидский (Cyclamenpersicum).

При использовании методики микроскопирования для изучения кристаллов в черешках листьев указанных выше растений, нами были отмечены следующие моменты:

Нет кристаллических отложении в черешках растений: сциндапсус (Scindapsusaureus), пандануc (Pandanus), цикламен персидский (Cyclamenpersicum).

У всех видов бегоний были найдены друзы разные по формам и размерам. По размерам: Мелкие (бегония щетинковидная (Begoniaplumossus), бегония клубневая (Begoniatuberhybrida), бегония Бауэра (Begoniabowerae)); Средние (бегония Клеопатра (Begoniacleopatra), бегония Мэйсона (BegoniaMasoniana)); Крупные (бегония вечноцветущая (Begoniasemperflorens), бегония королевская (Begoniarex), бегония императорская (Begoniaimperialis)). По форме: Округлые друзы по краям с шипами (бегония имераторская (Begoniaimperialis), бегония королевская (Begoniarex)) (рисунок 1А); Шиповидные, неправильной формы друзы с острыми краями(бегония клубневая (Begoniatuberhybrida), бегония щетинковидная (Begoniaplumossus), бегония Мэйсона (BegoniaMasoniana)) (рисунок 1Б); Четырехугольные, выпуклые друзы (бегония Клеопатра (Begoniacleopatra), бегония вечноцветущая (Begoniasemperflorens), бегония Бауэра (Begoniabowerae)) (рисунок 1).

У однодольных растений (алое мыльное (Aloesaponaria), хавортия (HaworthiaDuval)) были найдены рафиды. В чешуе репчатого лука (Alliumcepa) были найдены стилокоиды (рисунок 1).

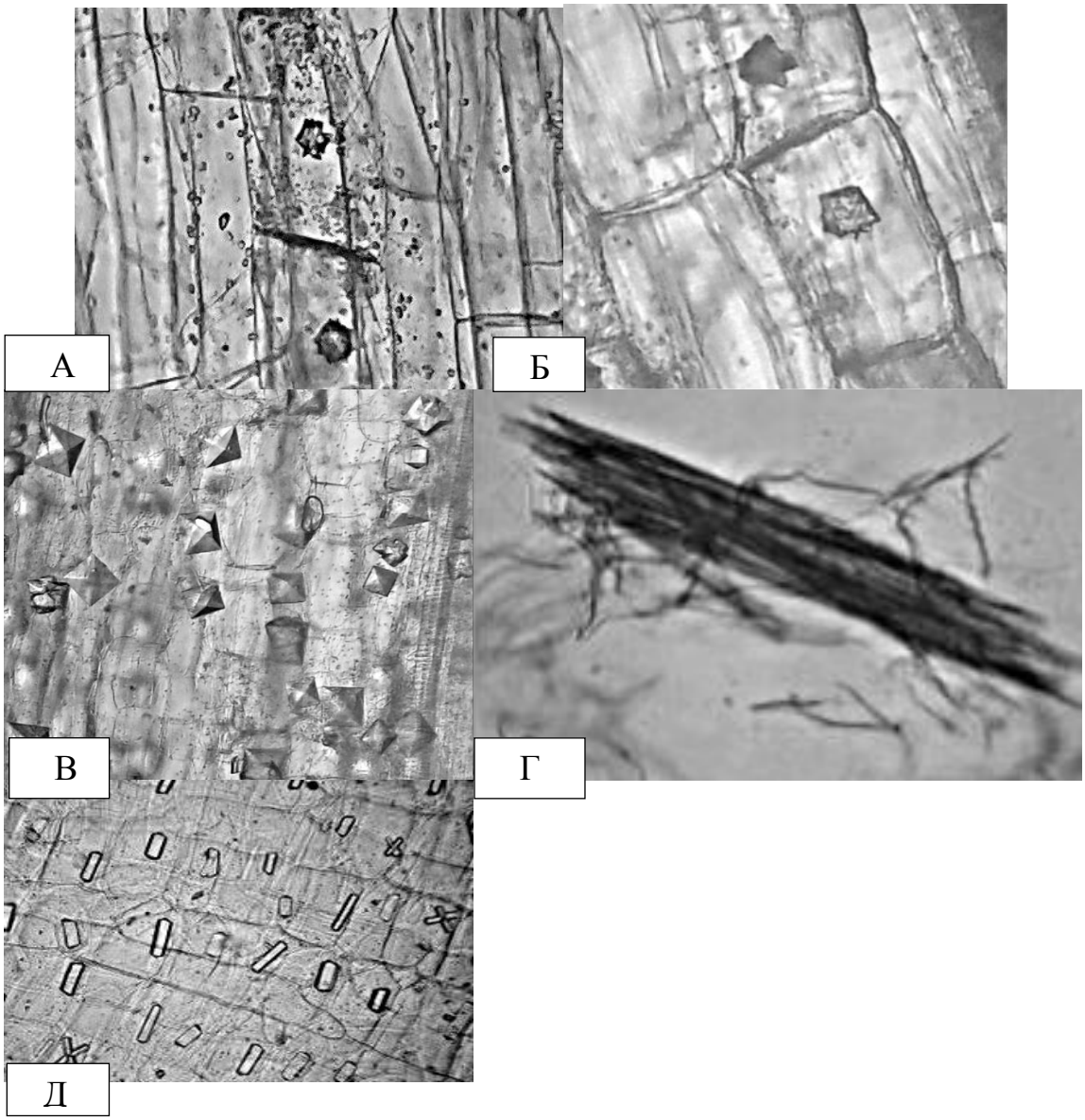


Рисунок 1. Кристаллы щавелевокислого кальция в клетках: А- округлые друзы по краям с шипами (черешка бегонии шитенковидной(Begoniaplumossus);Б – шиповидные друзы неправильной формы с острыми краями (черешка бегонии клубневой(Begoniatuberhybrida));В-четырехугольные выпуклые друзы(черешок бегонии); Г - пучок рафид в хавортии (HaworthiaDuval); Д – Стилоиды ,одиночные и крестообразные кристаллы в клетках сухой чешуи луковицы лука (Alliumcepa);

На основании полученных результатов исследований по обнаружению оксалатов кальция можно сделать следующие выводы:

1. Большее количество кристаллов оксалата кальция в клетках вблизи проводящих сосудов.

2. Форма друз у разных видов бегоний разнообразна и не повторяется. Возможно, это систематический признак.

3. Различаются кристаллические отложения оксалата кальция на уровне классов. У однодольных растений – рафиды, а у двудольных – друзы.

4. Еще одной особенностью стал возраст растения. Чем старше растение, тем более крупными оказались кристаллы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Полевой, В.В. Физиология растений. / В.В. Полевой //.-М.:Высшая школа, 1989.-С247.

2. Поплавская, Г.И. Экология растений. / Г.И. Поплавская // - М.:Советская наука, 1948.-С290.

3. Зубарева, Е.В. Лабораторный практикум по ботанике(1 семестр). / Е.В. Зубарева //-М.:Литера-принт, 2014.-С97.

4. Якушкина, Н.И. Физиология растений. / Н.И. Якушкина, Е.Ю. Бахтенко //-М.:Владос, 2005.-С463.

5. Медведев, С.С. Физиология растений. / С.С. Медведев. //-С.-П.:Изд-во С-П университета, 2004.-С334.

УДК 929

ДОБЛЕСТНЫЙ ТРУД СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (АРХИЕПИСКОПА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО) ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Э.П. Фадеева, А.Д. Казанцев

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

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.ф.н, доц. Л.Д. Рассказов

« Идите через врата узкие, путем каменистым и тернистым,
не боясь страданий, ибо они рождают добро.
Страдающий освобождается от зла… "

В.Ф. Войно-Ясенецкий

Прошло почти 70 лет, как закончилась Великая Отечественная война. Всё дальше и дальше она от нас. Война стала испытанием для всех: как для детей, так и для взрослых. Миллионы людей защищали свою Родину, миллионы получили награды, а ещё миллионы может и не получили того, что заслужили. Великий хирург, архиепископ Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий внес огромный вклад не только в становление медицины в военное время, но и оказал материальную помощь самой русской армии. Под его руководством и за несколько месяцев 1944 года для нужд фронта было перечислено более 250 тысяч рублей на строительство авиаэскадрильи имени Александра Невского и танковой колонны имени Дмитрия Донского. В общем же всего было перечислено около миллиона рублей. На данный момент врачи из разных областей медицины используют труды Святителя Луки, которые были написаны во время Великой Отечественной войны. Обстоятельства, при которых были написаны знаменитые книги хирурга, представляют большой научный интерес для читателя.

Цель исследования – изучить значение трудов Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого во время Великой Отечественной войны.

- Исследовать вклад В. Ф. Войно-Ясенецкого в военно-полевую медицину в период Великой Отечественной войны.
- Изучить общественно-религиозную деятельность Святителя Луки во время Великой Отечественной войны
- Проанализировать значение трудов, созданных во время Великой Отечественной войны, для современности.

Материалы и методы исследования:

1) Оценка собранных фактов с помощью теоретического анализа научной и научно-популярной литературы;

2)Анализ причинно-следственных связей между событиями.

3) Конкретно- исторический (особенности жизни и быта населения г.Красноярска и Красноярского края во время Великой Отечественной войны)

24 июля 1937 года Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий был арестован в третий раз. В результате обвинения в создании «контрреволюционной церковно-монашеской организации», идеи которой свидетельствовали о недовольстве советской властью, контрреволюционные взгляды о внутреннем и внешнем положении СССР, клеветнические взгляды о компартии и вожде народов, пораженческие взгляды в отношении СССР в предстоящей войне с Германией, указывание на скорое падение СССР, то есть преступления, предусмотренные ст. 66 ч. 1, ст. 64 и 60 УК УзССР [2], был отправлен на 5 лет в ссылку в

Красноярский край, с.Большая Мурта. Это была третья по счету ссылка великого хирурга. 22 июня 1941, находясь в ссылке, Валентин Феликсович пишет письмо председателю Президиума Верховного Совета СССР М.И. Калинину: «Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку» [2]. Ответ последовал незамедлительно и Войно-Ясенецкий был направлен в г. Красноярск, где был назначен главным хирургом эвакогоспиталя №1515. На протяжении 1941 года Войно-Ясенецкий успешно проводит свыше сотен операций раненых в бою воин Красной армии. В течение 1942 года Святитель ходатайствует об открытии церкви в Красноярске. «Давно обещали открыть у нас одну церковь, но все еще тянут, и я опять останусь без богослужения в великий праздник Рождества Христова», — с горечью писал он сыну Михаилу [3], он добивается восстановления одной маленькой церкви в пригородной деревне Николаевка, расположенной в 5 километрах от г. Красноярска. В связи с полным отсутствием священников за год архипастырь служил всенощную только в большие праздники и вечерние службы Страстной седмицы, а перед обычными воскресными службами читал всенощную в госпитале или дома. «… в служении Богу вся моя радость, вся моя жизнь, ибо глубока моя вера. Однако и врачебной, и научной работы я не намерен оставлять»[3]. Летом в 1943 году Войно-Ясенецкий впервые получает разрешение въехать в Москву, а 8 сентября 1943 он становится участником Поместного собора и постоянным членом священного синода, но вскоре ему приходится оставить эту деятельность, дорога, которая занимала около трех недель, надолго отрывала его от медицинской работы. С 1943 года официальный орган РПЦ «Журнал Московской Патриархии» печатал его статьи, в основе которых лежало общественно-политическое содержание. 1 июля 1943 профессор Войно-Ясенецкий получил письмо от Медицинского государственного издательства. В нем содержалось предложение о срочном представлении в МедГиз рукописи второго издания «Очерков гнойной хирургии». Вскоре в Наркомздрав СССР была затребована и рукопись «Поздних резекций при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Войно-Ясенецкий воспрянул духом. Он надеялся, что в Москве к концу 1943 будут опубликованы обе книги, ведь они были очень нужны специалистам в тяжелое время. 13 сентября 1943 года – Святитель Лука пишет сыну Михаилу в Сталинобад: «Две мои статьи переданы Всеславянским комитетом по радио в Нью-Йорк Таймс. Во время заседания Собора для выбора Патриарха и вчера во время торжественного богослужения нас без конца фотографировали, были члены дипкорпуса. Я состою членом Синода и сегодня было первое заседание… В Чрезвычайной Государственной Комиссии зашёл разговор обо мне, и акад.

Тарле сказал, что московские хирурги считают меня крупнейшим хирургом СССР. На Соборе я тоже был на первом месте после двух митрополитов»[2].

В 1944 году В.Ф. Войно-Ясенецкого переводят в г.Тамбов. Нарком здравоохранения прислал телеграмму: «Намерены перевести Вас в Тамбов, широкое поле деятельности в госпиталях и крупной больнице». Раненые, поступавшие в тамбовские госпитали были выходцами из крестьянских семей, которые даже под чудовищным прессом атеистической пропаганды 1920 – 1940 годов продолжали верить в Бога и перед каждым боем крестились и просили защиты у Спасителя и Пресвятой Богоматери. Об этом свидетельствуют десятки тысяч воспоминаний участников Великой Отечественной Войны от рядовых до генералов. «Война не прошла бесследно, мы лежим на смертном одре в тяжелом состоянии, и нам очень хотелось бы, чтобы кто-то из духовных пастырей пришел бы навестить свою паству и своей духовной беседой помог нам побороть в себе мученические страдания телесных повреждений, от которых нам тяжело в одиночестве…» [4]. 15 марта в 1944 году Святитель Лука написал статью «Бог помогает народам СССР против фашистских агрессоров» и отправил её в «Журнал Московской Патриархии», в которой звучат такие строки: «Только те, кому чуждо все, что истинно, что честно, что справедливо, что чисто, что любезно, что достославно, что добродетель и похвала, только враги человечества могут сочувственно помышлять о фашизме и ожидать от Гитлера свободы Церкви. Гитлер, часто повторяющий имя Божие, изображающий с великим кощунством крест на танках и самолетах, с которых расстреливают беженцев, должен быть назван антихристом. Богу нужны сердца людей, а не показное благочестие. Сердца нацистов и их приспешников смердят пред Ним дьявольской злобой и человеконенавистничеством, а из горящих сердец воинов Красной Армии возносится фимиам беззаветной любви к Родине и сострадания к замученным немцами братьям, сестрам и детям. Вот почему Бог помогает Красной Армии и ее славным союзникам, карая выступивших, якобы, во имя Его гитлеровцев. В жизни есть только два пути - путь добра и путь зла, и каждый выбирает один из них» [5]. Валентин Феликсович был всегда против фашизма – это подтверждают его высказывания в собственных статьях. Затем в течение всего 1944 года, Валентин Феликсович переводит более 250 тыс. руб. на строительство танковой колонны имени Дмитрия Донского и авиаэскадрильи имени Александра Невского. В феврале 1945 года патриарх Алексий I награждает архиепископа правом ношения на клобуке бриллиантового креста, а 12 декабря 1945 года за помощь Родине архиепископ Лука был награждён медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне». Силы не иссякали, Войно-Ясенецкий каждый день отдавал себя работе на кафедре, проводил сложнейшие операции, а вечером, после тяжело дня снова шел в церковь. В январе 1946 года постановлением СНК СССР «За научную разработку новых

хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в научных трудах „Очерки гнойной хирургии“, который был закончен в 1943 году и „Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов“, опубликованном в 1944 году», профессору Войно-Ясенецкому была присуждена Сталинская премия первой степени в размере 200 000 рублей, 130 тысяч из которых рублей он передал на помощь детским домам. [2]. Война оставила в душе хирурга неизгладимый след, он долго вспоминал её, рассказывал о ней своим больным и писал в письмах детям.

Таким образом, оценив собранные факты с помощью теоретического анализа научной литературыи изучив общественно-религиозную деятельность Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого во время Второй Мировой войны, можно смело утверждать о его вкладе в становлении сибиряков, как духовно, так и научно. В течение 1942 года он создает второй том "Очерков гнойной хирургии", а также книгу «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», которые становятся неотъемлемыми сборниками в литературе любого врача. Из всех 70 работ члены медицинской секции, возглавляемой академиком АН и АМНСССР А.И. Абрикосовым, единогласно отдали предпочтение трудам Валентина Феликсовича. В 1944 году Войно-Ясенецкого переводят в Тамбов, где он не прекращает свою медицинскую деятельность, продолжает богослужения и полностью отдает себя людям, безотказно проводя сложные операции, проповедуя Бога. Его жизнь и бесценные труды, написанные во время Великой Отечественной войны остаются «молодыми» и по сей день. Вся жизнь врача и ученого-подвижника В. Ф. Войно-Ясенецкого – святителя Луки, архиепископа – представляет собой пример всецелой врачебной этики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. – М.: Феникс, 1997. – 316 с.
2. Лисичкин, В.А. Крестный путь святителя Луки: подлинные документы из архива КГБ. / В.А. Лисичкин // – М.: изд-во Московской патриархии, 2001 – 456 с.
3. Лисичкин, В.А. Военный путь святителя Луки. / В.А. Лисичкин // – М.: изд-во Московской Патриархии, 2011 – 36 с.
4. Поповский, М. Жизнь и житие Святителя Луки Войно-Ясенецкого архиепископа и хирурга. / М. Поповский // – СПб: Сатись: держава, 2002. – 555 с.
5. Св. Лука Войно-Ясенецкий. Бог помогает народам СССР в войне против фашистских агрессоров // Журнал Московской Патриархии. – 1944. – №9.

УДК 159.922

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ СОСТОЯНИЯ СТРАХА И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Д.Р. Фаизов
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

Актуальность проблемы в настоящий момент очень велика, сложное политическое и экономическое состояние в стране, безработица, неуверенность в завтрашнем дне и всё большее количество людей подверженных страхам разного рода. Природа страха до сих пор не изучена полностью.

Цель: изучить структуру и механизм воздействия на человека страха и дать некоторые рекомендации по преодолению данной проблемы.

С точки зрения психологии, страх является эмоциональным процессом. В теории дифференциальных эмоций К. Изарда страх отнесён к базовым эмоциям, то есть является врождённым эмоциональным процессом, с генетически заданным физиологическим компонентом, строго определённым мимическим проявлением и конкретным субъективным переживанием. Причинами страха считают реальную или воображаемую опасность. Страх мобилизует организм для реализации избегающего поведения, убегания.

Страх как базовая эмоция человека, сигнализируя о состоянии опасности, зависит от многих внешних и внутренних, врождённых или приобретённых причин. Когнитивно сконструированные причины возникновения страха: чувство одиночества, отверженности, подавленности, угрозы самоуважению, чувство неминуемого провала, ощущение собственной неадекватности. Последствия страха: эмоциональные состояния неуверенности, сильное нервное напряжение, побуждающие личность к бегству, поиску защиты, спасения.

У каждого действие гормона страха проходит по-разному. При возникновении психотравмирующей ситуации страх, как и любое заболевание, может перерасти в фобию и даже панику, симптомы в зависимости от фактора стресса и иных обстоятельств могут быть различными. Разберём это на конкретном примере страха преступного нападения. Все это и произошло с человеком, по имени Александр. Если бы ему раньше сказали, что может быть, такое случится и с ним - он бы не поверил. Сколько себя помнит, и в ночь, и в полночь, по каким только закоулкам он не ходил, он не боялся ничего. Все изменилось в один день. В полдень к нему подошли двое отморозков и стали угрожать, требуя дать денег и начали

грубо отбирать портфель. У Александра было не так много денег, но были важные документы, за которые он отвечал. Многие документы были в единственном экземпляре, собраны из разных городов, и, утеряв их, снова восстановить, было бы невозможно. Александр мог подвести многих людей, а силы были неравны, поэтому при нападении он сильно испугался, растерялся, ему было трудно дышать, пульс участился, он вспотел, во рту почувствовал горечь, и он плохо помнит, как он вырвался от них и убежал. Все казалось позади: документы и деньги целы, сам в порядке.

Но все пошло не так. Страх, который пережил Александр остался внутри его.

Страх одолел его! Повысилось давление до 160/90, пульс начинал биться до 90 ударов в минуту даже при мысли, что надо выходить на улицу.

Дошло до того, что пропали всякие желания, Александр ничего не хотел, просто лежал или спал. И так целыми днями. Желание идти работать тоже пропало, вялость, разбитость и желание спрятаться, свернутся калачиком и чтоб никто не дёргал ни по каким вопросам. Пропал аппетит, Александр стал замечать, что страх панически появлялся время от времени в течение дня. Понаблюдав за собой, вывел, что с 6 часов утра до 8 час утра ему очень плохо, все те симптомы, которые у него были, проявлялись, потом какое-то время страх отступал, с 8 до 11 часов становилось легче, но к 12 часам и до 15 часов дня страх терзал его сознание. Пик страха наступал с 18 часов вечера до 22 часов, особенно трудно было возвращаться домой с работы. Все время казалось, что и в автобусе сзади на тебя кто-нибудь нападёт, такое чувство, что всё внимание приковано только на тебя. Особенно раздражали взгляды подростков, которые вели себя шумно и нагло. Они часто напоминали ему тех отморозков, которые напали на него.

Страх отодвинул все яркие краски жизненного пространства, остался только серый цвет. Александр заметил, что он стал суетлив, всё время оглядывался, в глазах поселился страх, состояние подавленности и нежелание что-либо делать. Александр решил, что так просто невозможно существовать, так как, если страх перейдёт допустимые границы он начнёт управлять им. Сначала решил победить страх своими силами.

1. Александр старался меньше вспоминать тот неприятный для него день.

2. Он нормализовал давление, используя лекарственные травы.

3.Решил повысить физическое состояние организма. Для этого стал делать физические упражнения. Решил делать каждый день 10 отжиманий от пола.

4. Бить боксёрскую грушу, выплескивая нереализованный гнев.

5. Ходить по кругу, на пальцах ног, рыча.

6.Ходить, по кругу, стряхивая руки со славами «пусть весь страх уйдет в землю».

Даже такие легкие упражнения давали, на какое-то время, успокоение и страх уходил, поэтому Александру посоветовали ещё овладеть искусством самообороны, для этого он записался на курсы. На курсах ему понравилось, он узнал много нового, занятия дают ему эффективные методики преодоления физического и психологического страха нападения. Очень помогали близкие и родные люди. Постоянно были рядом. Но на подсознании всё время вертелась мысль о страхе. Чтобы закрепить психическое состояние Александр пошёл на прием к психологу.

Дело в том, что страх – целая система, и не проходит так быстро как казалось бы. Разрушается сознание изнутри, причиняя человека огромный вред. Понижается работоспособность. При страхе идёт мощный выброс адреналина. Этот гормон призван дать человеку «двойную порцию» активности, чтобы сражаться с опасностью или убегать от нее. При страхе наше тело испытывает сильное напряжение, которое скапливается в мышцах. Напряжение - неизменный спутник страха, а при хронической тревоге – спутник постоянный. Нашему телу необходимо чаще давать полное и глубокое расслабление для активизации ресурсов, направленных на самообладание, и возможность саморегуляции. У Александра накопилось много проблем, поэтому он решил что психолог – это тот человек, который может помочь взглянуть на его проблему по-другому. После посещения психолога Александр понял, что психолог не даст развиться кризисным моментам его жизни, чувствам тревоги и беспокойства. Благодаря работе психолога, у него появилось радость и удовлетворённость жизни, а проблемы, казалось бы, невыполнимые, стали решаться более легко и спокойней, а возможно и удачно разрешатся. Серые краски понемногу уходят из его жизни! Александр обретает себя настоящего. Александру стало многое понятно, что со страхом надо бороться не в одиночку, нужно использовать все полезные методы. Психика у всех разная, нет похожих людей, но бороться со страхом может каждый человек.

УДК 616.613-003.7-089.85

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

Фарафонов И.Б.
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

Коралловидный нефролитиаз (КН), силу особенностей этиологии и патогенеза, тяжести клинического течения, сопровождающегося тяжелыми осложнениями, выделен в отдельную нозологическую единицу и остается одной из самых сложных форм мочекаменной болезни (МКБ). По определению Европейской ассоциации урологов от 2012 года, коралловидные конкременты - это крупные камни, занимающие почечную лоханку, не менее чем с одним ответвлением в чашечку почки. Частота данного вида уролитиаза составляет 5% - 33% от всех случаев МКБ. Имея, как правило, злокачественное клиническое течение, склонное к быстрому рецидивированию, коралловидный нефролитиаз становится частой причиной инвалидизации лиц трудоспособного возраста. По прогнозам многих исследователей, частота заболевания будет иметь тенденцию к росту, что делает проблему мочекаменной болезни еще более актуальной.

Целью нашей работы является анализ результатов применения оперативных методов лечения в зависимости от стадии коралловидного нефролитиаза.

Исследование основывается на ретроспективном анализе историй болезни 79 пациентов оперированных по поводу коралловидного нефролитиаза. Из них мужчин было 26(33%), а женщин 53 (67%). Средний возраст пациентов составил 48,5 лет. Впервые диагноз КН установлен в 54(68,4%) случаях, рецидив заболевания выявлен в 25(31,6%).

Локализация конкремента в правой почке определена у 35 пациентов, в левой у 36, двухстороннее у 8. Из сопутствующих урологических заболеваний у данной категории больных встречались: нефросклероз – 3 случая, пионефроз – 7, киста почки – 7, подковообразная почка – 2, ДГПЖ – 2.

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 оперированных по поводу коралловидного нефролитиаза.

Критерий	До лечения		После лечения	
	Норма	Повышенные показатели	Норма	Повышенные показатели
СОЭ	32 (41%)	47 (59%)	27 (34,3%)	52 (65,7%)
Лейкоциты в крови	59 (75%)	20 (25%)	53 (67%)	26 (33%)
Лейкоциты в моче	26 (33%)	53 (67%)	33 (32,3%)	46 (57,7%)
Мочевина	61 (85,3%)	18 (14,6%)	65 (82,3%)	14 (17,7%)

Креатинин	55 (69,6%)	14 (30,4%)	48 (60,8%)	31(39,2%)

Мочевая кислота у 63 (81,3%) 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 71 пациенту (90%), при этом был выявлен конкремент у 66 (93%). По данным обзорной урографии у 73 (92,5%) выявлен рентгенопозитивный конкремент. Нарушение уродинамики из верхних мочевых путей выявлено с помощью экскреторной урографии у 69 (87%) пациентов. Результаты денситометрии МСКТ представлены в таблице 2

Таблица 2 - Распределение конкрементов по плотности.

	От 100 до 500 HU	От 501 до 1000 HU	Свыше 1001 HU	Всего
Камни почек	14 (17,7%)	43 (54,5%)	22 (27,8%)	79(100%)

Положительные результаты бактериологического исследования мочи выявлены во всех случаях. Уровень бактериурии варьировал от 10^2 до 10^7КОЕ/мл. В большинстве случаев регистрировали бактериальные ассоциации, редко – моноварианты. В бактериальной среде мочи удельный вес представителей семейства Enterobacteriaceae составил 62,1% случаев с превалированием Proteus sp. и E.coli. Из группы грам + микроорганизмов преобладали S.epidermidis, Corynebacterium sp. и E.faecalis.Результаты проведенных анализов свидетельствуют о наличии воспалительного процесса в мочевыделительной системе, интенсивность которого после проведенного лечения снижалась.

Для систематизации подходов в диагностике и лечении коралловидного нефролитиаза мы использовали классификацию, предложенную Н.А. Лопаткиным [1993]. Основополагающими признаками при использовании классификации является размер и форма конкремента. По классификации коралловидные конкременты распределены на 4 стадии (КН –I, КН –II, КН –III, КН – IV).$КН_1$ – больные с «частичными» КК, основная масса которых занимает лоханку и имеются небольшие отроги в чашечки почки, $КН_2$ – больные с «частичными» КК, занимающими лоханку или ее часть и 1 чашечку почки (менее 60% объема ЧЛС), $КН_3$ – больные с «частичными» КК, занимающими лоханку и не менее 2-х

чашечек (60-80% объема ЧЛС), а $КН_4$ – больные с «полными» КК, занимающими всю ЧЛС или более 80% ее объема.

По результатам анализа определена структура пациентов КН: К1 выявлено в 19(24%)случаях, К2 - в 33(42%), К3 - в 16 (20%), К4 - в 11(14%).

Оперативные вмешательства проводились в объеме дистанционной литотрипсии (ДЛТ), перкутанной нефролитолапаксии, открытых операций и их сочетаний. Выбор операции основывалась на оценке предполагаемой эффективности методики (ДЛТ, ЧНЛТ, “традиционное” оперативное лечение) с учетом прогностических критериев: локализации, размеров и структурной плотности камня, функционального состояния верхних мочевых путей.

Ретроспективный анализ выявил, что ДЛТ проведено 3 пациентам при К1, без нарушения уродинамики верхних мочевых путей в отсутствии активной фазы пиелонефрита и плотности камней не выше 856±42,7 HU, а 14 пациентам – после предварительного дренирования почки.

Пациентов КН1 перенесших органосохраняющие оперативные вмешательства было 19. Нефролитолапаксия выполнена в 12 (63%) случаях, открытые операции в 4(11%). В этой группе в одном случае конкремент удален из основной лоханки удвоенной почки, в другом выполнена нефротомия в сочетании с резекцией почки, где позже гистологически подтвержден нефротуберкулез. Предварительное дренирование почки пункционной нефростомой, в связи с обструктивным пиелонефритом проведено лишь одному пациенту.

Наличие КН 2 требовало проведения нефролитолапаксии у 29 пациентов, а пиелолитотомии в 4-х.Резидуальные камни в послеоперационном периоде определены у 6 пациентов. В последующем в 4 случаях проведены сеансы ДУВЛ, а в 2 - чресфистульная нефролитолапаксия. Во всех случаях отмечена полная санация почек от конкрементов.

Кроме этого, одному пациенту предварительно была установлена пункционная нефростома, в связи с анурией (единственная почка), у другой пациентки в послеоперационном периоде произошла миграция фрагмента конкремента в нижнюю треть мочеточника, что в последующем потребовало проведение уретероскопии КЛТ.

При наличии КН 3 нефролитолапаксия выполнялась 13 пациентам, пиелолитотомия -3. Наличие резидуальных камней в послеоперационном периоде стало причиной проведения ДЛТ 3-ём пациентам, чресфистульной нефроскопии - 4. Санация полостной системы от конкрементовв этой группе достигнута в 100% случаев. Особые ситуации: у одного пациента почка была единственная, двое пациентов имели исходно признаки тяжелого нефросклероза с ХПН II-III.Через 8 месяцев они перешли на заместительную почечную терапию (гемодиализ).

Наличие КН 4 у пациентов явилось показанием к проведению нефролитолапаксий в 8 случаях, открытых операций в трех. При этом 3-е оперированы из двух доступов. Резидуальные конкременты в послеоперационном периоде выявлены у 6 пациентов. Наличие резидуальных камней привело к проведению сеансов ДУВЛв 50%, а в 50% случаев к проведению нефроскопии. Несмотря на это в 8,3% случаев пациенты были выписаны с наличием резидуальных камней.

Органоуносящих операций было выпалено в 10 случаях. Абсолютным показанием к проведению нефрэктомии являлось наличие не функционирующей почкина фоне выраженного нефросклероза.

Таким образом, алгоритм обследования, включающий УЗИ в режиме D, МСКТ позволяет обосновать выбор метода оперативного вмешательства, что значительно снижает процент интраоперационных осложнений.Чрескожные малоинвазивные оперативные вмешательства являются операцией выбора при лечении коралловидного нефролитиаза любой степени с эффективностью аналогичной традиционному хирургическому вмешательству.

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. Неймарк А. И. Одномоментный дополнительный перкутанный нефроскопический доступ в лечении коралловидного нефролитиаза / А. И. Неймарк, Р. М. Нугуманов // Казан. мед. журн. – 2009. – Т. 90, № 1. – С. 125–27.
5. Полиенко А. К. Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни / А. К. Полиенко, О. А. Севостьянова, В. А. Мосеев // Урология. – 2006. – № 1. – С. 74–78.
6. Попов С. В. Место трансуретральной контактной нефролитотрипсии в лечении больных с камнями почек / С. В. Попов, А. И. Новиков, И. А. Горгоцкий // Урология. – 2012. – № 5. – С. 81–85.

7. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики / О. И. Аполихин [и др.] // Урология. – 2008. – № 3. – С. 3–9.
8. Урология : нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1021 с.
9. Guidelines on urolithiasis / C. Türk [et al.] // Eur Assoc Urol. – 2014. – 98 p.

УДК 616.831-082 (571.51-21 Красноярск)

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ В КРАСНОЯРСКЕ, ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Е.А.Фатеева, Г.В. Якубович
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно – Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия
Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, Университетская клиника
Научные руководители: д.м.н., проф., Н. А. Шнайдер., асс., Ю. Б. Говорина.

Актуальность проблемы: эпилепсия, являясь хроническим заболеванием головного мозга, характеризуется не только повторными эпилептическими приступами, сопровождающимися различными клиническими и параклиническими проявлениями, но и снижением качества жизни, высокой «стигматизацией», наличием социальных ограничений, необходимостью длительное время принимать противоэпилептические препараты (ПЭП) и соблюдать режимные ограничения [1]. Таким образом, оказание помощи пациенту, страдающему эпилепсией, требует комплексного подхода.

Цель: оценка состояния существующей медицинской помощи, предоставляемой больным эпилепсией, с позиции врачей функциональной диагностики (клинических нейрофизиологов).

Материалы и методы исследования: авторами была адаптирована анкета для врачей [2], принимающих участие в оказании диагностической, лечебной и медико-социальной помощи больным эпилепсией. В пилотном исследовании приняли участие 12 врачей функциональной диагностики, работающих в Красноярском крае в муниципальных учреждениях здравоохранения. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы SPSS Statistics 17.0, рассчитывался средний балл, проведено ранжирование.

Полученные результаты: наиболее высокие оценки врачей функциональной диагностики получили: соответствие стандартам лечения, доступность медицинской помощи, преемственность в ведении и системный подход к лечению пациентов с эпилепсией. Наименьший ранг имели: интеграция с социальными службами, психологическая и эмоциональная поддержка больных, просветительская работа среди пациентов и членов их семьи (таблица 1). То есть именно эти аспекты оказания медицинской помощи являются наиболее уязвимыми на настоящий момент, хотя они являются крайне важными в достижении приверженности к лечению, длительной ремиссии и повышении качества жизни пациентов, учитывая необходимость регулярного приема ПЭП и роль стресогенных факторов, а также режимных нарушений, в провоцировании эпилептических приступов.Обращает внимание, что, несмотря на выделение рангов, все критерии оценки состояния медицинской помощи больным эпилепсией в Красноярском крае, по мнению врачей функциональной диагностики, были достаточно низкими, и оценены как удовлетворительные, а по некоторым аспектам даже неудовлетворительные. При этом соответствие стандартам лечения в настоящее время более важно, чем доступность оказания специализированной медицинской помощи, что отметили опрошенные врачи функциональной диагностики. Таким образом, возникает противоречие между их стремлением следовать стандартам и персонализированной медициной.

«Таблица 1-Оценка врачами функциональной диагностики состояния медицинской помощи, предоставляемой больным эпилепсией и эпилептическими синдромами в Красноярском крае»

Критерий	Средний балл	Ранг
Соответствие стандартам лечения	3,6	1
Доступность медицинской помощи	3,5	2
Преемственность в ведение больного (педиатр, детский невролог, невролог, психиатр, нейрохирург)	3	3
Системный подход (т.е. профилактика, амбулаторное, при необходимости стационарное лечение, реабилитация)	3	3
Помощь комплексная (консультирование и ведение несколькими специалистами)	2,8	4
Просветительская работа среди пациентов и членов их семьи	2,7	5
Психологическая и эмоциональная поддержка больных	2,6	6

Интеграция с социальными службами	2,4	7

Учитывая, что эпилепсия является гетерогенным по этиологии заболеванием (по данным Д.В. Дмитренко и соавторов, 39,5% случаев эпилепсии, зарегистрированных в Красноярском крае, являются симптоматическими, развивающимися на фоне различной органической патологии) возникает вопрос о необходимости комплексного ведения пациента несколькими специалистами [3,4]. При ранжировании на первом месте по степени необходимости консультаций оказался клинический нейрофизиолог, на втором месте – клинический психолог/психотерапевт, и на третьем – врач функциональной диагностики. В меньшей степени врачи отмечали потребность в консультациях иммунолога, кардиолога-аритмолога и оториноларинголога. Необходимость в консультации клинического фармаколога, психиатра, терапевта/педиатра занимает промежуточное положение (таблица 2). Данные результаты указывают на низкую осведомленность опрошенных врачей об эпидемиологии и этиологии эпилепсии в Красноярском каре, то есть заболевания, в дифференциальной диагностике которого они (врачи функциональной диагностики) принимают непосредственное участие.

«Таблица 2 - Нуждаемость больных эпилепсией в консультации других специалистов (по мнению врачей функциональной диагностики)»

Специалист	Средний балл	Ранг
Клинический нейрофизиолог	4,7	1
Клинический психолог/ психотерапевт	4,6	2
Врач функциональной диагностики	4,5	3
Клинический фармаколог	4,3	4
Психиатр	4,2	5
Терапевт/педиатр	4	6
Сомнолог	3,9	7
Медицинский генетик	3,9	7
Эндокринолог	3,7	8
Оториноларинголог	3,2	9
Кардиолог-аритмолог	3,1	10
Иммунолог	2,8	11

Данные проведенного анкетирования о важности параклинических методов диагностики эпилепсии и эпилептических синдромов показали, что на первом месте стоит магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (высокопольная по программе диагностики эпилепсии), на втором – электроэнцефалография (ЭЭГ), и на третьем - нейропсихологическое тестирование тревоги и депрессии. Не менее важным в диагностике является проведение таких исследований как терапевтический лекарственный мониторинг, МРТ головного мозга (обзорная) и патопсихологическое тестирование. Наименее важными оказались такие исследования как кардиореспираторный мониторинг, серологическое исследование, респираторный мониторинг с пульсоксиметрией и исследование иммунного статуса пациента. Полученные данные так же можно трактовать как низкую осведомленность врачей функциональной диагностики Красноярского края, принявших участие в настоящем исследовании, не только о новых методах диагностики, но и существующих стандартов диагностики и лечения эпилепсии, в целом. Так, ЭЭГ является «золотым» стандартом диагностики эпилепсии и эпилептических синдромов, однако этот метод функциональной диагностики по рангу уступил свое место методу нейровизуализации.

Выводы: таким образом, проведенное нами пилотное исследование позволяет констатировать низкую осведомленность врачей функциональной диагностики муниципальных лечебно-профилактических учреждений г. Красноярска о состоянии противоэпилептической помощи в Красноярском крае. Несмотря на то, что врачи функциональной диагностики хорошо осведомлены о наиболее информативных методах диагностики эпилепсии (МРТ, видео-ЭЭГ-мониторинг, терапевтический лекарственный мониторинг, нейропсихологическом тестировании), они не уделяют должного внимания ЭЭГ-исследованию. Выявлено противоречие между их стремлением следовать стандартам и персонализированной медициной, которая активно развивается в эпилептологии в течение последних лет и требует участия клинического фармаколога, медицинского генетика. Хотя важная роль комплексного подхода в лечении больных с эпилепсией признается всеми врачами функциональной диагностики, принявшими участие в исследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. М.: Медицина, 2010. , с.518-526, 707-717.

2. Мишина О. С. Организация оказания медицинской помощи // Справочник врача общей практики. 2014. №7. С. 15-24.

3. Шнайдер Н. А. Состояние медицинской помощи больным эпилепсией во взрослой популяции города Красноярска /, О. И. Шевченко, Д. А. Россиев, А. В. Шульмин, Д. В. Дмитренко // Клиническая эпилептология. 2009. №1. С.85–91.
4. Shnayder N. A. Epidemiological studies on epilepsy in Siberia / Dmitrenko D.V., Sadykova A.V., Sharavii L.K., Shulmin A.V., Shapovalova E.A., Pilyugina M.S., Darsavelidze O.K. // Medical and health science journal. 2011. Vol. 6. pp.35-42. http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume6/201104050030_07_V6_MHSJ_RU_Shnayder_et_al_Epilepsy_Siberia.pdf

УДК 572.524.12-055.2

УСТАНОВЛЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕНЩИН ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ИХ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПО ХАРАКТЕРУ ПАПИЛЛЯРНЫХ УЗОРОВ

Федин И.В., Нестерова Ю.А., Селин В.Е.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра Судебной медицины ИПО
Научный руководитель: д.м.н. проф., зав. каф. Судебной медицины ИПО Чикун В.И.

Проблема познания человека пронизывает всю историю медицины, начиная с древних времен и по нынешний день человечество стремиться познать не только мир природы, но и собственную сущность, самого себя.

Внешний облик человека, особенности строения его тела несут не только эстетическую нагрузку, но и являются маркерами физического и полового развития, интенсивность метаболических процессов, а также предрасположенности индивида к определенным заболеваниям. На протяжении многих лет ученые пытаются с разных позиций классифицировать тело человека, благодаря этому имеется большое разнообразие методик, основанных на разных принципах [1, 10, 12,13]. Но все же главным недостатком имеющихся схем является отсутствие комплексного подхода в определении соматотипа: оценивая несколько основных параметров туловища, упускаются из вида особенности формы и размеров других частей тела.

Дерматоглифика — наука, которая занимается изучением признаков узоров на коже ладонной стороны кистей и стоп человека. В последнее время ученые уделяют пристальное внимание изучению дерматоглифической конституции и ее взаимосвязи с другими частными конституциями, которые находятся в неразрывной связи и определённых

соотношениях друг с другом. В данном аспекте важным является поиск связей отпечатков пальцев с внешне-опознавательными признаками человека, благодаря которым возможно осуществление идентификации личности. За счет своей доступности и эффективности метод дерматоглифики способствует решению данной проблемы [7].

В последние годы чаще стали назначаться сложные экспертизы при расследовании катастроф и событий с массовыми человеческими жертвами, возрастает миграция населения, нарастает организованная преступность, участились военные конфликты, что значительно повышает роль судебной медицины и, в частности, судебно-медицинской идентификации личности[8]. Трудность идентификации личности конкретного человека заключается в большом многообразии исследуемых объектов, обширности экспертной работы и многочисленности методов, разных по технологии, сложных по выполнению и оценки результатов. На основе дерматоглифики создано множество методов, которые позволяют идентифицировать человека лишь по одно признаку, которым является папиллярный узор пальцев кистей [2].

Накопленные в этой области знания позволяют сформировать систему методов, которые могут эффективно использоваться не только в криминалистике и судебной медицине, но и во многих направлениях клинической медицины, генетике, и эмбриологии[3,4,5,9,11]. С учетом сказанного выше, тема данного исследования представляется актуальной как в научном, так и практическом плане.

Цель: Выявить особенности взаимоотношения частной соматической и дерматоглифической конституции женщин и на их основе разработать критерии, позволяющие моделировать образ тела женщины.

Задачи:

1. Определить антропометрические характеристики, пропорции тела и формы частей тела женщин первого, второго периода зрелого возраста (21-55 лет).
2. Разработать методику определения частной конституции организменного уровня (тип телосложения) женщин по совокупности конституции частей тела.
3. Изучить качественные и количественные характеристики пальцевых узоров, выявить особенности распределения изучаемых признаков каждого пальца обеих кистей.
4. Выявить взаимосвязь размеров, формы и пропорций частей тела между собой, а также с показателями пальцевой дерматоглифики, на основании выявленных взаимосвязей разработать методику диагностики антропометрических показателей по отпечаткам пальцев для последующей идентификации.

Объект исследования: 600 трупов женщин зрелого возраста (21-55 лет).

Методы исследования:

- антропометрический;
- дерматоглифический;
- иммунологический;
- статистический анализ полученных данных.

Используемые средства: скользящий циркуль, сантиметровая лента, антропометр Мартина, весы механические, дактилоскопический валик, типографская краска, дактилоскопическая лупа, транспортир, компьютер, программное обеспечение.

1. Антропометрический метод исследования (длина туловища, верхней и нижней конечности, размах верхних конечностей, длина тела выше и ниже пупка, высота головы и шеи, длина туловища до нижней точки лонного сочленения, длина нижней конечности от нижней точки лонного сочленения, поперечный и переднезадний диаметр таза, поперечный диаметр таза, поперечный диаметр колена, диаметр плеча, предплечья, бедра, голени, межреберная и межостистая дистанция, обхват грудной клетки, плеча, предплечья, бедра и голени, длина тела (см), масса тела (кг). Размеры тела определяются по расстоянию между антропометрическими точками. Для измерения используется антропометрический инструментарий: металлический штанговый антропометр Мартина, весы, гибкая мерная лента, толстотный циркуль.).
2. Дерматоглифический метод исследования (дерматоглифическое исследование кожных узоров ладонной поверхности дистальных фаланг пальцев кисти по обще принятой методике [6].
3. Иммунологический метод – получение информация о группе и резус факторе крови.
4. Статистический анализ полученных данных (определение характера распределения по критерию Шапиро-Уилка). Парное сравнение при помощи Т-критерия Манна-Уитни, множественное сравнение – Крускала-Уоллиса с поправкой Бонферони, сравнение выборочных долей - z – критерий. Корреляционный анализ по Спирмену, регрессионный анализ).

На первом этапе проводится дерматоглифическое исследование кожных узоров ладонной поверхности дистальных фаланг пальцев кисти. Отпечатки пальцев получали по общепринятой методике [6]. Из качественных показателей пальцевой дерматоглифики принимались во внимание три типа рисунка - завиток, петля (ульнарная, радиальная) и дуга [2]. Среди количественных признаков кожных узоров определяли тотальный гребневой счет на обеих кистях, общий гребневой счет для каждой кисти, а также пальцевой гребневой счет на разных пальцах и в разных типах узоров, высоту,полувысоту, первую и вторую ширину, угол наклона оси узора, количество папиллярных линий, характеризующих форму относительного расположения дельты в завитковом узоре, угол между рукавами дельты

На втором этапе проводится измерение антропометрических параметров тела женщин: длина туловища, верхней и нижней конечности, размах верхних конечностей, длина тела выше и ниже пупка, высота головы и шеи, длина туловища до нижней точки лонного сочленения, длина нижней конечности от нижней точки лонного сочленения, поперечный и переднезадний диаметр головы, плечевой диаметр, поперечный и переднезадний диаметр грудной клетки, гребневой и переднезадний диаметр таза, поперечный диаметр колена, диаметр плеча, предплечья, бедра, голени, межреберная и межостистая дистанции, обхват грудной клетки, плеча, предплечья, бедра и голени, длина тела (см), масса тела (кг). Размеры тела определялись по расстоянию между антропометрическими точками. Для измерений использовали антропометрический инструментарий: металлический штанговый антропометр Мартина, весы, гибкая мерная лента и толстотный циркуль.

Были отмечены статистически значимые корреляционные связи между антропометрическими и дерматоглифическими признаками, что позволяет по высоте, углу наклона оси дугового рисунка, а также форме относительного расположения дельты в завитковом узоре определить размеры головы, лица, грудной клетки, живота, таза, верхней и нижней конечности. Полученные результаты играют существенную роль в изучении вопроса о взаимоотношении частных конституций при идентификации неизвестной личности. Для закрепления полученных результатов необходимо продолжить исследование с большей выборкой женщин 25-55 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анциферов В.К., Корноухов В.Е., Ярослав Ю.Ю. и др. Дактилоскопическая экспертиза: современное состояние и перспективыразвития. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1990. – 416 с.Божченко А.П., Толмачев И.А., Моисеенко С.А. и др. Возможностии перспективы судебно-медицинской дерматоглифики // Суд.-мед. эксперт. –2009. – № 3. – С. 33-36.
2. Анциферов В.К., Корноухов В.Е., Ярослав Ю.Ю. и др. Дактилоскопическая экспертиза: современное состояние и перспективы развития. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1990. – 416 с.
3. Божченко А.П., Толмачев И.А., Моисеенко С.А. и др. Возможности и перспективы судебно-медицинской дерматоглифики // Суд.-мед. эксперт. – 2009. – № 3. – С. 33-36.
4. Божченко А.П., Толмачев И.А. Дерматоглифика пальцев рук в аспекте судебно-медицинской идентификации личности // Суд.-мед. эксперт.– 2009. – № 2. – С. 25-29.
5. Божченко А.П. Судебно-медицинское и криминалистическое значение белых линий папиллярных узоров пальцев рук // Эксперт-криминалист. – 2008. - № 3. – С. 25-29.

6. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьяны и человека. М., Наука, 1966.

7. Селиванов Н.А., Теребилов В.И. Первоначальные следственные действия. – М.: Юрид. лит., 1969. – 296 с.

8. Тараскаев С.А. Установление пола человека по следам папиллярных узоров ног // Вестн. криминалистики. – 2009. – № 3. – С. 79-82.

9. Тараскаев С.А. Установление пола человека по следам папиллярных узоров ног // Вестн. криминалистики. – 2009. – № 3. – С. 79-82.

10. Шестакова С.С., Репин А.В., Жданов А.Ю. Дактилоскопическаяинформация и ее использование в процессе расследования преступлений. – Красноярск: Сиб. юр. ин-т. МВД России, 2007. – 112 с.

11. Antoine K.M., Mortazavi S., Miller A.D. et al. Chemical differences areobserved in children's versus adults' latent fingerprints as a function of time // J.Forensic. Sci. – 2010. – № 2. – P. 513-518.

12. Cattaneo C., Porta D., De Angelis D. et al. Unidentified bodies andhuman remains: an Italian glimpse through a European problem // Forensic. Sci.Int. – 2010. – № 1-3. – P. 167.

13. Loreille O.M., Parr R.L., McGregor K.A. et al. Integrated DNA andfingerprint analyses in the identification of 60-year-old mummified humanremains discovered in an Alaskan glacier // J. Forensic. Sci. – 2010. - № 3. – P.813-818.

УДК 616.517-055.2:611

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН

Федонина Д.С., Копылова Е.В.

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

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО.

Научные руководители: доцент, д.м.н. Ю.Ю. Винник; профессор, д.м.н. Ю.В.Карачёва

Актуальность исследования. На сегодняшний день псориаз является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи. Согласно клинико-статистическим данным им страдают до 3% населения высокоразвитых стран. В структуре кожных болезней доля псориаза, по данным разных авторов, достигает 10%. Несмотря на большую распространенность и многолетнее изучение псориаза, многие аспекты

его этиологии и патогенеза остаются нерешенными и требуют более глубокого исследования. Необходимость дальнейшего разностороннего изучения этого дерматоза продиктована тем, что в последние годы участились случаи тяжелых, резистентных к терапии форм заболевания, нередко являющихся причиной инвалидизации больных трудоспособного и социально активного возраста.Отсутствие работ по изучению анатомо-морфологических особенностей псориаза у женщин стало основанием для проведения собственного исследования.

Цель нашего исследования - выявить взаимосвязь между строением тела (соматотипом), клиническими проявлениями и гистологической картиной псориаза у женщин I и II периода зрелого возраста. Для решения поставленной цели были поставлены следующие задачи исследования:1)Провести антропометрическое обследование и соматотипирование женщин, страдающих различными клиническими формами псориаза; 2)Установить закономерности клинических проявлений псориаза в зависимости от соматотипа; 3)Выявить морфологические особенности кожи у женщин различных конституциональных типов, страдающих псориазом.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 37 женщин, больных псориазом, в возрасте от 21 до 55 лет. Взято 12 биоптатов кожи с псориатических бляшек на гистологическое исследование. Проведены антропометрические измерения с последующим соматотипированием по В.П. Чтецову и обработка полученных данных при помощи программы SOMA. Для определения соматотипа женщин проводились следующие измерения: рост(см), масса (кг), параметры жирового компонента тела (мм) (жировая складка плеча спереди, жировая складка плеча сзади, жировая складка предплечья, жировая складка спины, жировая складка грудной клетки,жировая складка живота, жировая складка бедра, жировая складка голени), параметры мышечного компонента тела (см) (обхват плеча, обхват предплечья, обхват бедра,обхват голени, обхват грудной клетки, обхват ягодиц, обхват запястья,обхват над лодыжкой),диаметры(см) (плеч, таза, переднезадний диаметр грудной клетки, дистальный диаметр плеч, дистальный диаметр бедра,дистальный диаметр голени).

Составлена оригинальная анкета на основании литературных материалов ведущих дерматовенерологов [1][2][4]. Степень тяжести псориаза у больных оценивалась с помощью шкалыPsoriasisAreaSeverityIndex (PASI) по формуле: (эритема + шелушение + инфильтрация) х степень поражения х весовой коэффициент области. Весовой коэффициент области соответствует площади поверхности кожи: 0,4 – ноги, 0,3 – туловище, 0,2 – руки, 0,1 – голова.

Результаты исследования. По данным соматотипирования выявлено, что 59% женщин, больных псориазом относятся к мегалосомному типу телосложения, 19% к

мезосомному, 11% к лептосомному и 11% - к неопределенному. При распределении женщин, страдающих псориазом, по возрастным группам установлено, что 76% пациентов относятся ко II периоду зрелого возраста (от 36 до 55 лет). Кроме того был проведен анализ наследственной отягощенности. Наличие заболевания у близких родственников (мать, отец, брат, сестра) зарегистрировано в 50% случаев у мегалосомного соматотипа, 50% - у неопределенного, 29% - у мезосомного и 25% - у лептосомного (рис. № 1).

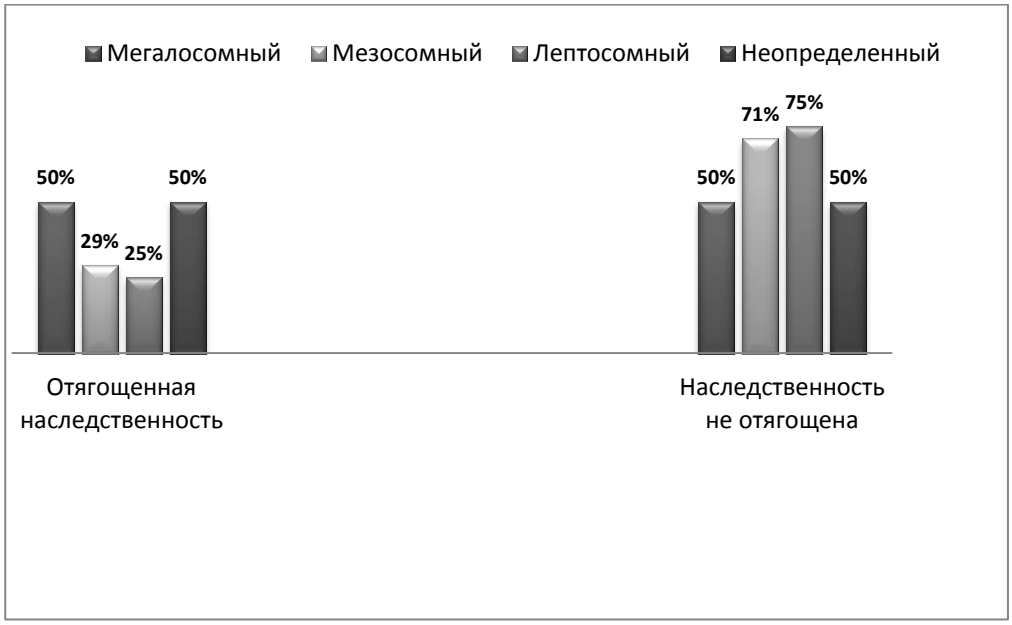


Рисунок 1 - Распределение наследственной отягощённости у больных псориазом

Из анамнеза установлено, что большая часть обследуемых пациентов (75%) начало псориаза связывают с психоэмоциональным стрессом. В 31% случаев в качестве причины дебюта заболевания выступали «прочие» факторы, среди которых имели место физические нагрузки, тяжелое течение респираторного заболевания, прием лекарственных препаратов (антибиотики), влияние профессиональных вредностей (химическое производство) (рис. 2).

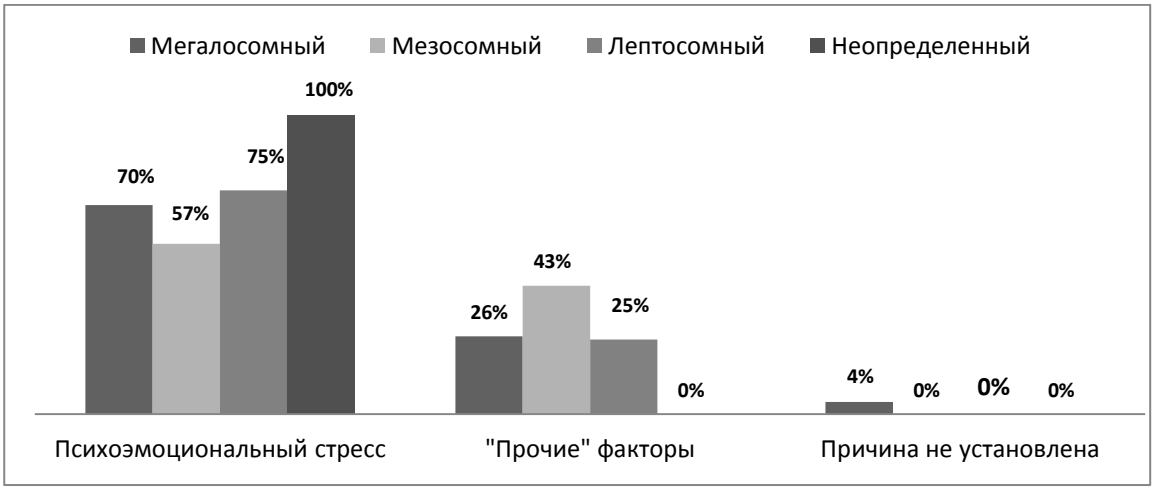


Рисунок 2 – Распределение провоцирующих факторов у больных псориазом

В зависимости от сезонности рецидивов болезни выделяли 4 формы псориаза: зимнюю, осеннюю, весеннюю и смешанную. У всех соматотипов чаще регистрировалась смешанная форма: в 59% случаев у мегалосомного, в 57% у мезосомного, в одинаковом процентном соотношении (75%) у представителей лептосомного и неопределённого соматотипов.
Значение индекса PASI у больных псориазом разных соматотипов представлено на рисунке 3 . Индекс PASI выше у неопределенного соматотипа, равный 21,2.

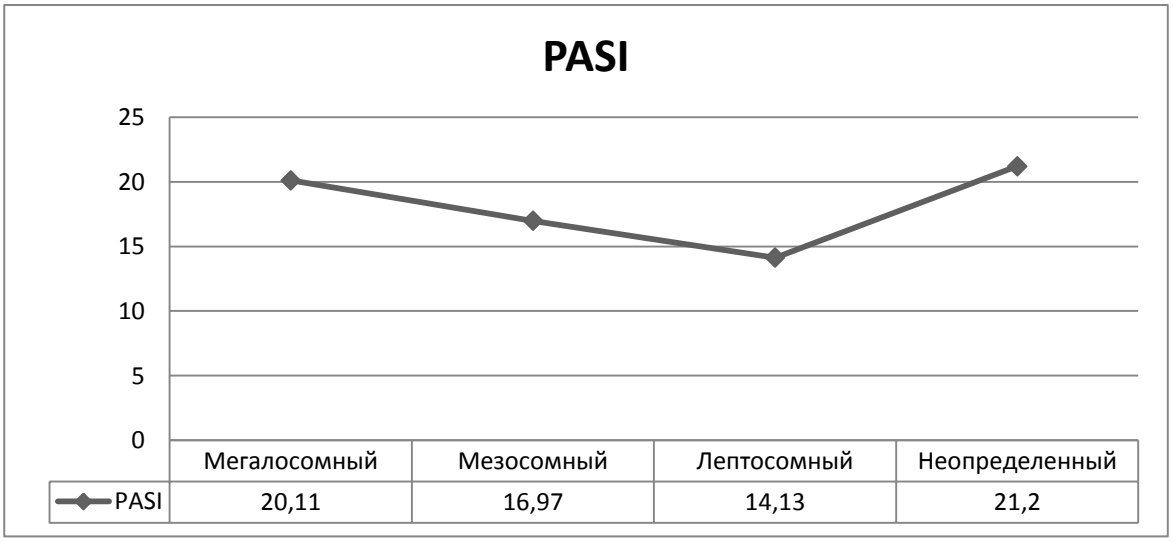


Рисунок 3 - Распределение больных псориазом по величине индекса PASI

Самой распространенной клинической формой являлся вульгарный псориаз. Он диагностирован в 68% случаев у мегалосомного соматотипа, в 72% - у мезосомного, в 100% случаев у лептосомного и неопределенного соматотипов (рис. 4).

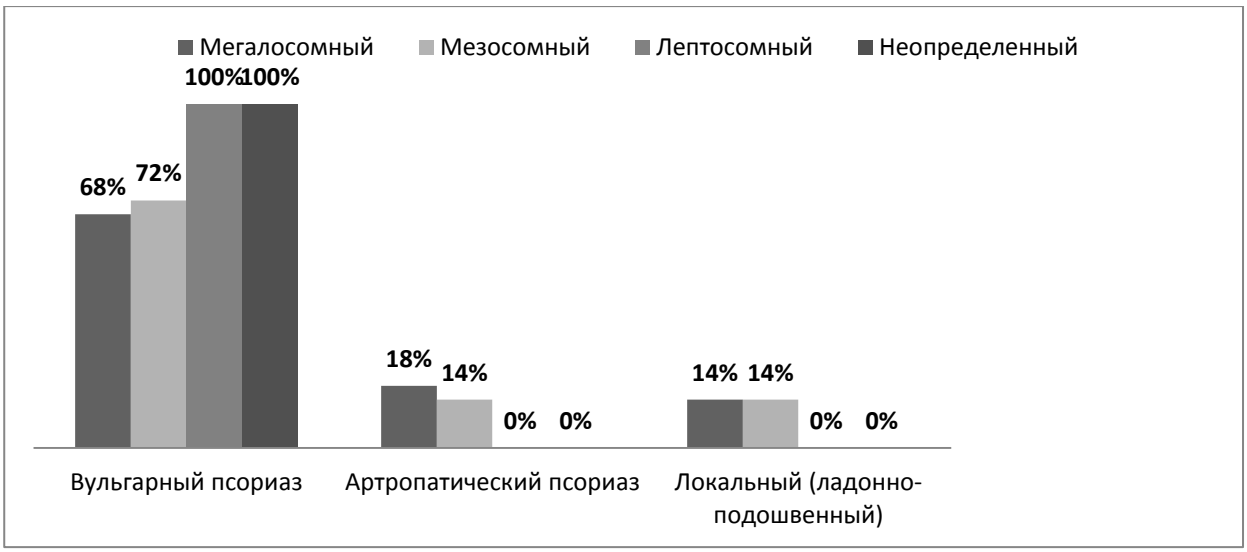


Рисунок 4 - Распределение клинических форм у больных псориазом

Сравнение относительных величин жирового, мышечного и костного компонентов у женщин, страдающих псориазом, выявило, что у пациентов неопределённого соматотипа самый высокий процент жировой ткани (31,44±0,81), у мегалосомного - мышечной (31,4 ±0,82) и костной (9,94 ± 0,29) тканей (табл. 1).

Таблица 1 - Компонентный состав тела женщин, больных псориазом

Параметры	Мегалосомныйсоматотип	Мезосомныйсоматотип	Лептосомныйсоматотип	Неопределенныйсоматотип
Относительная масса жировой ткани, %	27,21 ±0,81	23,14 ± 0,81	22,52 ± 0,81	31,44±0,81
Относительная масса мышечной ткани, %	31,4 ±0,82	25,4 ± 0,82	22,7 ±0,82	28,72±0,82
Относительная масса костной ткани, %	9,94 ± 0,29	8,64 ±0,29	7,07 ±0,29	8,4±0,29

При гистологическом исследовании биоптатов кожи больных псориазом выявлены равномерный акантоз, диффузный паракератоз, агранулез, микроабсцессы Мунро в подроговом слое, в дерме в сосочковом слое периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты. У женщин неопределенного типаболее выраженакантоз в эпидермисе и лимфоцитарные инфильтраты вокруг расширенных капилляров сосочкового слоя.

Проделанная работа позволяет сделать следующие выводы:

1) Среди больных псориазом женщин чаще регистрировался мегалосомный соматотип (59%), а реже неопределенный и лептосомный соматотипы (11%).

2)Тяжесть псориатического процесса прямо пропорциональна относительному количеству жировой массы - чем выше масса жировой ткани, тем выше индекс PASI.

3)У больных неопределенного соматотипа псориаз имеет более злокачественное течение по сравнению с мегалосомным, мезосомным и лептосомным соматотипами.

4)У женщин неопределенного соматотипа более выражены пролиферативные изменения эпидермиса и воспалительная лимфоцитарная инфильтрация в дерме, по сравнению с мезосомным, лептосомным и мегалосомным соматотипами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адаскевич В.П. Том 1. Дерматология. Псориаз. / В.П. Адаскевич // Издательство: Медицинская литература. -2008.–230-234 с.

2. Владимиров В.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика. Качество жизни / В.В. Владимиров, Е.В. Владимирова // Медицина. Болезни кожи. -2006. Т.6(17). - С.38-44.

3. ГареевЕ.М. Краткий обзор базовых методов математико-статистической обработки медико-биологической информации / Е.М. Гареев //. - 2009. -334 с.

4. Довжанский С.И. Псориаз: роль провоцирующих факторов / С.И. Довжанский // Тезисы научных работ Первого Российского конгресса дерматовенерологов. - 2003. – С. 20-22

5. Кунгуров Н.В. Генетические факторы этиологии и патогенеза псориаза / Н.В. Кунгуров с соавт. // Вестник дерматологии и венерологии.-2011.-№1.-С.23-27.

6. Мартиросов Э.Г Технологии и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев//. М.: Наука.- 2006.-248с.

7. Сускова В.С. Иммунопатогенез псориаза / В.С. Сускова с соавт. // Клиническая дерматология и венерология. 2006. - № 1. — С. 68 - 70.

УДК 159.922.7:371.8.062.3:316.628

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НИЗКИМ УРОВНЕМ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ ЧЕРЕЗ ВНЕУЧЕБНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Федоренко М.П.
Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: доц., к.пс.н., О.В. Волкова

Роль мотивации в учебной деятельности имеет особое значение. Известно немало случаев, когда ученики, обладающие объективно меньшими способностями, благодаря энтузиазму, интересу к занятиям и старанию достигают гораздо лучших результатов в учебе.

Каждый учитель хочет, чтобы его ученики хорошо учились, с интересом и охотой занимались в школе. Зачастую, с сожалением приходится слышать следующие констатации: «не хочет учиться», «мог бы прекрасно учиться, а желания нет». В таких случаях мы

сталкиваемся с тем, что у ученика не сформировались потребности в знаниях, нет интереса к учению. Невозможно успешно учить школьника, если он относится к обучению равнодушно, без интереса.

Проблемы мотивации обучения свойственны работе начальной школы. Единые учебные планы, единообразные задания, ориентация обучения на высокий уровень усвоения изучаемых предметов, и, как следствие низкая ориентировка на личностные особенности ученика, которая выражается в слабой сформированности мотивов учения. На сегодняшний день мало обеспечить освоение школьниками определенным багажом знаний, немаловажное значение придается задаче научить учащихся учиться, а если быть наиболее точным, то научить их хотеть учиться.

Младший школьный возраст предполагает ряд следующих изменений: мышление становится теоретическим, что ведет к перестройке всех остальных психических процессов, в свою очередь развитие теоретического мышления способствует возникновению у учащихся рефлексии; отмечается произвольность и способность к саморегуляции, изменяется отношение школьников к самому процессу обучения; возникает чувство взрослости; меняется характер самооценки [1].

Положительное отношение к учению усиливается от 1-ого ко 2-ому классу и ослабевает к окончанию начальной школы. Поэтому, вопрос о том, как развивать в дальнейшем учебную мотивацию четвероклассников, действительно имеет особую актуальность [4].

Исследование проводилось в 2014 учебном году в лицее № 3 г. Красноярска. В нем приняли участие 3 педагога данного учреждения и 23 учащихся младшего школьного возраста (10-12 лет, 4-ый класс.) Через три недели в рамках контрольного среза было проведено повторное исследование с теми же учениками.

Целью исследования являлось изучение особенностей психологического сопровождения младших школьников с низким уровнем учебной мотивацией.

Главными задачами нашей работы выступили: разработка и аппробация эффективной модели психологического сопровождения низкомотивированных младших школьников, направленной на повышение уровня учебной мотивации.

В качестве гипотез исследования выступили следующие предложения:

1. Учебная мотивации младших школьников имеет специфические особенности, которая выражается в её некотором снижении к окончанию начальной школы.

2. Система психологического сопровождения, направленная на развитие учебной мотивации младших школьников с низким уровнем учебной мотивации, будет эффективной, если она направлена на создание условий для личностного развития детей посредством

создания благоприятных ситуаций, эмоциональным окрашиванием учебного процесса вцелом, ориентацию педагогов на личностную модель взаимодействия, принятия родителями ответственности за воспитание своих детей; это становится возможным благодаря специальной программе тренинговых мероприятий.

Методологическую основу составили: общие положения лично-деятельностного подхода в психологии (Л.С, Выготский, А.Н.Леонтьев, И.А. Зимняя, И.С. Якиманская), современные концепции психологического сопровождения (М.Р. Битянова, Е.И. Казакова, Е.А. Козырева, Т.И. Чиркова), основные концептуальные положения развития личности на разных этапах онтогенеза (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, В.С. Мухина, Л.И. Божович.)[2,3,4,5,6]

Методы исследования представлены логико-психологическим анализом предметного содержания психологической и специальной литературы для уточнения исходных понятий и обозначения базовых конструктов психологического сопровождения младших школьников с низким уровнем учебной мотивации: эмпирическими методами (наблюдение, беседа, анкетирование, анализ продуктов деятельности учащихся, психологический эксперимент, психологическое тестирование), статистическими методами, количественным и качественным анализом полученных фактических данных.

В работе использовались следующие методики: анкета по оценке уровня школьной мотивации учащихся начальной школы (1-4 класс) (Лусканова Н.Г.), методика по определению мотивов учения (М. Р. Гинзбург), Диагностика ориентированности педагогов на учебно-дисциплинарную или личностную модель взаимодействия (по В. Г. Маралову).

Обработка проводилась в соответствии со стандартами методик. При обработке данных эмпирического исследования нами использовалсья метод математической статистики U-критерий Мана-Уитни.

В процессе проведения исследования нами были выделены две группы. Состав групп сходен по возрастным характеристикам, половым характеристикам и условиям, созданным во время учебы (один учебный план, равная нагрузка). Для профилактической работы была выбрана группа из 7 человек (с самыми низкими результатами по первому срезу), вторая половина класса 7 человек (со средними и высокими показателями по первому срезу) стала контрольной.

Таблица 1 - Сравнение первичных показателей двух выборок с помощью «Анкеты по оценке уровня школьной мотивации учащихся начальной школы (1-4 класс)»

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	12	9.5	17	13.5
2	11	7	17	13.5

3	11	7	16	12
4	10	4.5	15	11
5	9	2.5	12	9.5
6	9	2.5	11	7
7	2	1	10	4.5
Суммы		34		71

Результат: UЭмп = 6

Полученное эмпирическое значение Uэмп(6) находится в зоне значимости, что свидетельствует о наличие некоторой тенденции к снижению учебной мотивации у младших школьников.

Данные представленные в таблице № 1 свидетельствуют о том, что у учащихся, входящих в экспериментальную группу доминирует низкий уровень учебной мотивации. Такие школьники обычно идут в школу с неохотой. На занятиях зачастую занимаются посторонними делами, играми. У младших школьников, входящих в контрольную группу, доминирует положительное отношение к школе. Такие дети достаточно благополучно чувствуют себя в школе.

Таблица 2 - Сравнение первичных показателей двух выборок с помощью Методики по определению мотивов учения (М. Р. Гинзбург)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	6.5	15	14
2	8	6.7	13	13
3	7	5	11	12
4	6	3.5	10	10.5
5	6	3.5	10	10.5
6	4	2	9	8.5
7	3	1	9	8.5
Суммы		28		77

Результат: UЭмп = 0

Полученное эмпирическое значение Uэмп(0) находится в зоне значимости, что свидетельствует о наличие некоторой тенденции к снижению учебной мотивации у младших школьников. Данные представленные в таблице № 2 свидетельствуют о том, что у учащихся, входящих в экспериментальную группу преобладает низкий и сниженный уровни учебной мотивации, а также внешние, игровые, оценочные мотивы. У младших школьников, входящих в контрольную группу, преобладает высокий и нормальный уровни учебной мотивации, а также социальные, позиционные, учебных мотивы.

Таким образом, мы можем утверждать, что экспериментальная и контрольная выборки сопоставимы между собой и на основании исследования мотивации учащихся в

этих группах можно будет сделать достоверный вывод об эффективности тренинговой программы эксперимента.

Диагностика ориентированности педагогов на учебно-дисциплинарную или личностную модель взаимодействия (по В. Г. Маралову) показала, что 2-ое педагогов из 3-ёх имеют умеренную ориентированность на учебно-дисциплинарную модель (набрали 95 и 97 баллов),что подразумевает под собой модель педагогического взаимодействия , где субъектом деятельности является только педагог, ученику отводится пассивная роль как объекта воздействия со стороны учителя, преобладает авторитарный стиль руководства. И 1 педагог имеет выраженную ориентированность на личностную модель взаимодействия(78 баллов). Личностная модель предполагает, что педагог признает в качестве субъектов деятельности себя и ребенка, создает условия для саморазвития; преобладает демократический стиль общения, сотрудничество.

Результаты повторной отсроченной диагностики после апробации созданной нами модели психологического сопровождения низкомотивированных младших школьников, направленной на повышение уровня учебной мотивации показали следующие результаты.

Таблица 3 - Сравнение первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе с помощью «Анкеты по оценке уровня школьной мотивации учащихся начальной школы (1-4 класс)»

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	12	9.5	16	14
2	11	7	15	13
3	11	7	14	11.5
4	10	4.5	14	11.5
5	9	2.5	12	9.5
6	9	2.5	11	7
7	2	1	10	4.5
Суммы		34		71

Результат: UЭмп = 6

Полученное эмпирическое значение Uэмп(6) находится в зоне значимости.Данные представленные в таблице № 4 свидетельствуют о положительных изменениях уровня мотивации к учебной деятельности у учащихся, входящих в экспериментальную группу, преобладание положительного отношения к школе, хорошая школьная мотивация.

Таблица 4 - Сравнение первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе с помощью «Методики по определению мотивов учения»(М. Р. Гинзбург)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	8	8	11	14
2	8	8	10	13

3	7	6	9	11
4	6	4	9	11
5	6	4	9	11
6	4	2	8	8
7	3	1	6	4
Суммы		33		72

Результат: UЭмп = 5

Полученное эмпирическое значение Uэмп(5) находится в зоне значимости.Данные представленные в таблице № 4 свидетельствуют о тенденции к повышению уровня мотивации к учебной деятельности у учащихся, входящих в экспериментальную группу. У учащихся выявляется нормальный и высокий уровень учебной мотивации, преобладание социальных мотивов, учебного и позиционного мотивов.

Различия по выраженности повышения учебной мотивации учащихся между выборками значимы.

Таким образом, по результатам проделанной нами работы можно сделать следующие выводы. Разработанная нами система психологического сопровождениям младших школьников с низким уровнем учебной мотивации, целью которой является формирование и развитие положительной мотивации учения, а так же нормализация взаимоотношений в общении между детьми, умение видеть за своими поступками проявление особенностей характера, умение адаптироваться к изменяющимся социальным условиям, показала положительные изменения. Это подтверждает статистическая обработка данных.Для дальнейшей разработки данного направления следует увеличить продолжительность программу психологического сопровождения, чтобы результат был более устойчивым.В качестве средства для формирования и развития уровня мотивации учащихся младших школьников следует проводить индивидуальные беседы или занятия с каждым участником тренинга, а также сотрудничать с педагогами и родителями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хилько М.Е., Ткачева М.С. Возрастная психология. Конспект лекций /М., Юрайт, 2010.-С.131-142.

2. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Под ред. В.В. Давыдова. М., 1991.

3. Маркова А.К. Мотивация учебной деятельности школьника // Вопросы психологии, 1978, № 3.С – 11-13

4. Эльконин Д. Б. Психология обучения младшего школьника // Психическое развитие в детских возрастах. М.-Воронеж, 1995.

5. Зимняя И. А. Педагогическая психология- М, 1999

6. Божович Л. И., Морозова Н. Г., Славина Л. С. Развитие мотивов учения у советских школьников // Психология в вузе. 2008. № 5.

УДК 159.9

ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НРАВСТВЕННОСТИ СТУДЕНТОВ

Федоренко М.П., Колкова С.М.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к. псх. н., доц. С.М. Колкова

Мир ценностей формирующейся личности, на которую оказывают влияние происходящие перемены, стал более изменчив и противоречив, что требует пристального внимания к процессу изучения динамики жизненных ориентаций молодежи, ценностей гуманизма. На сегодняшний день российское общество характеризуется нестабильностью системы ценностей и ценностных ориентаций, сталкивается с нарастающей деградацией социально-экономических, интеллектуальных и гуманистических устоев.

Суть современного гуманизма состоит в том, чтобы не провозглашать абстрактные права человека, а его самого считать неким эталоном. Гуманизм – это не восхваление любой личности, а требовательное и ответственное отношение к ней на основе сочетания личностных и общественных интересов. Гуманизм есть сохранение, поддержка и развитие в человеке человечности, и это должно относиться к каждому индивиду, независимо от его социального статуса.

Если раньше преимущественно говорили о проблемах экологии в контексте производственно-технического и потребительского воздействия общества на природу, то в последние десятилетия все больше говорят об экологии человека, культуры, духовной жизни, о крушении системы ценностей. Растет агрессивность, толерантность людей к преступлениям и т.д.

Особую роль общечеловеческие, общегуманистические ценности играют в духовно-нравственном развитии личности, становлении молодого поколения, в силу особой активности, быстроты реакции на внешние и внутренние изменения и высокой социальной мобильности студенческая молодежь является более уязвимой и восприимчивой ко всем социальным изменениям, чем другие группы общества. В связи с этим необходимо изучения процессов изменения ценностного сознания именно студенческой молодежи с ее

потребностями в осознании жизненных целей, ценностей, возможностей самореализации в той сфере, на том пути, который уже выбран или «задается» высшей школой.

В нашем исследовании гуманистических ценностей в структуре жизненных ориентаций приняли участие студенты факультета клинической психологии КрасГМУ. Предположением было то, что у студентов данной профессии гуманистические ценности являются доминирующими.

В нашем исследовании мы опираемся на классификацию ценностей Г.В.Осипова, а также классификацию гуманистических ценностей А.С.Ахиезера и С.Я.Матвеевой. Исследование проводилось с использованием методики «Определения ценностных ориентаций» М.Рокича, тестов «Диагностика принятия других (по шкале Фейя)», «Диагностика доброжелательности (по шкале Кэмпбелла)»

Полученные при выполнении теста «Диагностика доброжелательности (по шкале Кэмпбелла)» результаты указывают, что у студентов факультета клинической психологии КрасГМУ был выявлен низкий (24%), средний (36%) и высокий (40%) показатель доброжелательного отношения к другим.

Рисунок 1 - Данные диагностики доброжелательности (по шкале Кэмпбелла)

Результаты теста «Диагностика принятия других (по шкале Фейя)» показали, что у студентов был выявлен высокий показатель и средний с тенденцией к высокому принятия других (56%), и низкий также со средним с тенденцией к низкому показателю принятия других (44%).

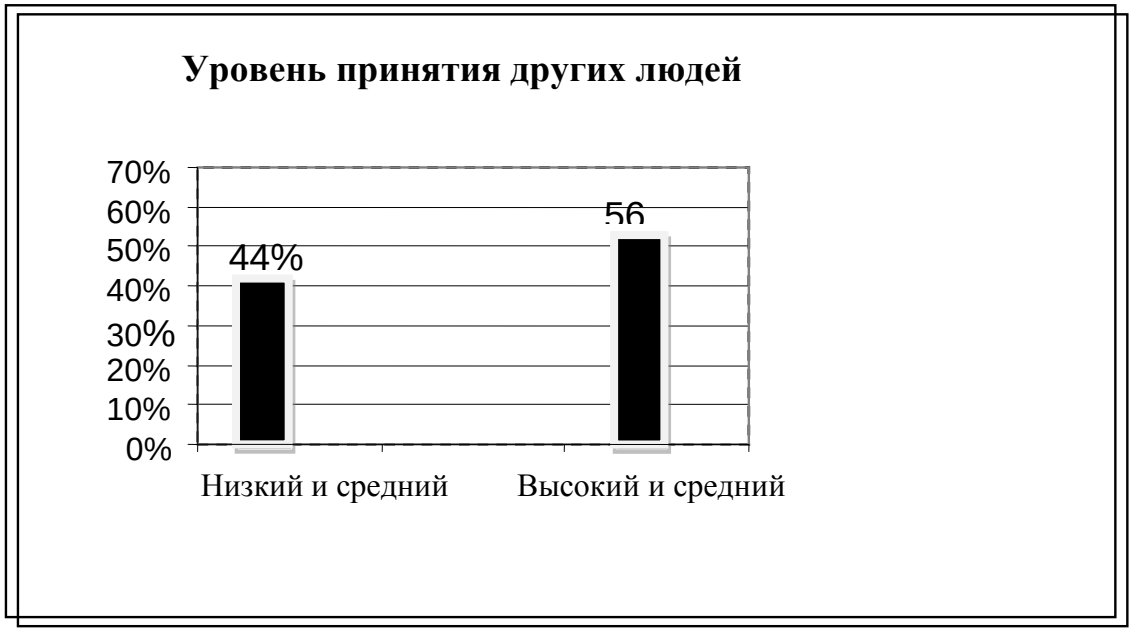


Рисунок 2 – Данные диагностики принятия других (по шкале Фейя)

Полученные при выполнении методики «Определения ценностных ориентаций» М.Рокича результаты исследования показали, что у студентов преобладают ценности принятия других (52%), такие как: терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения; честность, искренность; чуткость (заботливость); самоконтроль; широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи и привычки).

40 % опрошенных ставят на 1 место ценности личной жизни,личного благополучия: любовь; наличие хороших и верных друзей; удовольствия; свобода; материальное благополучие.) 8 % опрошенных дали противоречивые результаты, что может свидетельствовать о несформированности системы ценностей, либо о неискренности при выполнении данной методики.

Также, можно констатировать следующий факт, такие ценности, как красота природы и искусства, жизненная мудрость, познание не имеют особого значения для студентов.

В целом по результатам исследования гипотеза о том, что у студентов факультета клинической психологии КрасГМУ гуманистические ценности являются доминирующими, подтвердилась. Виерархии жизненных ценностей на первые места студенты поставили гуманистические ценности: человечность, честность, принятие других, любовь, дружба, верность семье.

Также, в ходе проведенной работы выяснилось, что во – первых, среди гуманистических ценностей на приоритетном месте у студентов остается честность, искренность, а также умение понять чужую точку зрения. Во-вторых, большинство

студентов стремится развить в себе деловые качества: уверенность, целеустремленность, независимость, – и только потом духовно-нравственные. Однако в других людях студенты ценят в первую очередь именно те качества, которые мы относим к гуманистическим: доброта, отзывчивость, терпимость, честность и порядочность. На наш взгляд, гуманистические ценности не являются для студентов абстрактным идеалом, к которому необходимо стремиться, а скорее встроены в общий ряд качеств, которыми большинство из них, по их мнению, обладают, что можно считать позитивным моментом. Проблема в том, насколько гуманистичны обстоятельства их жизни, в какой мере обеспечены условия развития гуманистического потенциала личности в процессе получения высшего образования. Вышесказанное обозначает необходимость дальнейших исследований обозначенного феномена и важность акцентуации в учебно-вопитательном процессе на этом направлении развития юношей и девушек в студенческом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков Ю. Г. - Личность и гуманизм. Социологический аспект. Челябинск, 1995, 226 с.
2. Непомнящая Н.И. - Ценностность как личностное основание. Типы. Диагностика. Формирование. МОДЭК, 2000, 176с.
3. Пантилеев С.Р. - Самоотношение как эмоционально-оценочная система. МГУ, 1991, 110с.
4. Шубина О.А. К истории вопроса о понятии «толерантность» /О.А.Шубина // Проблема толерантности в социально-гуманитарном образовании: материалы VII региональной научно-практической конференции 25 декабря 2003 г. – Екатеринбург: Изд-во УрГПУ, 2003. – С.32-37.
5. Шубина О.А. Гуманизм как социальная ценность / О.А. Шубина // Материалы XI Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов». Выпуск 13. – М.: Изд-во МГУ, 2004. – С.405-406.
6. Шубина О.А. Образ жизни и ценности современного студенчества (на примере изучения студентов Сургутского государственного уни-верситета) / О.А. Шубина // Северный регион: наука, образование, культура. – 2007. - №1. – С.130–135.
7. Шубина О.А. К вопросу о гуманизме в российской философской мысли / О.А. Шубина // Современные гуманитарные исследования. – 2007. - № 6(19). – С 102-106.

УДК 616.379-008.64-053.2:173.7

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Фролова Н.Б.
Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Красноярский медицинский техникум»
Научные руководители: Д.В. Лушникова

Многие исследователи обращают особое внимание на проблему воспитания и образования детей, страдающих различными соматическими заболеваниями, отмечая важную роль семьи в становлении и развитии личности ребенка. По данным коллегии Министерства образования, различные патологии имеют 72 % мальчиков и 59 % девочек. Из выпускников ДДУ 24 % отнесены к первой группе здоровья, остальные обнаруживают различные функциональные отклонения и хронические заболевания. Из них 56 % относятся ко второй и 20 % к третьей группам здоровья.

Более того, число детей с различной степенью отклонения от нормы в соматической сфере увеличивается. По данным исследований, проведенных в г. Санкт-Петербурге, процент часто болеющих детей в возрасте 3-х лет составил 70,2; 4-х лет - 47, 6 %; 5-и лет - 39,1 %; в возрасте 7-и лет - 12,5 %. В структуре заболеваемости детей дошкольного возраста первое место занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5 % из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более четырех раз в год). И, как показывают исследования, свыше 46 % часто болеющих дошкольников к 8-9 годам приобретают одно или несколько хронических заболеваний. Более 65 % младших школьников страдают различными отклонениями в физическом и психическом развитии [1,2].

Итак, приведенные статистические данные в динамике указывают на угрожающий рост заболеваемости среди детей дошкольного возраста.

Поэтому представляет достаточно большой интерес изучение особенностей связи социально-личностных параметров родителей с характером и выраженностью нарушений в соматической сфере ребенка. При этом ситуация обусловлена влиянием множества других факторов, важнейшим из которых является особенности взаимодействия между родителями и детьми, или родительское отношение. Психологические исследования привели к выделению типов эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка и типов неэффективного (нарушенного) родительского отношения с указанием на особую роль последнего в формировании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка. Это

объясняется тем фактом, что у таких детей легко нарушается равновесие с окружающей средой из-за расстройства их внутреннего равновесия, обусловленного заболеванием. Речь идет о вторичных психогенных нарушениях телесных функций, отягощающих течение основного заболевания. Изучение особенностей семейного воспитания детей, больных соматическими заболеваниями, приобретает особое значение, так как семья является той средой, в которой идет формирование личности больного ребенка; кроме того, отношение ребенка к своему заболеванию во многом определяется отношением родителей к нему [3].

Изучение типов родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста в условиях соматического заболевания позволит разработать пути возможной помощи семьям с нарушенным родительским отношением и выстроить эффективную психолого-педагогическую и медицинскую систему оказания реабилитационной помощи данной категории семей, что, на наш взгляд, определяет актуальность избранной нами темы исследования.

Таким образом, в качестве проблемы нашего исследования мы избрали особенности взаимоотношений родителей и больных детей как сложного нравственно-психологического и социально-педагогического явления, обусловленного глубокими психологическими, медицинскими и социальными причинами.

Цель исследования: 1) изучение особенностей родительского отношения в семье, имеющей соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста (на примере детей с сахарным диабетом)

Объект исследования. Детско-родительские отношения в семье, имеющей соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста (на примере детей с сахарным диабетом).

Предмет исследования. Особенности родительского отношения к соматически больному ребенку старшего дошкольного возраста (на примере с сахарным диабетом) как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Гипотеза исследования: особенности родительского отношения к ребенку: стиль отношений родителей к детям, их позиции и установки по отношению к ним способствуют развитию психосоматических расстройств, в частности, бронхо-легочной патологии.

Исходя из цели и гипотезы исследования, были сформулированы следующие задачи:

1. Осуществить теоретико-методологический анализ проблемы родительского отношения к детям дошкольного возраста.

2. Изучить особенности отношений родителей и соматически больных детей дошкольного возраста (на примере детей с сахарным диабетом).

3. Проанализировать основные детерминанты родительского отношения, наиболее часто встречаемые при установлении детско-родительских отношений.

4. Разработать практические рекомендации для оптимизации детско-родительских отношений.

Методы исследования. Для решения поставленных задач был использован комплекс исследовательских методов, который представлен следующими группами: изучение и анализ теоретических и прикладных исследований в области общей, медицинской, возрастной психологии; эмпирические методы: анализ научной литературы, беседы с родителями; сравнительный количественный и качественный анализ полученных результатов.

В состав эмпирического инструментария для проведения исследования вошли: методика PARI (parentalattituderesearchinstrument - методика изучения родительских установок) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. Методика адаптирована российским психологом Т. В. Нещерт.

В методике выделены 23 аспекта-признака, касающихся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений. Эти 15 признаков делятся на 3 группы: 1 - эмоциональный оптимальный контакт; 2 - излишняя эмоциональная дистанция с ребенком; 3 -излишняя концентрация на ребенке.

Опытно-экспериментальная база исследования. Эмпирическая работа проводилась на базе дошкольного образовательного учреждения № 84 «Теремок» и Гастроэндокринноневрологическое отделении детской краевой больницы.

Анализ данных методики изучения внутрисемейных отношений установил, что в родительском воспитании доминируют такие признаки:

1) в полных семьях с детьми, болеющих сахарным диабетом – развитие активности ребенка (96%);

2) в полных– сверх-авторитет родителей (84%).

Наименее выраженными признаками стали:

1)в полных семьях с детьми, болеющих сахарным диабетом – вербализация (66%), опасение обидеть (68%), сверх-авторитет родителей (70%), партнерские отношения (68%), уравнение отношений (66%), оптимальный эмоциональный контакт (80%).

2) в полных семьях со здоровым ребенком – вербализация (50%), развитие активности ребенка (40%), подавление сексуальности (50%), уравнение отношений (63%), несамостоятельность матери (75%), педагогическая составляющая (62%).

В обеих группах семей родители проявляют почти в одинаковой степени семейные конфликты, излишняя строгость, неудовлетворенность ролью хозяйки, уклонение от конфликта.

Таким образом, родительское отношение к детям, болеющих сахарным диабетом качественно отличается от отношения родителей здоровых сверстников и может быть охарактеризовано: доминированием признака «Развитие активности ребенка», а также сниженными показателями признаков «Подавление сексуальности», «Чрезмерная забота», «Стремление ускорить развитие ребенка».

Установки, ценности и ожидания детей связаны с тем, какое воспитание они получили. Семьи вырабатывают свою собственную идентичность и модели воспитания детей в результате взаимодействия исторического контекста, в котором они находятся, формирующих их культурных контекстов и меняющихся стадий развития их членов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Детские болезни. Учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — 560 с.

2. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: Дис. канд.психол.наук. — М., 1998. — 227 с.

3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Ред.: В.В.Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 2013. — 167 с.

УДК 159.9:616.12+616.33

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОРТРЕТОВ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

Фролова Н.Б., Решетникова Е.С.

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»

Научные руководители: Д.В. Лушникова, Н.Ф. Польская

Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Поэтому особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также к врачам и другому

медицинскому персоналу становятся существенно важными факторами успешности его лечения.

В условиях страховой медицины, жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг, психологическая подготовка медработника, его способность найти контакт с больным, становится одной из составляющих его успешной деятельности. Отношения медсестры с пациентом должны строиться с учетом психологического типа больного [1,2].

Целью нашего исследования было определить личностные особенности пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профилей.

Объект исследования: индивидуально-психологические особенности пациентов.

Предмет исследования: особенности психологических портретов пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профилей.

В качестве **гипотезы** исследования выступило предположение о том, что у большей части пациентов наблюдаются высокий уровень личностной тревожности, признаки акцентуированных черт характера и заниженная самооценка.

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы исследования необходимо решить следующие основные **задачи:**

1. Подобрать методическое обеспечение для исследования личностных особенностей пациентов.
2. Провести эмпирическое исследование индивидуально-психологических особенностей пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профилей.
3. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы.

Статистическая обработка данных включала в себя сравнение выборок. Для сравнения выборок использован U-критерий Манна Уитни.

Эмпирический аппарат исследования составили психодиагностические методики: 1) Методика диагностики Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина; 2) методика самооценки Дембо-Рубинштейн; 3) характерологический опросник Шмишека.

Исследование проводилось на базе отделений МБУЗ ГКБ №20 им. И.С. Берзона.

Всего в исследовании приняли участие 60 человек. Клиническая группа составила 40 пациентов с заболеваниями ЖКТ и сердечно-сосудистой системы.

Контрольная группа - 20 человек без психической и физической патологии, без хирургических операций в анамнезе на момент обследования. Достоверность и надежность результатов обеспечена репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно-обоснованных методов психологического исследования.

Выделяют следующие типы акцентуаций:

Демонстративные личности характеризуются экстравертированностью и яркой эмоциональностью. Характерны эгоцентризм, завышенная самооценка. Движения, мимика, высказывания подчеркнуто экспрессивны, порой утрированы,

Педантичные личности описываются как тревожно-мнительные. Характерна осторожность в общении и нерешительность.

Застревающие личности характеризуются высокой настойчивостью, склонностью к формированию собственных концепций. Чувства данных людей отличаются большой силой и удивительной стойкостью, что позволяет считать их довольно упрямыми и злопамятными.

Возбудимые личности склонны к ярким эмоциональным вспышкам, но довольно отходчивы, не способны на длительные переживания и раздумья.Возбудимые личности отличаются также решительностью, бесстрашием, пониженной чувствительностью к боли.

Гипертимические личности характеризуются постоянной высокой активностью, оптимизмом, щедростью и альтруизмом.

Дистимные личности отличаются постоянным пессимизмом, пониженной самооценкой. Они сами долго и глубоко переживают неудачи, а также способны понять чужое горе, выразить сочувствие.

Тревожные личности отличаются внутренней напряженностью, предчувствием надвигающейся беды, раздражительностью, беспокойством, опасением за исход болезни, тревогой за благополучие семьи, страхом перед инвалидностью, беспокойством за дела, оставленные на работе; поверхностный беспокойный сон с кошмарными сновидениями.

Эмотивный тип. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств.

Экзальтированный тип. Яркая черта – способность восторгаться, восхищаться, улыбчивость, ощущение счастья, радости, наслаждения.

Циклотимный тип. Смена гипертимных и дистимных состояний, частые периодические смены настроения, зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с социумом[4,5].

Проведенное эмпирическое исследование выявило следующие результаты: для больных кардиологического профиля характерен более высокий уровень акцентуации в целом и в особенности педантичного (20%), гипертимного (15%), экзальтированного (15%), циклотимного (20%) типов акцентуации. У 30% пациентов отсутствуют черты характера, такие как застревание, педантичность, гипертимность, эмотивность, экзальтированность.

У лиц гастроэнтерологического профиля наиболее часто выявляют следующие черты характера: педантичность (15%), дистимность (15%), экзальтированность (20%), циклотимность (25%). В то же время не выражены следующие черты характера – демонстративность (15%), возбудимость (30%), зкзальтированность (10%).

Что касается типа акцентуации характера у контрольной группы, то, разумеется, обращает на себя внимание явное преобладание возбудимого (20%), гипертимного (40%), экзальтированного (30%) и циклотимного (35%) типа акцентуации.

У 60% пациентов гастроэнтерологического профиля наблюдается заниженная самооценка, и только 15% имеют завышенную (рис. 1)

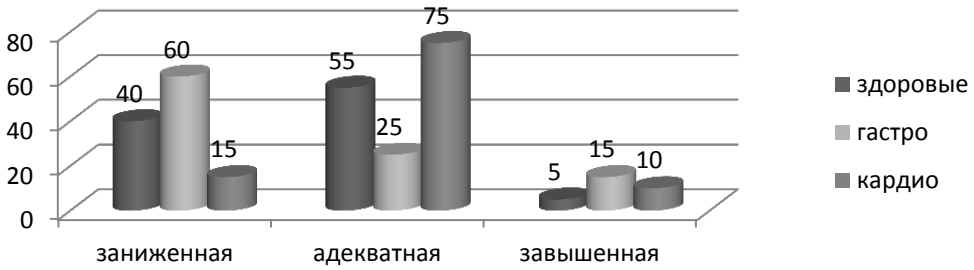


Рисунок 1 – Самооценка, %

Эмоциональная сфера больных кардиологического профиля характеризуется высокой личностной (35%) и реактивной тревожностью (40%). У пациентов гастроэнтерологического профиля менее выражены данные типы тревожности – 35% и 30% соответственно (рис. 2, 3).

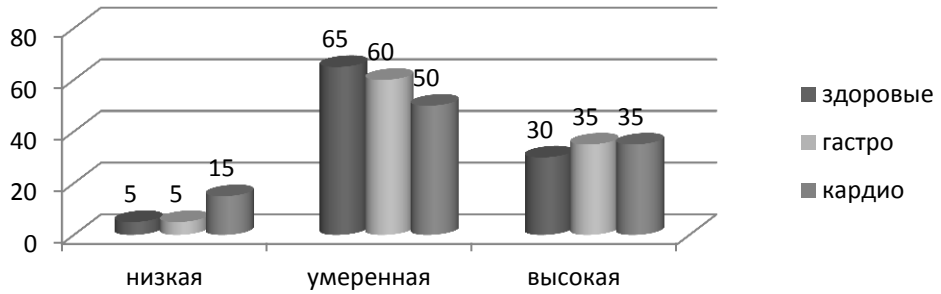


Рисунок 2 – Личностная тревожность, %

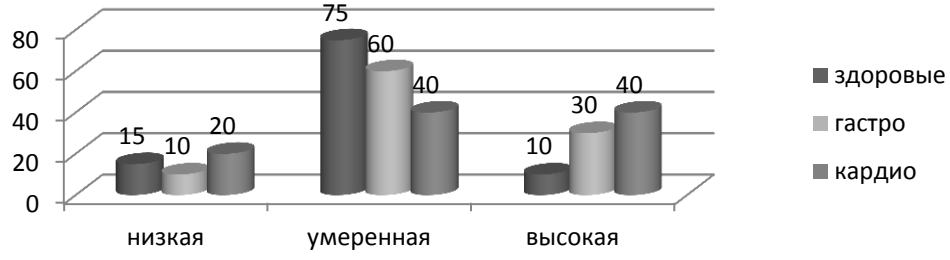


Рисунок 3 – Реактивная тревожность, %

В результате математической обработки данных получены достоверные различия в контрольной (здоровые) и экспериментальной (кардио, гастро) группах.

Мы видим, исходя из методики Шмишека, что достоверная разница обнаружена по следующим чертам характера: демонстративность, гипертимность, экзальтированность, циклотимность.

На основании эмпирического исследования, можно сделать вывод о том, что психологический портрет пациента кардиологического профиля характеризуются выраженными акцентуациями такими как, педантичность, экзальтированность, циклотимность, а также умеренно выраженной личностной и ситуативной тревожностью и адекватной самооценкой. Это люди подвижные, азартные, оптимистичные. Они одновременно могут выполнять сразу несколько дел, для них самое неприятное — сидеть и ничего не делать. Как правило, это общительные, уверенные в себе люди с решительными манерами, хорошо адаптирующиеся к любой обстановке, не признающие свои ошибки, переоценивающие свои возможности, эмоционально несдержанные и непостоянные в привязанностях. Люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности.

К психологическому портрету пациента гастроэнтерологического профиля относятся педантичность, экзальтированность, циклотимность, заниженная самооценка и умеренный уровень тревожности, повышенная эмоциональная возбудимость, ранимость, обидчивость, чрезмерная чувствительность.

Практическое значение работы состоит в том, что полученные в результате исследования данные являются обоснованием для построения медико-психологических разделов программ психологического сопровождения и адаптации пациентов в период лечения. Положения и выводы работы могут использоваться в практической работе медицинских психологов медицинских учреждений, позволяя индивидуализировать подход к оказанию психологической помощи пациентам. Полученные результаты могут использоваться в учебных курсах «Психосоматика», «Психология телесности» в системе образования. А также, учитывая психологический фактор, как ведущий фактор риска, при данныхзаболеваниях, мы создали рекомендации для оптимизации общения с акцентуированными пациентами.

Таким образом, материалы нашего исследования позволят выстраивать целесообразные формы сестринского общения с акцентуированными пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Соматика и психика. — М.: Просвещение, 2014. – 385 с.
2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: ВЛАДОС, 2011. – 385 с.
3. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. -СПб: Питер, 2011. — 960 с.
4. Киселева, М.Г. Личностные черты и риск возникновения сердечнососудистой патологии / М.Г. Киселева // Теория и практика общественного развития: электрон, науч. жури. - 2012. - № 3.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности – Киев, 2013.

УДК 616.61-006-091.818

ЭКСПРЕССИЯ TSPO У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

Фролова А.В., Гасымлы Д.Д.
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Кафедра патологической физиологии им. проф. В.В. Иванова
Научные руководители: к.м.н., доцент Р.А. Зуков, д.м.н. Т.Г. Рукша

Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет около 90% всех опухолей почек [3]. Ежегодно в мире диагностируется более 270 тыс. новых случаев ПКР и регистрируется более 116 тыс. случаев смерти, обусловленных данным заболеванием [2]. В России ПКР составляет 3,7% всех неоплазий и входит в десятку ведущих локализаций в структуре онкологической заболеваемости[1].

Важным направлением совершенствования онкологической помощи является идентификация новых молекулярных маркеров для прогнозирования, а также оптимизации диагностики и лечения злокачественных новообразований (ЗНО). С этой точки зрения представляются интересными данные о новых регуляторах биологического поведения опухолевых клеток, к которым, в том числе, относят внутриклеточный белок с преимущественной митохондриальной локализацией TSPO, белок-траснлокатор. Известно участие TSPO в митохондриально-опосредованном апоптозе, клеточной пролиферации,

стероидогенезе, внутриклеточном транспорте низкомолекулярных метаболитов, иммунном ответе и стресс-адаптации [4,5]. При ряде онкологических заболеваний наблюдалось изменение экспрессии TSPO, что обусловило исследование уровней и распределения данного белка при ПКР. В связи с этим целью работы явилось изучение особенностей экспрессии TSPO у больных ПКР в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

В исследование включены 111 больных ПКР, получивших хирургическое лечение в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере (КККОД) в 2002-2009 гг.

В качестве контроля исследованы срезы неизмененной ткани почки (n=20).

Опухолевый материал, полученный во время оперативного вмешательства, предварительно фиксировали в забуференном 10% нейтральном формалине. После фиксации опухоли производили вырезку образцов из репрезентативных участков опухоли почки. Вырезанные образцы опухолевой ткани фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов, после чего промывали в проточной воде и обезвоживали в спиртах восходящей концентрации, пропитывали парафином и заливали в парафиновые блоки. Из полученных парафиновых блоков изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 мкм на микротоме.

Иммуногистохимическое окрашивание нормальной ткани почки и опухолевых срезов проводили согласно стандартному протоколу с применением двухшаговой полимерной системы визуализации «*EnVision+DualLinkSystem-HRP*» DakoCytomation. Иммуногистохимическую реакцию проводили с антителами: Anti-TSPO polyclonal antibody(Trevigen, Великобритания), Human P450scc (CYP11A1) antibody – (CorgenInc., Тайвань), Ki-67 Antigen(DAKO, Дания), Anti-ACBD3 (Abcam, Великобритания), Anti-PRAX-1 (Abcam, Великобритания). Оценку результатов иммуногистохимического окрашивания проводили на основании характера реакции (ядерная/ цитоплазматическая), количества положительно окрашенных клеток на 100 опухолевых или неизмененных клеток почечной паренхимыи иммуногистохимического индекса Hscore, отражающего дифференцировку степени окрашивания клеток.

Микроскопическое исследование и фотографирование проводили с применением светового микроскопа OlympusBX45 (Japan) (объективы x4, x10, x20, x40 x63; окуляры x10) с насадкой для фото-, видеодокументации Olympus DP 25 и пакетом программного обеспечения Cell^D.

Все полученные данные были подвергнуты математической и статистической обработке с помощью пакета программ Statistica 6.0. Поскольку распределение

совокупностей данных отличалось от нормального, то для описания использовали медиану и квартили: Me (C_{25}-C_{75}).

В результате исследования TSPO в контрольной группе (нормальная ткань почки) определялся в 14,9% (13,7%-17,2%) клеток с преимущественной цитоплазматической локализацией. ИГХ индекс HscoreTSPO в группе контроля составил 26,9 (23,9-31,3). В ткани опухоли помимо цитоплазматической локализации TSPO в ряде случаев отмечалась ядерная и перинуклеарная локализация белка. Уровень экспрессии TSPO в опухоли составил 41,2% (33,3%-50,3%), индекс HscoreTSPO - 103,5 (80,0-136,0), что значительно превышало аналогичные показатели в неизмененной почечной паренхиме.

При изучении экспрессии TSPO в зависимости от показателей распространенности опухолевого процесса при ПКР установлены следующие данные.

Выявлена прямая зависимость от стадии заболевания распределения $TSPO^+$ клеток (37,5% (32,0%-45,6%) - при первойстадии; 46,6% (41,6%-63,3%) – при третьей и 65,3% (47,9%-71,0%) – при четвертой)и индекса Hscore белка-транслокатора (95,8% (67,8-110,2) - при первой стадии; 123,5 (91,1-162,8) – при третьей; 167,6 (133,4-185,7) – при четвертой), вероятнее всего, связана с возрастанием пластических нужд опухолевых клеток, сопровождающимся расширением зон внутриклеточной локализации данного белка.

При сопоставлении показателей экспрессии изучаемого белка с отдаленным метастазированием при ПКР выявлено повышение уровня экспрессии TSPO и индекса Hscore в группе наблюдаемых больных с отдаленными метастазами. Так, количество $TSPO^+$ клеток в группе больных ПКР с отдаленными метастазами составило 55,3% (45,0%-75,0%), без метастазов – 38,5% (32,8%-48,1%); индекс HscoreTSPO – 157,1 (117,8-185,7) и 102,0 (75,2-131,2) соответственно. Аналогичные изменения выявлены и при сопоставлении показателей экспрессии изучаемых белков с поражением лимфоузлов при ПКР: уровень экспрессии TSPO в группе с метастатическим поражением лимфоузлов составил 69,0% (51,7%-75,7%), индекс Hscore – 179,7 (145,8-219,4); в группе без метастазов в лимфоузлы показатели были ниже - 38,5% (32,8%-45,7%) и 102,0 (75,2-127,6) соответственно ($p<0,001$).

Повышенные показатели экспрессии TSPO свидетельствуют об усиленном метаболизме и активной пролиферации опухолевых клеток при наличии отдаленных метастазов. В тоже время, вероятно, параллельно с повышением функциональной активности и пролиферации опухолевых клеток при диссеминации процесса идет потеря ими специфических функций, таких как стероидогенез и изменение биохимического профиля клеток, вследствие ультраструктурного атипизма. Данные процессы можно объяснить появлением на терминальных стадиях заболевания анаплазированных клонов опухолевых клеток и процессами эпителиально-мезенхимального перехода.

При дальнейшем анализе выявлено повышение уровня экспрессии TSPO - 51,4% (43,5-78,2%) и индекса HscoreTSPO – 136,0 (113,5-220,0) в группах опухолей с инвазией в окружающие ткани по сравнению с показателями группы без таковой – 38,1% (32,8%-48,0%) и 101,0 (75,2-131,0) соответственно. Показатели уровня экспрессии TSPO при инвазии в ЧЛС составили 68,2% (43,5%-78,2%), без инвазии – 40,0% (33,0%-48,5%), индекс HscoreTSPO при инвазии в полостную систему почки также был выше – 171,8 (114,8-239,3), чем без нее – 102,4 (78,8-132,0). Аналогичная зависимость была характерна для группы больных ПКР с микроваскулярной ангиолимфатической инвазией (уровень TSPO – 54,1% (48,0%-83,4%); HscoreTSPO – 145,8 (114,8-239,3)) в сравнении с группой, не имеющей опухолевых эмболов в сосудах (уровень TSPO – 36,8% (32,1%-44,2%); HscoreTSPO – 95,5 (69,8-112,8)). Это позволяет предположить возможность использования показателей экспрессии TSPO при ПКР в качестве маркера высокой способности к инвазивному росту опухоли.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить изменения TSPO-опосредованных функций опухолевых клеток при ПКР. Выявленные особенности экспрессии TSPO в зависимости от распространенности опухолевого процесса позволяют рассматривать его в качестве возможной молекулярной мишени для диагностики и прогнозирования течения ПКР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М. : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 250 с.

2. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 / J. Ferlay, H. R. Shin, F. Bray [et al.] // Int. J. Cancer. – 2010. – Vol. 15. – P. 2893–2917.

3. Guidelines on renal cell carcinoma [Electronic resource] / B. Ljungberg, N. Cowan, D. C. Hanbury [et al.]. – European Association of Urology, 2013. – URL : http://www.uroweb.org/gls/pdf/10_Renal_Cell_Carcinoma_LR.pdf.

4. Papadopoulos V., Baraldi M., Guilarte T.R. et al. Translocator protein (18kDa): new nomenclature for the peripheral-type benzodiazepine receptor based on its structure and molecular function // Trends Pharmacol. Sci. – 2006. – Vol. 27. – P. 402-409.

5. Veenman L., Shandalov Y., Gavish M. VDAC activation by the 18 kDa translocator protein (TSPO), implications for apoptosis // Journal of Bioenergetics and Biomembranes. – 2008. – Vol.40. – P. 199–205.

УДК 613.954:613.1:616-053.4](571.1/.6)

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН

Т.О.Фролова, К.Г. Милованова

Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.В. Матковская

Здоровье детей проживающих вэкстремальных условиях Крайнего Севера подтверждено воздействию экстремальных факторов среды, социо- и биоритмов. Возникает своеобразие в функционировании различных органов и систем и организма в целом. Дети 2-3-х лет при поступлении в дошкольное учреждение более подвержены влиянию экстремальных факторов Севера и Сибири. Научная новизна. В литературных источниках достаточно изучены отдельно особенности физического развития этих детей северных регионов двадцатилетней давности [В. Н. Селуянов и соавт., 1997., Е.Н. Котышева и соавт., 1995.], в то время как оценка состояния здоровья детей в северных районах не исследовалась.

Целью настоящей работы являлось установить характерные особенности оценки здоровья детей в возрасте от 2 до 3 лет в условиях проживания Крайнего Севера и Сибири для разработки профилактических мероприятий.по уменьшению влияния климатогеографических условий на развитие детей.

В соответствии с поставленной целью были выдвинуты следующие задачи: 1) изучить анамнестические данные, взятые из медицинских личных карт, провести объективную оценку систем органов ребенка, проанализировать данные лабораторных показателей; 2) оценить физическое развитие детей; 3) исследовать нервно-психическое развитие детей; 4) сравнить критерии здоровья детей между городами Томска и Нижневартовска и выявить их характерные особенности.

Материалы и методы. Исследования проводись в дошкольных образовательных учреждениях у 36 детей г. Томска (детский сад № 90) и 20 детей Крайнего Севера (г. Нижневартовск детский сад № 48). Всего обследовано 56 детей в возрасте от 2 до 3 лет из них мальчиков 27, девочек 29. Оценка физического развития (ФР) проводилась с помощью

соматоскопии и соматометрии. Нервно-психического развитие (НПР) у детей оценивалось в процессе наблюдения за ними путем сравнения критериев НПР (сенсорное развитие, развитие речи, моторная деятельность, игра, навыки) с возрастными показателями (центильные таблицы по В.В.Юрьеву 2003 г.). Обследование систем органов детей проводилось с помощью объективных методов (пальпация, перкуссия, аускультация). Проводился анализ личных медицинских карт. Полученные результаты обрабатывались методом статистического анализа в пакете программ SPSS Statistics 17.0. Для определения характера распределения использовали критерий нормальности Шапиро – Уилкса. Для анализа данных мы использовали несколько критериев такие как: χ^2, Фишера, Стьюдента, Манна–Уитни, Колмогорова–Смирнова. За статистически значимое различие принималось значение $p<0,05$.

В результате анализа социального (p=1), аллергологического (p=0,197) и наследственного (p=0,661) анамнезов не было выявлено статистически значимых различий показателей отягощенности в различных регионах. Встречаемость отягощенности анамнеза в г.Томске 20%, 50%, 20% и в г.Нижневартовске 20%, 70%, 10 % соответственно. Отягощенность биологического анамнеза (X=4,29, p=0,038) имело статистически значимые различия – 15%. и 45% в г.Томске и г.Нижневартовске соответственно (Рис.1).

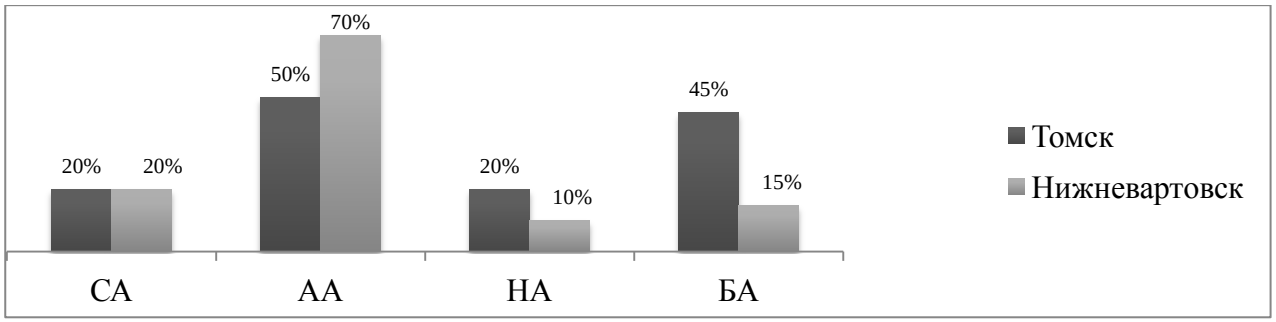


Рисунок 1 – Встречаемость отягощенности анамнеза.

В результате анализа исследования ФР не было выявлено статистически значимых различий показателей гармоничности (p=0,33) и уровня (p=1) ФР, оценке роста (p=1) и массы тела (p=0,98). в г. Томске и г. Нижневартовске.(Рис.2-5)

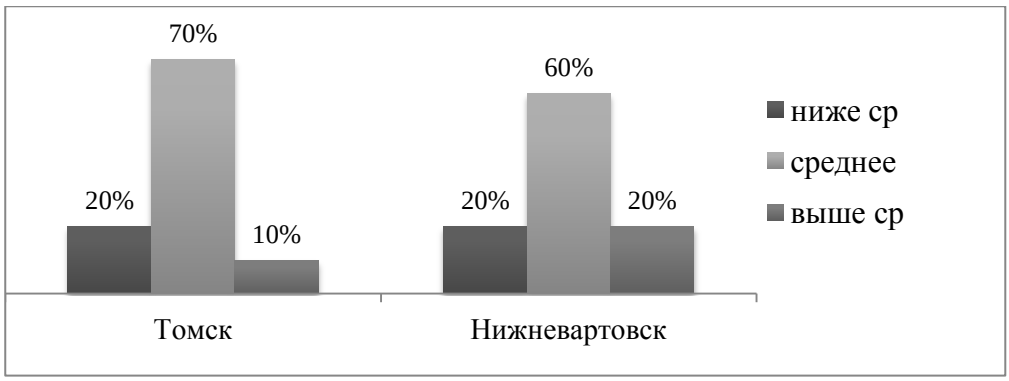


Рисунок 2 – Уровень ФР

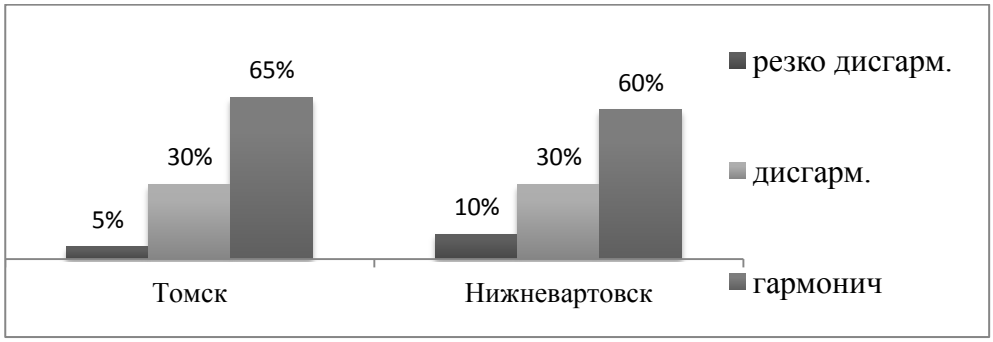


Рисунок 3 – Гармоничность ФР

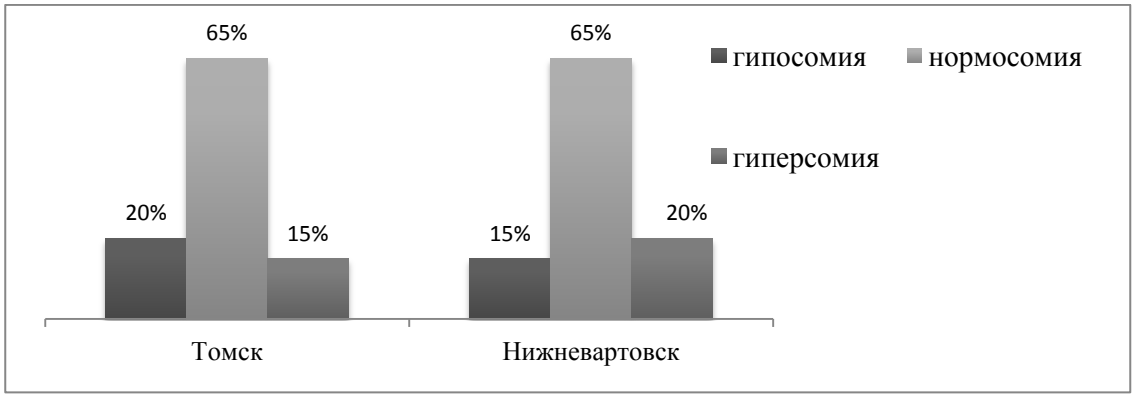


Рисунок 4 – Оценка роста

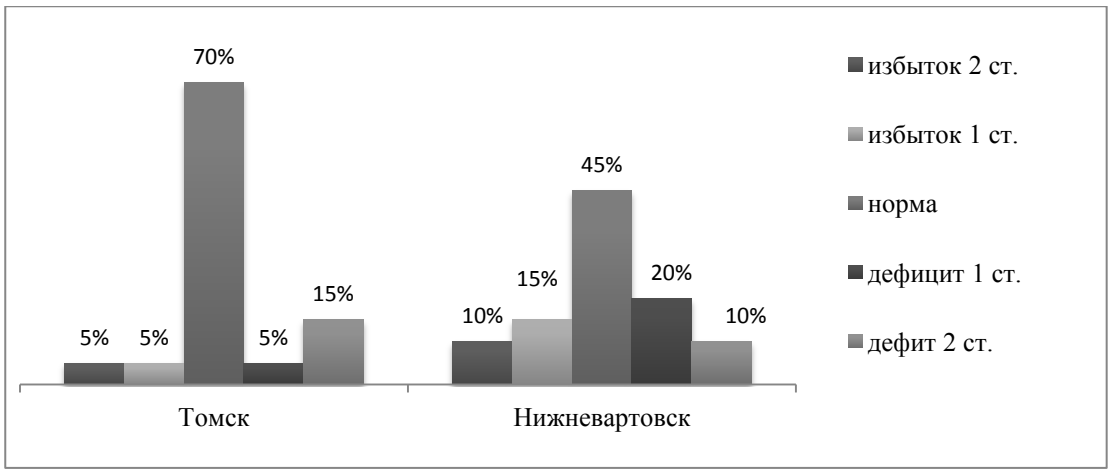


Рисунок 5 – Оценка массы тела

-

Найдены статистически значимые различия, встречаемости соответствия биологического возраста паспортному (p=0,03) в Томске 25% и в Нижневартовске 5 %. (Рис.6)

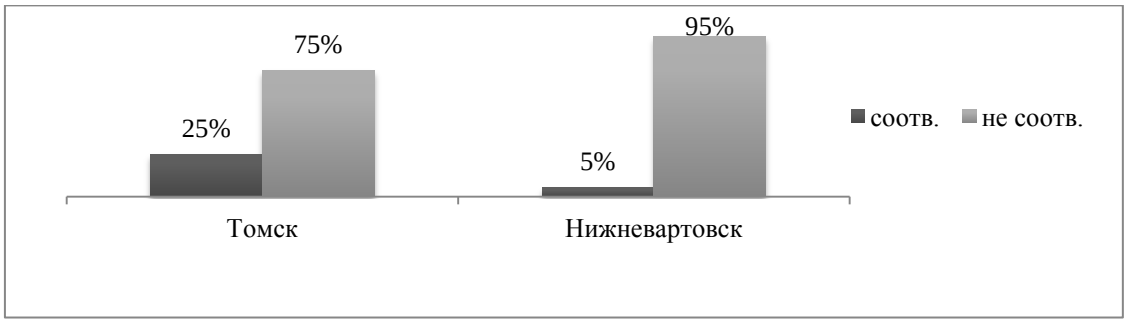


Рисунок 6 -Соответствие биологического возраста паспортному

В результате исследования были выявлены статистически значимые различия (x^2=15,82,p=0,027) встречаемости групп НПР. В г. Нижневартовске преобладает II гр. 2 степени – 30%, в Томске III гр. 1 степени – 40%. Степень НПР детей Томска был ниже (Рис.7).

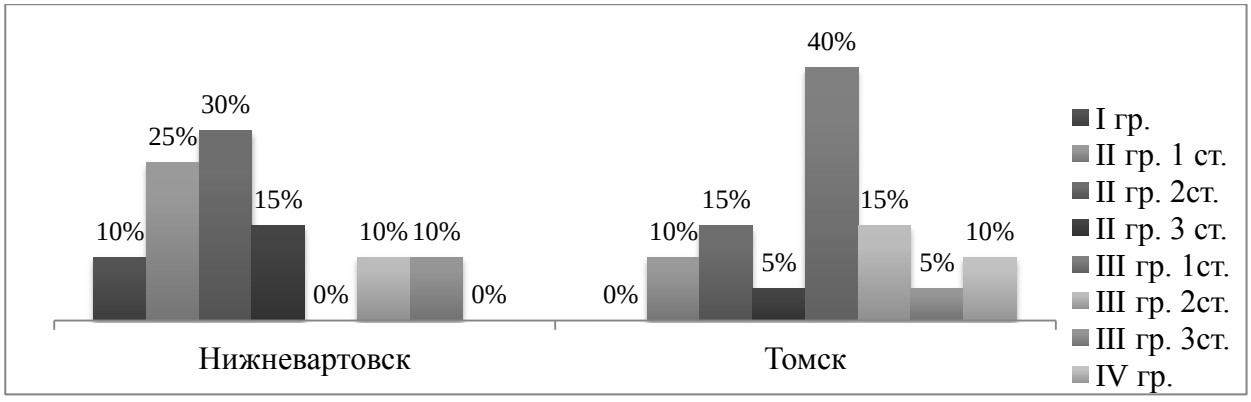


Рисунок 7 - Группы нервно-психического развития

Объективные данные у детей показали статистически значимые различия изменения в со стороны патологиикожи(X=4,91, p=0,027)35% и 70%, костно-мышечной системы(X=4,91, p=0,047) 50% и 80%, дыхательной системы(X=4,8, p=0,28) 10% и 35%, пищеварительной системы(X=4,27, p=0,038) 15% и 35%,кроветворной системы (X=4,29, p=0,038) 15% и 45%в Томске и Нижневартовске соответственно. По заболеваниям других систем (эндокринная, вегетативная, сердечно-сосудистая, мочевыделительная) статистических различий найдено не было (Рис.8).

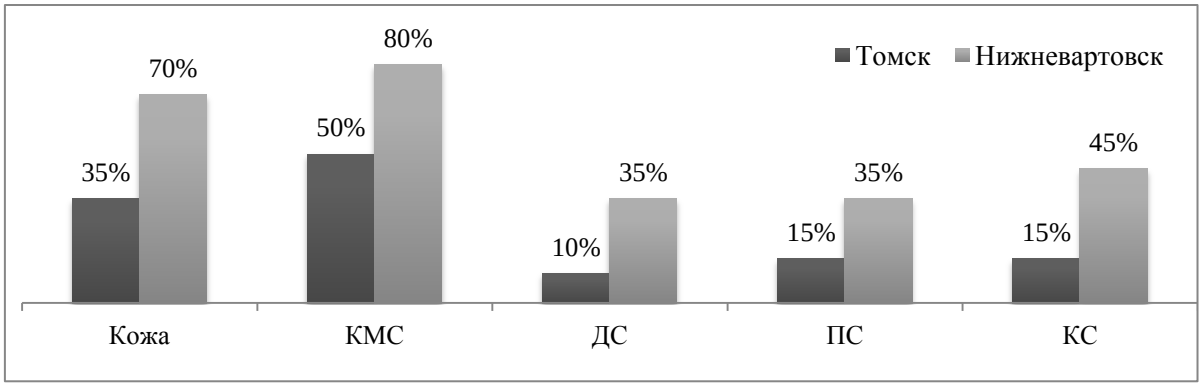


Рисунок 8 - Встречаемость отягощенности патологий систем органов

При анализе лабораторных показателей были выявлены различия по уровню гемоглобина в крови (t=-3,67, p=0,001) в Томске 124±8,8 Г/л, а в Нижневартовске 116±4,3 Г/л. Изменений по уровню эритроцитов и СОЭ в крови найдено не было.

Встречаемость групп здоровья отличалась статистически достоверно (Z=1,58, p=0,01), в Томске преобладает 2А группа встречаемость - 50%, в Нижневартовске преобладает 2Б группа встречаемость – 35% (Рис.9).

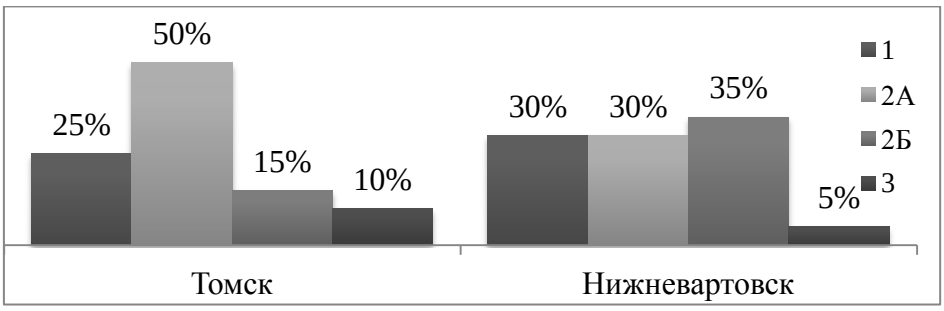


Рисунок 9 - Группы здоровья

Выводы: 1) биологический анамнез в г.Нижневартовске по сравнению с Томском более отягощен; 2)физической развитие детей групп сравнения было одинаковое; 3) нервно-психическое развитие детей г. Томска определялось более низким; 4) заболевания со стороны кожи, костно-мышечной, мышечной, дыхательной, пищеварительной кроветворной

систем чаще встречались у детей г.Нижневартовска. Комплексная оценка здоровья детей отмечалась более низкой в г. Нижневартовске.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеев С.В. Экология детства: проблема сохранения здоровья детей как условие устойчивого развития общества // Экология детства: социальные и медицинские проблемы. - 1994
2. Ефимова М.Р., Петрова Е.В., Румянцев В.Н. Общая теория статистики: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2007
3. Матковская Т.В., Самарина С.В. Нервно-психическое развитие детей раннего и дошкольного возраста. // Методические рекомендации для врачей детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждений, Томск: МЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики», 2009 – 72 с.

УДК 398.2(100):341.215.4-053.2

ПРАВА ДЕТЕЙ В СКАЗКАХ НАРОДОВ МИРА

О.Ш. Хакимова, С.Е. Ахмедова, В.А.Волкова

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

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Научный руководитель к.м.н., доц. А.В. Гордиец

Актуальность проблемы:

Согласно нового ФГОС ВПО по специальности 060103.65 – Педиатрия на 3 курсе введено преподавание дисциплины «Основы формирования здоровья детей» [2,4]. Одним из необходимых условий для освоения умений является использование нормативно-правовых знаний при осуществлении профессиональной деятельности. Необходимыми нормативно-правовыми знаниями по дисциплине являются морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства, основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций.

ООН во Всеобщей декларации прав человека и Международных пактах о правах человека провозгласила и согласилась с тем, что каждый человек должен обладать всеми правами и свободами, несмотря на расу, цвет кожи, пол, язык, религия, политические убеждения, социальное происхождение, имущественное положение или другие обстоятельства. ООН провозгласила, что дети имеют право на особую заботу и помощь. Ребенку для полного и гармоничного развития необходимо расти в семейном окружении в атмосфере счастья, любви и понимания. Дети должны быть подготовлены к самостоятельной жизни в идеалах общества, особенно в духе мира, равенства, братства, свободы и терпимости. Необходимость в особой защите ребенка была подчеркнута в Женевской декларации прав ребенка в 1924 году и Декларации прав ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей 20 ноября 1959 года [1], Международных пактах о политических, гражданских, экономических, социальных и культурных правах и уставах международных организаций, занимающихся благополучием детей. Как указано в Декларации прав ребенка «ребенок, ввиду его умственной и физической незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Приняты также «Пекинские правила», касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних и Декларация о защите женщин и детей в чрезвычайных обстоятельствах и в период вооруженных конфликтов.

Цель: изучение нормативных документов по правам детей.

Задачи исследования:

1. Приобретение знаний основ клинического мышления в области формирования здорового образа жизни, необходимых в профессиональной деятельности.
2. Формирование навыков общения со здоровым ребенком и его родителями, с учетом этики и деонтологии.
3. Формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров.
4. Формирование у студента навыков общения с коллективом.

Материалы и методы:

Изучены официальная версия декларации прав детей ООН от 20.11.1959г., Проект Союза педиатров России при участии Европейской педиатрической ассоциации EPA/UNEPSA и Французской ассоциации амбулаторных педиатров под руководством акад. А.А. Баранова и член-корр. РАМН Л. Намазовой-Барановой «Права детей в сказках народов мира» (издательство «Педиатръ», М., 2015г.) [3]. Проведена апробация бесед с детьми разных возрастов 1-11 классов, родителями и педагогами средней общеобразовательной школы №149 г. Красноярска за период февраль-март 2015г.

Полученные результаты:

Были проанализированы права детей на примерах сказок народов мира. В ст. 1 и ст. 7 резюмируется, что каждое человеческое существо, не достигшее возраста 18 лет, считается ребенком и имеет право ни имя (русская народная сказка «Снегурочка»). В ст. 2 говорится, что обществу дорог каждый ребенок. Данная статья отражена в пересказе британской сказки «Мальчик-с-пальчик». Ст. 3 и ст. 4 имеют смысл в том, что ребенок должен иметь заботу, наилучшим образом обеспечивающую его благополучие (цитируется сказка Ганса Христиана Андерсена «Принцесса на горошине». В ст. 5 говорится о том, что родители несут ответственность за ребенка. Приводится пример в виде русской народной сказки «Волк и семеро козлят». В ст. 6 говорится о том, что каждый ребенок имеет право на жизнь (пример русская народная сказка «Колобок»). Ст.8 говорит о том, что ребенок имеет право на сохранение своей индивидуальности и проиллюстрирована сказкой Ганса Христиана Андерсена «Русалочка». В ст. 9 и ст. 21 говорится о том, что ребенок имеет право не разлучаться со своими родителями (пример – сказка Ганса Христиана Андерсена «Дюймовочка»). В ст. 10, 11 говорится, что разлучение и препятствие общению с родителями является незаконным (пример - сказка Ганса Христиана Андерсена «Снежная королева»). В ст. 13,13 говорится, что ребенок имеет право выражать свои взгляды (пример - сказка Ганса Христиана Андерсена «Новое платье короля»).

Ст. 14 констатирует право ребенка на свободу вероисповедания и проиллюстрирована сказкой Редъярда Киплинга «Книга джунглей». Ст. 15 признает, что ребенок имеет право на свободу мирных собраний на примере русской народной сказки «Теремок». Ст. 16 говорит о том, что ребенок имеет право на неприкосновенность жилища на примере русской народной сказки «Заюшкина избушка». Ст. 17 на примере сказки Шарля Перро «Спяшая красавица» объясняет, что ребенок имеет право на доступ к источникам информации. Ст. 18 говорит, что оба родителя несут равную ответственность за воспитание и развитие ребенка на примере сказки Александра Пушкина «Сказка о царе Салтане». Ст. 19 говорит, что ребенок должен быть защищен от всех форм физического и психологического насилия на примере сказки братьев Гримм «Белоснежка и семь гномов». В ст. 20, на примере сказки Ганса Христиана Андерсена «Гадкий утенок» говорится, что ребенок, лишенный семьи, имеет право на особую защиту. Ст. 22 декларирует право каждого ребенка на гражданство на примере сказки Вильгельма Гауфа «Маленький Мук». Ст. 23 говорит, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок, имеет право на достойную жизнь. Пример – сказка Вильгельма Гауфа «Карлик Нос». Ст. 24 декларирует, что ребенок имеет право пользоваться наиболее совершенными услугами здравоохранения на примере сказки Корнея Чуковского «Айболит». Ст. 25, 26 говорят, что ребенок имеет право на социальное

обеспечение, уровень жизни, необходимый для полноценного развития на примере сказки Лаймена Фрэнка Баума «Волшебник страны Оз». Ст. 27 на примере сказки Самуила Маршака «Двенадцать месяцев» говорит о том, что каждый ребенок имеет право на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, нравственного, социального и духовного развития. Ст. 28 декларирует право детей на образование на примере сказки Карло Коллоди «Пиноккио». Ст. 30 говорит, что ребенок имеет право на свою культуру и язык на примере сказки братьев Гримм «Бременские музыканты». Ст. 31 – ребенок имеет право на отдых и досуг, отражена в сказке братьев Гримм «Бабушка Метелица». Ст. 32 указывает, что ребенок имеет право на защиту от экономической и трудовой эксплуатации, на примере сказки Шарля Перро «Золушка». Ст. 33 декларирует защиту ребенка от употребления наркотических и психотропных веществ на примере сказки Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес». Ст. 34 указывает на право защиты от сексуальной эксплуатации ребенка на пример сказки Александра Пушкина «Руслан и Людмила». Ст. 35 декларирует право детей на защиту от похищения на примере русской народной сказки «Гуси-лебеди». Ст. 36 декларирует защиту детей от любых форм эксплуатации на примере русской народной сказки «Маша и медведь». Ст. 37 говорит о том, что ребенок не может быть лишен свободы незаконным или произвольным образом, на примере сказки Джанни Родари «Чиполлино».

Ст. 38 декларирует, что лица, не достигшие 15-летнего возраста, не должны принимать прямого участия в военных действиях на примере сказки Эрнста Теодора Амадея Гофмана «Щелкунчик». Ст. 39 говорит, что ребенок, подвергшийся жестокому обращению, имеет право на социальную реинтеграцию, на примере сказки братьев Гримм «Гензель и Гретель». Ст.40 говорит, что ребенок, нарушивший уголовное законодательство, имеет право на достойное обращение и условия, способствующие выполнению им полезной социальной роли, на примере русской народной сказки «Сестрица Алёнушка и братец Иванушка». В ст. 41 -54 говорится о роли государства в защите прав детей и необходимости широкого информирования родителей и детей.

Выводы:

Таким образом, реализуя проект Союза педиатров России и Европейской педиатрической ассоциации в изучении прав детей, мы на занятиях с детьми, педагогами и родителями, учащихся в 1-11 классов средней образовательной школы №149 г. Красноярска достигаем нескольких задач. Во-первых, читая данные сказки, мы узнаем о правах детей и старается соблюдать их в своей повседневной жизни. Во-вторых, студенты очень скоро станут самостоятельными врачами, будут представлять права детей в медицинской области и оказывать помощь семье в воспитании детей. И, в-третьих, издание книг данного проекта на

различных языках мира способствует стимулированию изучения иностранных языков студентами медицинского вуза и учащимися школ.

Список литературы

1. Декларация прав ребенка (20 ноября 1959 год), принята на XIV сессии Генеральной ассамблеи ООН (1386), п. 64. – Женева, 1959. – С.21- 22.

2. Основы формирования здоровья детей : сб. метод. рекомендаций для преподавателя 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. – 324с.

3. Права детей в сказках народов мира. – М.: Педиатръ, 2015. -116с.

4. Рабочая программа учебной дисциплины «Основы формирования здоровья детей» / М.Ю. Галактионова. - Красноярск: КрасГМУ, 2012. – 64с.

УДК 613.262

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПИЩЕВОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПРОДУКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

А.А. Харикян
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра гигиены
Научный руководитель: асс. каф. гигиены С.В.Раззарёнов

Питание – это важнейшая физиологическая потребностью человека. Пища является единственным источником энергии, таким образом, жизнь без обмена веществ и энергии невозможна. Изучение пищевой и биологической ценности продуктов питания происходит постоянно, особенно интенсивно актуализируется информация о содержании нутриентов в продуктах питания растительного происхождения, являющихся основным компонентом в рационе здорового человека.

Цель исследования было проведение сравнительного анализа пищевой и биологической ценности продуктов растительного происхождения за период 1976-2002 гг.

Материаламидля исследования послужила справочная информация, взятая из отечественных литературных источников (см. «Список литературы»). За анализируемый период выпущено три официальных сборника химического состав пищевых продуктов в 1976 г., 1987 г, 2002 г. Обработку полученных данных и результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных программ MicrosoftExcel.

В ходе выполнении работы собраны данные по содержанию пищевых веществ: белки, жиры, углеводы и биологически активных веществ: витамины – ретинол (vitA), тиамин

(vit B_1), рибофлавин (vitB_2), никотиновая кислота (vitPP), аскорбиновая кислота (vitC), минеральные вещества – калий (К), кальций (Ca), магний (Mg), фосфор (Р), железо (Fe) в продуктах растительного происхождения за анализируемый период. Результаты оформлены в виде базы данных в программе MicrosoftExcel.

При проведении сравнительного анализа полученных данных построены таблицы и диаграммы, которые наглядно отражают изменения в количественном составе нутриентов в пищевых продуктах растительного происхождения. Выявлены интересные зависимости, например, массовая доля нутриентов в продуктах растительного происхождения изменяется как в сторону их уменьшения, так и в сторону их увеличения. А именно, содержание белка в «белковых» продуктах (бобы, горох, соя) увеличилось от 0,5 до 1,5 раз, содержание жиров в преимущественно жировых продуктах (подсолнечник, кукуруза) также увеличилось от 0,3 до 0,6 раза, содержание углеводов в овощах и фруктах (картофель, морковь, капуста, апельсины, яблоки, черная смородина) уменьшилось до 1,5-2 раз. Содержание витаминов в растительных продуктах суммарно уменьшилось, содержание минеральных веществ существенно не изменились за анализируемый период времени.

На основании выполненного сравнительного анализа пищевой и биологической ценности продуктов растительного происхождения за анализируемый период 1976-2002гг. установлено, что происходит изменение химического состава пищевых продуктов растительного происхождения по содержанию нутриентов. В связи с чем, считаем, что необходимо актуализировать существующие базы данных о химическом составе пищевых продуктов, с учетом современных данных. Эти данные позволят более точно характеризовать питание населения с учетом принципов рационального питания (от лат. «racionalis» - разумный).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Химический состав российских пищевых продуктов / ред.И.М. Скурихин, В.А.Тутельян. - М. : ДеЛи принт, 2002. – 236 с.

2. Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов / ред.И.М. Скурихин, М.Н.Волгарев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ВО «Агропромиздат», 1987. - 224 с.

3. Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов / ред.И.М. Скурихин, М.Н.Волгарев. - М.: ВО «Агропромиздат», 1976. - 230 с.

УДК616.53-008.811.1-08

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

А.А.Харикян
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
Научные руководители к.м.н., асс. Н.А.Гасич, к.м.н. асс. В.Г. Максименко

Себорейный дерматит – хронический эпидермально-сквамозный дерматоз, характеризующийся воспалением и шелушением кожи в зонах с большим содержанием сальных желез, с локализацией, на открытых участках тела(особенно на лице, коже волосистой части головы). Заболевание проявляется эритемой кожи и шелушением с образованием желтоватых чешуек и чешуе-корочек, что приводит к резкому снижению качества жизни пациента из-за интенсивного кожного зуда.

Цели и задачи: нашей целью было оценить состояние кожи у пациентов, страдающих легкой и средней степенью тяжести себорейного дерматита, на фоне применения крема «Циновит», а также,определить сроки разрешения кожного процесса.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов с себорейным дерматитом в возрасте от 12 до 50 лет. Из них с легкой степенью -12 больных, со средней степенью тяжести – 8 больных. Все пациенты наносили крем «Циновит» на проблемные участки кожи тела, лица и волосистой части головы. Утром и на ночь в течение 4 недель. На момент исследования пациенты не получали никакой другой терапии. В стадии частичной ремиссии (она наступает через 2-3 недели от начала лечения «Циновита») больные получали физиогель, крем А.И. до полного выздоровления. Физиогель крем А.И. (Physeogel A.I. Crème) предназначен для сухой, чувствительной и очень чувствительной кожи лица, шеи, волосистой части головы, восстанавливает водно-липидную мантию, сохраняя чувствительность кожи. Больные применяли Физиогель крем А.И. на проблемные участки:кожу спины, волосистую часть головы, особенно при интенсивном зуде и жжении этих участков кожи. Для большей эффективности лечения пациенты применяли одновременно противовоспалительные шампуни: «Циновит» и «Себипрокс».из них 10 больных «Циновит» и 10 больных «Себипрокс».

Шампунь «Себипрокс» и «Циновит» помогали осуществить лечение и комплексный косметический уход за кожей волосистой части головы. Все больные применяли шампунь с целью лечения на протяжении 28 дней 3 раза в неделю, а с целью профилактики 2 раза в неделю в течении 2х месяцев. Такой комплексный подход в лечении себорейного дерматита

способствовал выздоровлению 95% больных и выраженному улучшению в 5 % больных, у которых оставалась легкая гиперемия и шелушение волосистой части головы. В процессе 4х недельного лечения кремом «Циновит» и лечебными шампунями ухудшения кожного процесса не было. У 9 пациентов зуд купировался через 2 недели ,а у 11 пациентов через 3 недели от начала лечения. Кожный Процесс у 20 наблюдаемых больных регрессировал через 28 дней.Для закрепления эффекта должной терапии всем больным было рекомендовано с профилактической целью использовать физиогель крем А.И. 1 раз в день и лечебные шампуни «Себипрокс» и «Циновит» на протяжении 2-х месяцев.

Заключение : крем «Циновит» является эффективным ,безопасным и удобным средством терапии при себорейном дерматите ,который ,лучше сочетать с лечебными шампунями «Циновит» или «Себипрокс»,а также увлажняющим «физиогель кремом А.И.» ,так как спустя 4 недели от начала лечения наступает полная ремиссия кожного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас-справочник практикующего врача.Дерматология :Ригард П. Усатине.МиндиА.Смит.Эдевард Дж. Мейс и др.пер. с англ. Ред. К.И. Разнатовского.-М.:ИздательствоПанфилова.БИНОМ Лаборатория знаний. 2012.-т.2 2012.536с.:ил.

2. Дерматология-справочник по дифферецированной диагностике Томас П. Хебиор Джеймс. Л.Кемнбелл мл. М.ШейнЧЭпман. Джеймс Г.Х. Джиулос Катрин иА.Зуг. 168с.

3. Скрипкин Ю.К.,КубановаА.А.,Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни:учебник.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2012.-544с.: ил.

4. Дерматология Фицпатрика в клинической практике : В 3т. /Клаус Вольф,Лоуэлл А. Голдсмит,СтивенИ.Кац и др.; пер. с англ.; общ. Ред. Акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова ; БИНОМ Лаборатория знаний,2012.-Т.2.-2012.-С.:1567-1575.:ил.

5. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник / Кей Шу-Мей Кейн и др.; пер. с англ.;под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова, - М.: Издательство Панфилова ; БИНОМ.Лаборатория знаний, 2011.-496 с.: ил.

6. Оценка эффективности препаратов линии «Циновит» в дерматологии.Коллектив авторов.М.:ООО»Фарматек»:-2012.-68с.

7. Потекаев М.Н., Жукова О.В.,Лукашева Н.Н. ОвчинноковаЕ.Ю.,Сапожникова Ю.А. Неинвазивные методы диагностики в оценке эффективности наружной терапии хронических воспалительных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология № 2.-2010-С.1-7

8. Хёгер П.Г. Детская дерматология ./Пер. с нем. Под ред. А.А. Кубановой,А.Н.Львова.-М.:ИздательствоПанфилова. БИНОМ .лаборатория знаний. 2013-648с.:ил.

УДК 616.716.8+617.52-089«1941/1945»

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А. А. Харламова

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России фкультет фундаментального медицинского образования

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.ф.н., доц. К.В. Науменкова

Война прервал мирное развитие советской медицины в 1941 году. На войне, как солдаты, так и гражданские лица получали травмы различных частей тела, но нам хотелось бы рассмотреть лечение травм во время Великой Отечественной Войны, которые касаются лица, так как именно лицо является элементом визуальной идентификации человека, его отличия от других членов общества. Травмами лица занимается область медицины, имеющая название челюстно-лицевой хирургии.

Челюстно-лицевая хирургия родилась, как симбиоз обшей хирургии и зубоврачевания, быстро интегрируя в себе достижения этих специальностей. Её рождение и официальное признание проходило при самом активном участии хирургов общего профиля, имена которых хорошо известны не только медицинской, но и широкой общественности (В.А. Оппель. А.В. Мартынов, Н.Н. Бурденко, Г.В. Монтейфель и др.). Не менее велики и заслуги узких специатастов в области одонтологии (Ф.А. Звержховский, Г.И. Вильга, К.П. Тарасов и др.). Дальнейшее её развитие проходило благодаря деятельности специалистов, полностью посвятивших себя хирургии лица, шеи и полости рта (А. А. Лимберг,П.П. Львов, Д. А.Энтин, А.И.Евдокимов,И.Г.Лукомский, А.Э.Рауэр и др.). Большинство из них имели общемедицинскую и хирургическую подготовку.

Разработка новых взрывных веществ в 20 веке и все более широкое их использование как в военное, так и в мирное время привели к увеличению числа минно-взрывных повреждений. Следует отметить, что, несмотря на большой опыт советских и зарубежных хирургов, накопленный в годы второй мировой войны, многие вопросы диагностики и лечения минно-взрывной травмы остались невыясненными [1].

Великая Отечественная война поставила перед медицинской службой, в том числе стоматологической, главную задачу — непосредственное оказание помощи раненым на этапах эвакуации и скорейшее возвращение их в строй. Хирурги-стоматологи приняли активное участие в лечении бойцов, получивших ранения в челюстно-лицевую область. В

годы Великой Отечественной войны были разработана и создана стройная эффективная система оказания специализированной помощи раненным в челюстно-лицевую область. Этому способствовал опыт специализированной помощи, накопленный при военных конфликтах у озера Хасан, на реке Халхин-Гол в военных операциях с белофиннами. Лечение раненых проводили по «Инструкции по оказанию неотложной и первой специализированной помощи чслюстно-лицевым раненым и эвакуации их в военное время» (1941) и другим документам: «Лечебно-эвакуационное обслуживание раненных в лицо и челюсти» (1941), «Лечение челюстно-лицевых ранений в эвакогоспиталях» (1942) и др. Это позволило совершенствовать методы лечения травмы лица и челюстей, разработать новые методики пластических операций, широко внедрить лечебную физкультуру в комплексное лечение и др. Благодаря работе отечественных специалистов по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии более 80 % раненых этого профиля были возвращены в строй. [2].

Во время Великой Отечественной войны ранения обеих челюстей наблюдались примерно в четыре раза реже, чем комбинированные ранения лица и других частей тела и в два раза реже, чем сопровождающие эти ранения повреждения других областей. Число ранений обеих челюстей составляет 6,8% по отношению к числу всех раненных в лицо (включая изолированные ранения мягких тканей), или 11,4% по отношению к числу раненных в лицо с повреждениями костей. Эти показатели охватывают только случаи ранений тел обеих челюстей ранение тела одной челюсти в сочетании с ранением альвеолярного отростка другой. [3]

Огнестрельные ранения обеих челюстей в Великую Отечественную войну наблюдались в следующих сочетаниях:

1) повреждения верхней и нижней челюсти,

2) повреждения верхней и нижней челюсти и скуловой кости,

3) повреждения верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней,

4) повреждения нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней и, наконец,

5) повреждения альвеолярных отростков или зубов обеих челюстей.

В связи с большим многообразием разновидностей огнестрельных повреждений обеих челюстей выделяли две основные группы повреждений.

Первая группа — огнестрельные ранения обеих челюстей, лечение которых может ограничиться хирургическими мероприятиями, и не требует закрепления отломков шинами.

Вторая группа — огнестрельные ранения обеих челюстей, при лечении которых, помимо хирургических мероприятий, является обязательным закрепление отломков шинами. Так как методы шинирования в значительной степени определяются особенностями

переломов, то вторая группа разделяется на повреждения односторонние и двусторонние, которые в свою очередь делятся на переломы в пределах зубного ряда и за его пределами.

Диагностика ранений обеих челюстей при тщательном учете всех симптомов и данных рентгеноскопии и рентгенографии не представляет затруднений. Тем не менее ошибки в диагностике во время Великой Отечественной войны иногда имели место. Эти ошибки в диагностике обыкновенно были следствием неясности представления о ходе раневого канала. Последнее иногда зависело от того, что ограничивались выявлением местоположения входного и выходного отверстия на коже, недостаточно тщательно обследовав раневые отверстия во рту. Обследование часто затруднялось плохим открыванием рта, а также плохим освещением ротовой полости и недостаточным использованием для этих целей лобного рефлектора.

Примером подобной диагностической ошибки может служить приводимая ниже история болезни: «И-в Г. О., 1922 г. рождения, 14/IV 1945 г. получил ранение в лицо осколком авиабомбы.. При поступлении в специализированный ХППГ обнаружено: двусторонний перелом нижней челюсти. Входное отверстие располагается впереди козелка левого уха, выходное — под углом нижней челюсти справа. Раневой канал проходит через бугор левой верхней челюсти; повреждены корни |7—8. В карте передового района отмечено наличие кровянистых выделений из полости носа, однако эта запись не остановила внимания врачей на следующих этапах. Повреждение верхней челюсти долго не было распознано, чему способствовало плохое открывание рта. Были наложены шины с межчелюстным скреплением, которые еще больше скрыли от глаз врача поврежденный участок верхней челюсти. Лишь через несколько недель после ранения в связи с жалобами раненого на боль в области верхних задних зубов в специализированном госпитале ГБФ была произведена экстракция этих зубов, причем было обнаружено раздробление бугра верхней челюсти, наличие сообщения с гайморовой пазухой и явления огнестрельного гайморита, протекавшего благоприятно в связи с наличием свободного оттока гноя через рану в преддверие рта.» [4 с. 216-217].

Во время Великой Отечественной войны на грандиозном фронте развернулись бои такого масштаба и напряжения, каких еще не знала история человечества. В этой небывало тяжелой войне советской военной медицине пришлось строить систему оказания помощи раненым в исключительно трудных условиях.

Эволюция методов лечения раненных в лицо только в небольшой степени коснулась элементов и приемов неотложной и первой помощи и методов лечения свежих ран. В большей степени она была заметна в лечении гнойных воспалительных процессов при

огнестрельных повреждениях челюстей и в восстановительных операциях при искажениях и изъянах как мягких тканей, так и скелета лица.

Неотложная помощь при асфиксии и кровотечении во время Великой Отечественной войны не претерпела изменений. Однако заслуживают внимания единичные наблюдения отдельных авторов, которые отмечают, что предупредительное горлосечение для тампонады глотки, зева и полости рта, нередко применяемое при плановых операциях в целях остановки кровотечения из этих областей и профилактики аспирационной асфиксии может при отсутствии или неисправности отсасывающего аппарата оказаться спасительным и при огнестрельных ранениях челюстей (В. В. Фиалковский).[5 с. 71] По-видимому, горлосечение для предупреждения аспирационной асфиксии при профузных кровотечениях из полости рта должно быть предусмотрено как необходимое.

В части транспортной иммобилизации следует отметить как новое в военной челюстно-лицевой хирургии применение в последние месяцы войны гипсовых повязок при проникающих в ротовую полость обширных ранах подбородочной области и бокового отдела лица. Как уже указывалось, отдельные челюстно-лицевые хирурги производили «герметизацию» полости рта при отрыве подбородка и проникающих в полость рта ранах боковых отделов лица посредством подбородочно-теменной гипсовой повязки. То же делали некоторые хирурги и на отдельных ДМП этих армий. [6]

В годы Великой Отечественной войны были разработана и создана стройная эффективная система оказания специализированной помощи раненным в челюстно-лицевую область. В 1945 г. была созвана Всесоюзная конференция челюстно-лицевых хирургов, подытожившая колоссальный опыт их работы на фронтах и в тылу; труды ее изданы в 1945 г. Обобщение всего опыта советских стоматологов нашло свое отражение во многих монографиях и брошюрах военного времени не утративших актуальности до настоящего дня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минно-взрывное ранение челюстно-лицевой области / А. И. Ославский [и др.] // Медицинский журнал. - 2010. - № 3. - С. 154-156.

2. Электронный источник: http://krasgmu.ru/index.php?page%5Bcommon%5D=o_content&id=1934

3. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах: Том VI. Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей. Ефим Смирнов, С. Гирголав, Левон Орбели – М.: Книга по Требованию, 2012. С.-209.

4. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах: Том VI. Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей. Ефим Смирнов, С. Гирголав, Левон Орбели – М.: Книга по Требованию, 2012. С.-216.
5. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах: Том VI. Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей. Ефим Смирнов, С. Гирголав, Левон Орбели – М.: Книга по Требованию, 2012. С.-426
6. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах: Том VI. Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей. Ефим Смирнов, С. Гирголав, Левон Орбели – М.: Книга по Требованию, 2012. С.-73.

УДК: 618-082

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

К.В. Хорляков
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д.фарм.н., проф. А.И. Овод

Комплексная оценка доступности, эффективности медицинской помощи, осуществляемая со стороны, как ее поставщиков, так и потребителей, и отражающая характеристику и самого процесса, и его результатов, может позволить получить необходимую информацию для создания действенных механизма обеспечения качества медицинской помощи населению. Оценка качества медицинской помощи является источником для информации с целью управления соответствующими объектами и повышения эффективности их деятельности.

Актуальность этой проблемы особенно возрастает в условиях одноканального финансирования на основе системы медицинского страхования, что влияет в целом на финансовое состояние медицинской организации.

Цель исследования: комплексный анализ медицинской помощи беременным женщинам.

Объекты исследования: врачи (50), беременные женщины (100) Брянской областной больницы.

Методы исследования: системный, логический, контент-анализ, социологический, структурный анализ.

На первом этапе медико-социологического исследования было выявлено, что пациентами гинекологического отделения областной больницы являются беременные женщины в возрасте 21-30 лет (50%) и 31-40 лет (20%), проживающие в городских условиях и поселках городского типа – 70%, имеющие образование среднее специальное – 45%, или среднее – 25%; социальный статус респондентов: рабочая – 35%, служащая – 30%, безработная – 20%, студентки – 15%; страдают хроническими заболеваниями 20% женщин, (пиелонефрит, проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта).

Установлено, что 60% беременных в медицинское учреждение обращаются для диагностики и лечения, 25% - для консультации, 15% - по поводу диспансеризации. Важно отметить, что все опрошенные отметили, что выполняют предписания врача. Здорового образа жизни придерживаются 55% респондентов. Возможными причинами развития заболеваний являются для 40% - на избыточный вес, 28% - на стрессы, по 16% - на наследственность и нарушения питания.

Респонденты оценили свое физическое и психическое здоровье как удовлетворительное – 60%, хорошее – 30%, отличное – 10%. Социальное здоровье оценили как хорошее -50%, отличное – 30%, удовлетворительное – 15%.

В ходе оценки работы медицинской организации было выявлено, что для значительной доли пациентов (55%) посещение регистратуры занимает мало времени и составляет всего 5-10 мин., но большая доля пациентов (45%) у которых это занимает достаточно много времени 15-30 мин. Важным этапом посещения медицинской организации является предварительная запись в регистратуре – 40%, 35% - по телефону, 25% - у врача. Одним из недостатком работы регистратуры 15% женщин отметили отсутствие амбулаторной карты и ее поиск. Респонденты отметили работу регистратуры как удовлетворительно – 65% и только 35% как отлично.

При анализе оценки работы врача на приеме было отмечено, что в целом все беременные удовлетворены отношением врача (100%), но отметили, что врач не всегда вежлив на приеме – 10% и иногда – 20%. К сожалению, высокая доля респондентов, которых не устраивает график работы врача – 25%. Оценка работы врача по пятибалльной шкале преимущество как «5» - 73%.

Для корректировки работы медицинской организации респондентам были заданы уточняющие вопросы, которые позволили выяснить, что 55% беременным удобно

обращаться в медицинскую организацию в утренние часы – с 8 до 11 часов, а 25% - с 15 до 18 часов, в субботу и воскресенье – 65% женщин. Свои средние затраты времени на посещение медицинской организации оценили как 15-30 мин. 40% опрошенных, до 1 часа – 30%, 10-15 мин. – 15%, более часа – 10%. На вопрос: «К каким специалистам труднее всего попасть?» респонденты отвечали: маммолог, гинеколог, УЗИ, т.е. узкие специалисты. В целом работу медицинской организации респонденты оценили на «5» - 65%, на «4» - 35%. Положительно к платным медицинским услугам относится 45%, равнодушно и считают необходимыми – по 25%, отрицательно – 5%. Обращались за платными медицинскими услугами при возможности 95%, не обращались только 5% опрошенных.

На следующем этапе проведена оценка качества организации обслуживания основными производителями услуг. Выявлено, что возраст 60% врачей составляет 31-40 лет, 30% - 21-30 лет, 10% - 41-50 лет, наличие первой категории отмечено у 70% врачей, второй – у 20%, без категории – 10%; стаж работы 60% респондентов составляет 10-20 лет, 30% - 5-10 лет, 10% - 1-3 года.

К самостоятельному выбору пациентом лечащего врача положительно относятся 100% респондентов. Большинство врачей положительно относятся к возможному внедрению новой формы амбулаторной карты с хранением ее на руках пациента. К платным медицинским услугам врачи относятся также положительно, объясняя это тем, что не все пациенты могут наблюдаться на бесплатном приеме.

Больше половины респондентов (70%) считают важным источником информации о недостатках в своей работе анкетирование населения и необходимым проведение подобных социологических исследований, 30% не считают данные социологического исследования достоверной информацией. 80% врачей отметили, что во время приема стараются быть всегда вежливыми и внимательны к пациентам, не всегда - 10%, старается быть сдержанными - 10%. Врачи оценили работу регистратуры в среднем на 3,9 балла, работу своей организации на 4 балла; лечебно-диагностический процесс на 4,1 балла.

В результате социологического исследования удовлетворенности потребителей и производителей медицинских услуг важно отметить высокий уровень обслуживания данной медицинской организации. Но респондентами были высказаны некоторые замечания по вопросам отдельных аспектов работы, поэтому именно на основе мнения пациентов и врачебного персонала можно разработать рекомендации по совершенствованию деятельности.

На заключительном этапе руководству медицинской организации с целью повышения качества обслуживаемого населения и сохранения здоровья беременным женщинам было предложено ряд мероприятий: увеличить количества работников регистратуры; внедрить

систему записи на прием иногородних пациентов по телефону; включить в штатное расписание еще одну должность врача-маммолога; осуществлять обучение и информирование пациентов.

Таким образом, современный подход к проблеме качества оказания медицинских услуг требует нового подхода к формированию организационной структуры медицинской организации, обуславливает необходимость принятия организационно-штатных решений по созданию органов, на которые возлагается задача проектирования и управления ресурсами данного медицинского учреждения.

УДК: 614.2

О МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГРУППАХ С РАЗЛИЧНОЙ САМООЦЕНКОЙ ФАКТОРОВ РИСКА

Е.О.Хорунжая, В.В.Писковец, И.Ю. Худоногов, Т.В. Данилевская
Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья издравоохранения №1 с курсом истории медицины
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.Г. Элланский

Актуальность. Одним из ярких проявлений профилактической направленности нашей сегодняшней медицины является реализация таких давно и хорошо известных подходов как первичная, вторичная и третичная профилактика. В соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [5] основные средства государства пойдут именно на цели сохранения здоровья здоровых; на организацию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) пациентам, заболевшим остро, и высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) для улучшения качества жизни хронических больных. Таким образом, разработка самосохранительных технологий (СТ) в настоящее время является одним из основных приоритетов развития системы охраны здоровья гражданв РФ наравне с ПМСП и ВМП. При этом именно технологические подходы к разработке СТ значительно отстают в методологическом плане от технологических стандартов, применяемых при оказании ПМСП или ВМП. По аналогии в СТ также должны присутствовать и своя диагностическая, и своя терапевтическая части. Однако на

сегодняшний день роль осознания риска возникновения заболевания, как основной части любой СТ, прояснена в литературе недостаточно.

Научная гипотеза. В соответствии с концепцией академика Ю.П. Лисицына более 50% случаев заболевания взрослого населения России связаны с дефектами образа жизни [Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с.]. При этом образ жизни понимался основоположником указанной концепции как жесткая система социально-экономических связей пациента с окружающей его социально-профессиональной средой (СПС). По логике Юрия Павловича здоровье является неотъемлемым атрибутом реализуемой социальной роли, побороть влияние которой стоит значительных усилий. В этой борьбе, по нашему мнению, и появилось понятие здоровый образ жизни (ЗОЖ) как более энергозатратная альтернатива «нездорового» образа жизни (НОЖ), обусловленного имеющейся СПС. В утрированной форме это выглядит следующим образом, если вы шахтер, то находитесь в СПС, которая характеризуется наличием риска заболеть антракозом, близкого к 100%, если лесоруб – то ждите осложнений вибрационной болезни. Лучше других свои риски знает военнослужащий. От личного желания каждого человека зависит – оставаться ли ему в этой СПС, или поменять ее на другую, реализовывать ЗОЖ, или НОЖ. Роль процесса осознания риска возникновения заболевания, по нашему мнению, чрезвычайно важна при осуществлении выбора СПС, и чем в большей степени риск изучен и осмыслен, тем выше будет самосохранительная активность и стремление к ЗОЖ. Последнее обстоятельство может являться характеристикой не только медицинского поведения человека, но признаком личностного роста и развития. При условии достижения определенной точки развития, соответствующей ЗОЖ, появляется возможность обнаружить и измерить результативные признаки сложного комплекса самосохранительного поведения, т.е. самосохранительную активность и заболеваемость. Таким образом, группа признаков, соответствующая осознанным факторам риска (ФР), характеризует начальный этап единого и непрерывного процесса самосохранения, который раскрывает потенциал здоровья отдельно взятого человека или однородной социальной группы в конкретной точке социального пространства и времени[1,2,3,4]. Достижение минимизации разрушительноговоздействия ФР может быть сравнимо с иммунизацией, в результате которой развивается толерантность к соответствующему ФР.Роль осознания ФР сравнима с воздействием вакцинального антигена, разница будет состоять лишь в том, что вместо иммунного ответа мы будем наблюдать изменение поведенческой стратегии, модифицированнойв направлении использования определенного хорошо и давно известного набора самосохранительных мероприятий.

Цель работы: определить уровень здоровья и предпочитаемые элементы самосохранительных технологий в группах с различной самооценкой факторов риска.

Материалы и методы. В 2014 г. был выполнен социологический опрос 310 жителей г.Ростова-на-Дону (110 мужчин и 200 женщин) в возрасте от 16 до 80 лет. Выборка формировалась случайно, у всех единиц наблюдения были равные шансы попасть в выборку.

В работе использовались исторический, статистический, социологический методы и группировка по индикатору «Что, по Вашему мнению, явилось причиной появления у Вас хронических заболеваний?».

Результаты: в 1-й группе (33% выборки) находились респонденты, полностью отрицающие воздействие на них ФР; во 2-й (56%) – ФРвключали 1-3 элемента и в 3-й (11%) – ФР включали 4-11 элементов.

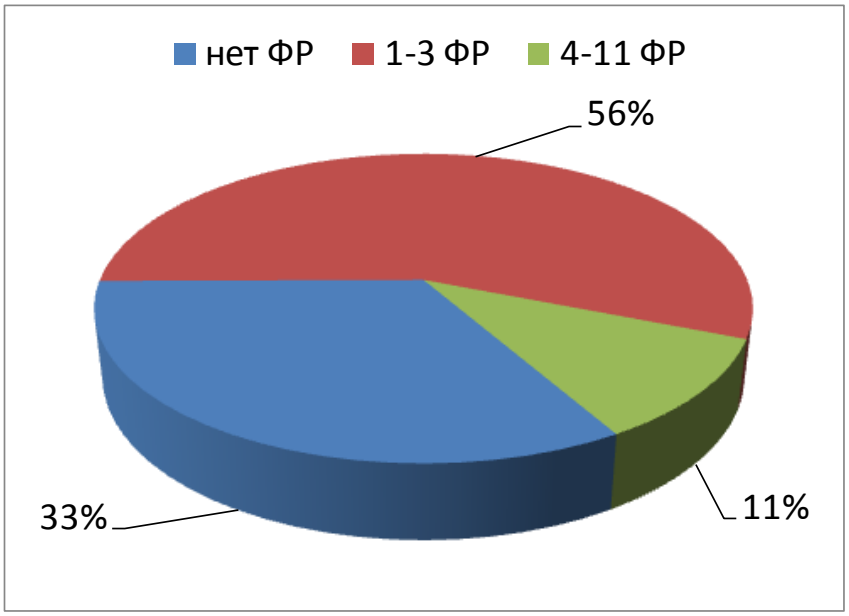


Рисунок 1 – Структура выборки по количеству осознанных факторов риска.

На основании указанного признака были построены групповые факторные матрицы (рис.2,3,4), которые включали количество упоминаний каждого ФР из 19 предложенных в пересчете на 100 человек, входящих в соответствующую группу.

Рисунок 2 – Структура факторной матрицы респондентов 1-й группы.

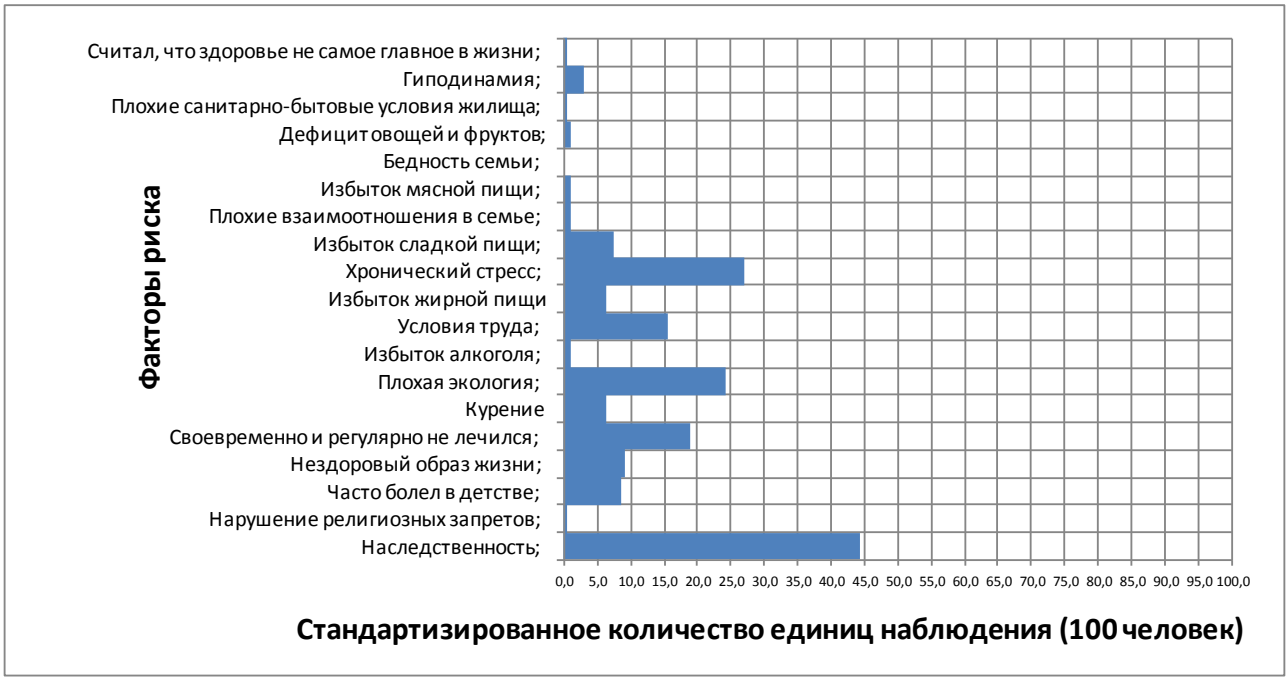


Рисунок 3 – Структура факторной матрицы респондентов 2-й группы.

Рисунок 4 – Структура факторной матрицы респондентов 3-й группы.

При отсутствии возрастно-половых различий в рамках индикатора самооценки здоровья: «Какие у Вас в настоящее время имеются заболевания?» - респонденты отметили 30,1; 135,6 и 157,6 случаев заболеваний на 100 опрошенных в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. При этом интенсивность самосохранительной активности в сравниваемых группа была примерно одинаковой 274,8 ; 290,8 и 290,9 упоминаний на 100 респондентов. Однако структура мероприятий отличалась значительно, что и позволило предположить о существовании различной социальной эффективности используемых самосохранительных технологий. Так, значимые превышения фиксировались: по признаку «Использую методики закаливания» – уровень 1-й группы от уровня 3-й группы составил 208%; «Контролирую свою сексуальную активность» - 156%; «Регулярно посещаю медицинские организации с профилактической целью» - 134%; «Не злоупотребляю алкоголь» - 130%; «Регулярно плаваю в бассейне» - 125%; «Ежедневно бываю на свежем воздухе» - 118%.

Выводы.

1. Осмысленное движение по пути снижения актуальности факторов риска возможно, и 1/3 нашей выборки (1-я группа) утверждает, что смогла свести их воздействие до нуля.
2. Респонденты 1-й группы декларируют в 5 раз более низкий уровень заболеваемости, чем респонденты 3-й группы.
3. Наибольшую социальную эффективность респонденты 1-й группы связывают с такими самосохранительными технологиями как, закаливание, контроль сексуальной активности, регулярное посещение медицинских организаций с профилактической целью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Iakovenko V.K., Mnushko Z.M. Science-to-practice approach to positioning of “Climased” herbal medicine. Клінічнафармація. 2013. Т. 17. № 4. С. 28-32.
2. Kazmirovych R., Kazmirovych O. The development of mathematical models for a new way of combining accuracy control and positioning of imprints onto a page. Технологічні комплекси. 2014. № 1 (9). С. 47-51.
3. Калабин А. Позиционирование личности на основе архетипов. Электронный ресурс. URL: http://www.bkworld.ru/archive/y2006/n06-2006/n06-2006_139.html. (дата обращения: 8.03.2015)
4. Пашкус В.Ю., Пашкус Н.А. Инновационные стратегии позиционирования территории: концепция прорывного позиционирования. Региональная экономика: теория и практика. 2014. № 34. С. 23-32.
5. Электронный ресурс: URL: http://www.protown.ru/information/doc/4293.html (дата доступа 31.03.2014).

УДК 616.12-07

ПРЕДИКТОРЫ ВЫЯВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ПЛАНОВУЮ КОРОНАРОГРАФИЮ

Ф.С. Хребтова, М.А. Яковлева, Т.С. Захарчук

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

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой медицинской помощи с курсом ПО

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Научные руководители: д.м.н., доц. О.А. Штегман, к.м.н., асс. П.В. Вырва

Актуальность проблемы. Атеросклероз коронарных артерий (КА) приводит к возникновению различных клинических вариантов ишемической болезни сердца (ИБС), которая на сегодняшний день занимает первое место среди причин смертности населения.

По данным Всероссийского научного общества кардиологов, ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний в стране умирает более 1 миллиона человек, причем из этого числа от ишемической болезни сердца погибает 51% больных, от мозгового инсульта - 27%.

Большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы, обусловленных атеросклерозом, клинически проявляет себя в старшем и пожилом возрасте. Однако в последние годы стали отмечаться летальные исходы от осложнений атеросклероза у молодых. Причем, если в США и странах Европы среди молодых лиц объективно регистрируется снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, то в России отмечается увеличение этого показателя[1].

В клинической практике с целью диагностики коронарной недостаточности (КН) широко используются различные нагрузочные пробы: электрокардиографический тест с динамической физической нагрузкой, стресс-эхокардиография, дипиридамоловая проба и другие.В то же время средняя точность нагрузочных проб в диагностике КН составляет от 73 до 87% [2].Поэтомудля верификации результатов всех неинвазивных методов диагностики принято использовать коронароангиографию (КАГ), которая считается «золотым стандартом» диагностики различных форм ишемической болезни сердца (ИБС).Выявление коронарного атеросклероза накладывает обязательства применения статинов и дезагрегантов с целью улучшения прогноза.

КАГ является инвазивным тестом и сопряжена с риском осложнений для пациента. В связи с этим актуальным является поиск признаков, ассоциированных с коронарным атеросклерозом и выявляемых без риска для пациента.

Целью исследования явилась оценка предикторов выявления коронарного атеросклероза припроведении диагностической КАГ.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. оценить частоту выявление атеросклеротических поражений коронарных артерий при проведении плановой диагностической КАГ;
2. изучить частоту обнаружения стенозов коронарных артерий более 50% среди лиц, подвергающихся плановой КАГ;
3. определить потребность в дальнейших операциях реваскуляризации после проведения плановой КАГ;
4. установить клинические факторы, предрасполагающие к выявлению атеросклеротических изменений КА у пациентов, направленных на плановую КАГ;
5. выявить частоту типичной стенокардии у пациентов с отсутствием выявления атеросклеротических поражений КА.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе Краевой клинической больницы города Красноярск. В исследовании участвовали 200 пациентов старше 30 лет, госпитализированных в

кардиологическое отделение для проведения плановой КАГ, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. У пациентов изучались жалобы и анамнез заболевания, оценивались возможные противопоказания к КАГ по данным лабораторных исследований, изучались данные электро- и эхокардиографического исследования и результаты КАГ.

Статистический анализ полученных результатов проведён 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 (x^2). Достоверность коэффициентов корреляции и различий принимали при $P<0,05$.

Результаты и их обсуждение

У 57 больных (28,5%) коронарные артерии оказались не изменены, у 101 (50,5%) больных выявлены гемодинамически незначимые атеросклеротические изменениями у 42 (21%) были выявлены стенозы КА более 50%. При выявлении стенозов более 50% 30 больным (71%) было предложено стентирование КА и 3 больным (7%) – аортокоронарное шунтирование.

По результатам КАГ пациенты были разделены на 2 группы: с неизменёнными КА - 57 пациентов (1 группа) и с атеросклерозом КА - 143 пациента (2 группа). В первой группе средний возраст составил 58,1 лет [95%ДИ: 55,2-61,0] , во второй группе 64,0 год [95%ДИ: 62,5-65,5], p=0,0006.

В первой группе больных с неизменёнными КА пациентов мужского пола оказалось 33,3% [95%ДИ: 20,7-46,0%], во второй группе с атеросклерозом КА пациентов – 58,7% [95%ДИ: 50,6-60,9%],p=0,0051.

Среди пациентов 1-й группы у 5,3% пациентов [95%ДИ: 0-0,11%] установлен постинфарктный кардиосклероз (ПИК), во 2-й группе с атеросклерозом КА у 23% [95%ДИ: 16-30,1%], p=0,049.

При анализе уровня артериального давлении (АД), среднее максимальное систолическое давление (СД) в первой группе составило 175,2 мм.рт.ст.[95%ДИ: 166,7-183,6], во второй группе 188,1 мм.рт.ст. [95%ДИ: 183,5-192,7] (p=0,007), при этом между группами не наблюдалось значимого различия по показателям рабочего СД, p=0,08.

Среднее максимальное диастолическое давление (ДД) в 1-й группе составило 100,4 мм.рт.ст. [95%ДИ: 96.3-104,6], во 2-й группе 104,3 мм.рт.ст. [95%ДИ: 102,1-106,4] (p=0,047), значимого различия между рабочими цифрами ДД не наблюдалось, p=0,09.

У больных с неизменёнными КА среднее количество перенесенных инфарктов миокарда на больного составило 0,14 [95%ДИ: 0,04-0,25], у больных с атеросклерозом КА данный

показатель составил 0,49 [95%ДИ: 0,38-0,6]; p=0,0009. При этом не получено достоверного отличия по количеству мелкоочаговых инфарктов,p=0,78.

При оценке результатов ЭхоКГ средняя диастолическая толщина задней стенки левого желудочка в первой группе составила 10,4 мм [95%ДИ: 9,950-10,9], в свою очередь во второй группе этот показатель был равен 11,9 мм [95%ДИ: 11,5-12,4], p=0,0008.

Среди пациентов с неизмененными КА у 54,4% [95%ДИ:41,1-67,7] наблюдалась связь загрудинных болей с физической нагрузкой, тогда как во второй группе - у 76,9% [95%ДИ: 69,9-83,9], p=0,013.

Анализ характера болей показал, что боли в груди, продолжительностью от 1 до 5 минут, в первой группе встречались реже, чем во второй (49,1% против 76,2%; p = 0,003).

В первой группе пациентов с симптомами типичной стенокардии (загрудинные боли давящего, жгучего и сжимающего характера, продолжительностью от 1 до 5 минут, возникающие при физической нагрузке) 38,6% [95%ДИ: 25,5-51,6], во второй группе 60,1% пациентов [95%ДИ: 52,0-68,3], p=0,02.

Выводы:

1. При проведении плановой коронароангиографии наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий выявляется в 71,5% случаев.
2. Только у 21% пациентов, подвергающихся коронароангиографии, выявляются стенозы более 50%.
3. Потребность в реваскуляризации выявляется только у 16,5% пациентов, подвергающихся плановой коронароангиографии.
4. Предикторами наличия атеросклероза коронарных артерий являются: мужской пол, возраст старше 61 года, гипертрофия задней стенки левого желудочка, наличие крупноочаговых инфарктов миокарда в анамнезе.
5. У 38,6% пациентов, не имеющих атеросклеротических поражений КА при ангиографическом исследовании, наблюдается типичная стенокардия напряжения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беленков Ю.Н. Кардиология / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов // Национальное руководство. - 2007. - С. 125-127.
2. Бобриков О.А. Болезни сердца и сосудов / О.А. Бобриков // Издательство: Монпресс. – 2005.

УДК614.256.5;616-022.3

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ, СВЯЗАНО ЛИ ЭТО С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Целуйко Л.В.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО
Научный руководитель: асс. Тихонова Ю.С.

Защита медицинского персонала от заражения инфекционными болезнями в современных условиях развития здравоохранения становится неотложной государственной задачей. Установлено, что заболеваемость медицинских работников, связанная с профессиональной деятельностью, имеет высокий уровень. Нельзя мириться с тем, что при спасении миллионов человеческих жизней медицинский персонал подвергается повышенной опасности инфицирования.

Среди почти 40 тыс. существующих в настоящее время профессий особую социальную нишу занимают более 3 млн. медицинских работников, из которых 17% врачей, 42,8% – средний медицинский персонал, 19,4% – младший медперсонал, еще 1% – психологи, биологи и представители некоторых других необходимых в здравоохранении профессий [1].

Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях – и большими физическими нагрузками и выносливостью. В зависимости от специфики условий на рабочем месте работники сферы здравоохранения подвергаются риску воздействия различных факторов, в том числе и опасных биологических. К этой группе профессиональных болезней медицинских работников, обусловленных воздействием биологических факторов, относятся инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той инфекцией, с которой работники контактируют во время работы: туберкулез, токсоплазмоз, вирусный гепатит, микозы кожи, сифилис, ВИЧ-инфекция.

По данным авторов [2] среди профессиональных заболеваний медицинских работников в нашей стране первое ранговое место занимает туберкулез органов дыхания (50.4-67.9%). Заболеваемость персонала противотуберкулезных учреждений в 4-18, а

работников судебно-медицинской экспертизы в 50 раз превышает таковую среди населения. Рост заболеваемости персонала туберкулезом обусловлен неблагополучием в стране в отношении этой инфекции, "реагирующей" на социально-экономические условия, циркуляцией резистентных к антибиотикам штаммов возбудителя (40-70%), материально-техническим состоянием учреждений туберкулезного профиля и недочетами в комплексе мер индивидуальной защиты персонала.

Огромной проблемой стали гемотрансмиссивные инфекции: вирусные гепатиты В, С, D, приводящие к хронизации процесса, циррозу печени, развитию гепатоцеллюлярной карциномы. По данным ВОЗ, ежедневно от вирусного гепатита В погибает один медицинский работник. В нашей стране гепатит В занимает второе место в структуре профессиональной заболеваемости медицинских работников (39,5%). По риску заражения в порядке его убывания можно выделить три группы медицинских работников: персонал в отделениях гемодиализа и гематологических; персонал лабораторных, реанимационных и хирургических отделений; сотрудники терапевтических. Высокая частота маркеров гепатитаС обнаруживается у стоматологов, а среди них — у персонала ортопедических отделений и зубных техников (54-56%).

По данным современной литературы повышена заболеваемость среди медицинских работников в отделениях гнойной хирургии, ожоговых центрах, где основными этиологическими агентами являются золотистый стафилококк и псевдомонады, при этом показатель заболеваемости гнойно-воспалительными болезнями кожи, слизистых оболочек, пневмониями у персонала в 7 раз выше, чем у населения. Наиболее высокая заболеваемость наблюдается в первые годы работы в лечебном учреждении медицинского работника. Интересно, что в гастроэнтерологических отделениях у специалистов, проводящих эндоскопические процедуры (гастро-, дуоденоскопия), IgM и IgG на хеликобактериоз определялись существенно чаще, чем у населения [3].

В 2014 году в Красноярском крае в учреждениях здравоохранения официально было зарегистрировано 8 случаев заболеваний биологической природы [4].

Заболевания от воздействия биологических факторов зарегистрированы в следующих профессиях: медицинская сестра (3 случая), по 1 случаю - фельдшер-лаборант, врач-патологоанатом, санитар, врач-уролог, сестра-хозяйка. При этом,у 6 обследуемых был выявлен туберкулез (очаговый, инфильтративный) (75 %), в 1 случае -туберкуломы доли легкого, 1 случай - вирусного гепатита В.

Нами был проведен опрос среди врачей хирургических специальностей (80 человек) о наличии у них хронического вирусного гепатита. Число инфицированных составило 5%.

За прошедший год в крае зарегистрировано 583130 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, показатель заболеваемости составил 20440,5 случая на 100 тысяч населения, что на 6,9 % ниже показателя заболеваемости 2012 года – 21954,0 на 100 тысяч населения, на 13,6 % ниже среднемноголетнего уровня (далее – СМУ) – 23669,4 на 100 тысяч населения и ниже показателя заболеваемости по РФ в 2013 г. –21859,48 случая на 100 тыс. населения.

В структуре инфекционных и паразитарных заболеваний преобладают воздушно-капельные инфекции (89,2 %), далее, на втором месте – кишечные инфекции (3,2 %), на третьем месте – прочие (укусы и др.) – 3,1 %, паразитарные болезни (2,3 %). В Красноярском крае ежегодно регистрируется до 77 нозологических форм инфекционных и паразитарных болезней.

Для медицинских работников весьма актуальными в плане инфицирования являются также воздушно-капельные инфекции. Например, во время эпидемии дифтерии в России (Москва)в 1990-е годы заболели дифтерией 60 медицинских работников, а в 1994 г., самом неблагоприятном по заболеваемости дифтерией, заболели 107 работников здравоохранения.

При подъемах заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) среди населения возникают внутрибольничные вспышки у пациентов и медицинского персонала. Наиболее высок (в 1.5-1.8 раза выше показателей взрослого населения) уровень заболеваемости ОРВИ в период сезонного подъема у сотрудников поликлиник, приемных отделений, инфекционных, стоматологических и многопрофильных стационаров. Рост временной нетрудоспособности медицинских работников нарушает работу стационаров и поликлинических учреждений. Применение иммуномодуляторов, противовирусных препаратов и вакцин с профилактической целью лишь отчасти снижает заболеваемость.

С целью анализа частоты встречаемости острых и хронических инфекционных заболеваний у медицинских работников различных специальностей (хирурги, реаниматологи, гинекологи, инфекционисты, педиатры) мы провели анкетирование. Среди предлагаемых вопросов были следующие: Как часто вы болели инфекционными заболеваниями за последние 2 года? Как лечитесь? Соблюдаете ли прививочный календарь? Меры профилактики?

Проведенное нами анкетирования среди врачей и среднего медицинского персонала (общая группа 100 человек) г. Красноярска, позволило заключиться о том, что в городе Красноярске ежегодно болели ОРВИ и гриппомпрактически все из анкетируемых, при этом 60 % медицинских работников болели от 2 до 7 раз в год. Что касается специфической

профилактики против гриппа (вакцинация), то ее проводят только 80% врачей, остальные придерживаются мнения не прививаться, объясняя это разными причинами.

Среди врачей различных специальностейреже всех болеют инфекционисты(5 %), чаще – болеют педиатры и терапевты (95 %), что, вероятно обусловлено более частыми контактами с острыми больными в первые дни болезни.

Таким образом, можно сделать выводы, что для минимизации распространения инфекционных заболеваний в пределах медицинских учреждений необходима эффективная программа инфекционного контроля, так как медицинские работники находятся под постоянной угрозой взаимоинфицирования.

Для того чтобы обеспечить быструю локализацию инфекции и своевременное использование индивидуальных средств защиты, необходимо проводить максимально оперативное обследование пациентов и медработников на наличие признаков или симптомов инфекционного заболевания.

Проектирование новых и реконструкцию имеющихся зданий медицинских учреждений необходимо проводить с учетом инсталляции современных средств технического контроля (вентиляция, выбор настенных и напольных покрытий, разделительных штор, одноразовые инструменты вместо инструментов многократного использования и пр.).

Во всем мире настоятельно рекомендуется обязательное проведение вакцинации медицинских работников, которые ее еще не получили или не имеют документально подтвержденного свидетельства о постинфекционном иммунитете против таких инфекций, как гепатит В, грипп, корь, краснуха, паротит, ветряная оспа и столбняк. ГепатитА, пневмококковая инфекция также относится к заболеваниям, которые предупреждаются вакцинацией и которым можно заразиться в медучреждении, но внастоящее время вакцина против этих инфекций пока не являются обязательными для медработников. Сегодня цеховые врачи в профессиональной медицине играют большую роль в ограничении тех медработников, которые имели контакты с инфекциями или уже инфицированы, поскольку они могут быть распространителями инфекционного заболевания. Государственные и местные законы также должны накладывать ограничения в деятельности медработников с инфекционными заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Семина Н.А. Профилактика внутрибольничного инфицирования медицинских работников: практическое руководство. /Н.А. Семина, Е.П. Ковалева, В.Г. Акимкин, Е.П. Селькова, И.А. Храпунова. - М.: Изд. РАН, 2006. – 152 с.

2. Лавров В.Ф. Основы иммунологии, эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней: учебное пособие для врачей. / Лавров В.Ф., Русакова Е.В., Шапошников А.А., Иваненко А.В., Кузин С.Н. – М.: ЗАО МП «ГИГИЕНА», 2007. – 311 с.

3. Профилактика и лечение профессиональных заболеваний медицинских работников/ авторы….//«Главная медицинская сестра.- 2008.- №10.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае в 2014 году: Государственный доклад. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, 2014. – С. 125-132.

УДК 61-055.1/.3 ББК 5

СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – МЕДИЦИНЫ: ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД

М. Е. Цуприкова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Кафедра философии и социально-гуманитарных наук

Научный руководитель: к.и.н., доц., Маменкова Е. С.

Процесс врачевания связан с исторически сложившимся видом производящей деятельности человека, но изначально это сфера принадлежала исключительно мужчинам. Женщина долгое время была призвана выполнять лишь свою биологическую функцию – продолжательницы рода. Ситуация постепенно начала меняться в XIX в., когда женщины получили право получать образование. Уже к концу XX в. они существенно потеснили мужчин в профессиональной деятельности, а в отдельных сферах их доля значительно превысила аналогичный показатель у мужчин. Актуальность темы исследования не вызывает сомнений, так как в условиях современного российского общества обозначенная тенденция приобрела необратимый характер. Всё большее число женщин не только продолжают активно осваивать «мужские профессии», но и занимают руководящие должности, в том числе и в медицине. В последние годы эта тенденция отчётливо проявилась среди

представителей таких медицинских специальностей как социальная работа, клиническая психология, фармация и др.

В связи с этим возникает вопрос: какие гендерные особенности способствуют успешной профессиональной реализации медицинских работников? Цель работы: определить роль и влияние гендерных особенностей на профессиональную реализацию медицинских работников. Для достижения поставленной цели необходимо: проанализировать склонности к профессиональной деятельности у мужчин и женщин; охарактеризовать особенности профессиональной деятельности в медицине с позиций гендерного подхода; выявить гендерные различия в профессиональной реализации.

Методологическую основу исследования составил гендерный подход, который позволил изучить профессиональную деятельность медицинских работников как составную часть производящей деятельности человека. У истоков гендерных исследований стоял американский антрополог Г. Рабин, который в 1975 г. в своей работе «Торговля женщинами» впервые противопоставил такие понятия как «пол» и «гендер». За ним последовала психолог Р. Унгер. В 1979 г. она обозначила словом «пол» все процессы человека как биологического существа, а понятием «гендер» – социально-психологические аспекты его жизни и деятельности. Сегодня понятие «гендер» трактуется как социально-психологический статус, формирование которого находится под воздействием разнообразных социокультурных факторов [2]. Применение таких подходов как – материалистический, диалектический, эволюционный, исторический, структурно-функциональный, позволило детально изучить объект и предмет исследования.

Основными принципами работы стали принцип объективности, системности, историзма. Принцип объективности ориентирует на беспристрастный подход к изучению социально-психологических склонностей мужчин и женщин к профессиональной деятельности с точки зрения современной медицины. На основе принципа системности гендерные особенности профессиональной деятельности в медицине изучались как составной элемент более сложной системы – производящей деятельности человека. Подчеркнём особую роль в исследованиях идеи системности знания, которая стала исходным философским элементом научности во всём естествознании и медицине, в частности. Поскольку принцип историзма предполагает изучение явления в процессе его возникновения и развития, его связи с конкретными условиями окружающей среды, то этот принцип позволил выявить количественные и качественные характеристики гендерных особенностей медицинских работников. В работе применялись такие общенаучные и частнонаучные методы познания как сравнительный анализ, синтез, статистический метод,формально-логический, которые в совокупности с диалектическим методом

обеспечили приращение знаний в собственно медицинской сфере [3].

Применение совокупности методов в сочетании с комплексом подходов и принципов познания позволили конкретизировать цель и задачи работы, понять основные характеристики гендерных различий в профессиональной деятельности медицинских работников, проанализировать процесс взаимозависимости между гендерными особенностями и уровнем профессиональной реализацией медицинских работников.

В современной медицине утвердилось мнение о том, что гендерные особенности проявляются уже в раннем возрасте. Например, в возрасте 24 недель у девочек гораздо выше интерес к фотографиям человеческого лица, чем к предметам. Мальчики же этого возраста проявляют больший интерес к геометрическим фигурам. Конечно, нельзя говорить о профессиональной направленности младенцев, речь идёт о некоторых психологических особенностях, которые в будущем могут повлиять на склонность к той или иной профессиональной деятельности [4].

Человек стал тем биологическим видом, который благодаря функциональной асимметрии мозга смог через творческую активность выделиться из животного мира [6]. В современной медицине все больше того, что женщины – левополушарно доминантные, напротив, у мужчин лучше развита работа правого полушария головного мозга. По данным исследователей Агаповой П. А. и Боголеновой И.Н. средний размер профильного поля пирамидных нейронов слоя V в левом полушарии теменной доли мозга мужчин составлял 234,992 ± 2,431 мкм^2, в правом полушарии 238,698 ± 2,884 мкм^2. У женщин данный показатель равнялся 235,925 ± 2,267 мкм^2 слева и 232,531 ± 2,412 мкм^2 справа. Функциональная специализация полушарий мозга мужчин и женщин достаточно сильно различается: левое полушарие отчасти ответственно за реализацию речевой деятельности и связано с абстрактной аналитической деятельностью, строящейся на речевой и знаковой основе, оно же прогнозирует сложные психические и моторные действия, что наиболее характерно для женщин. На базе правого полушария протекают процессы восприятия пространства, что помогает превосходно ориентироваться, мысленно вращать предметы, связанные со зрительными образами и памятью (наиболее характерно для мужчин) [1].

Однако нельзя говорить об активном функционировании только правого полушария у мужчин и только левого у женщин. Методы томографического сканирования позволили экспериментально зафиксировать различия в строении головного мозга женщин и мужчин. Установлено, что мозг мужчин имеет больше связей между зонами внутри полушарий, а женский – между полушариями [7]. Следовательно, мужчины, в среднем, лучше ориентируются в пространстве и имеют способности к более эффективному переходу от

наблюдения к действию. Женщины, напротив, способны лучше оценивать ситуацию в целом и эффективнее взаимодействуют в группах.

Итак, перечисленные выше гендерные особенности объясняют возможность успешной профессиональной реализации женщин в медицине, возможно, и за счёт выполнения ими следующих функций: во-первых, это уход за пациентами, ведь известно, что самая ювелирная и блестящая работа хирурга не дает желаемых результатов лечения, если не будут приложены умелые и заботливые женские руки (тяжелый больной нуждается в том, чтобы ему перестелили постель, заменили белье, обмыли, напоили, накормили, подали лекарство, повернули с боку на бок, дабы не появились пролежни, терпеливо выслушали, вовремя подали и убрали судно). Во-вторых, именно женщины-медики, невольно ассоциируются у пациентов с образом матери, которая поможет справиться с психологическими и физическими трудностями, связанными с состоянием болезни (боль, беспомощности, страх смерти и др.). Описывая переживания пациента, акушер Д. Симпсон точно подметил: «На операционном столе больной встречается с опасностью, равной той, что существует на поле боя» [5].

В рамках темы исследования нами было проанализировано количественное соотношение мужчин и женщин профессорско-преподавательского состава Красноярского государственного медицинского университета. Полученные результаты показывают, что за все годы функционирования ВУЗа все 5 ректоров – мужчины (100%), а среди почетных профессоров мужчины – 16 чел. (80% – от их общей численности) и всего лишь 4 чел. (20%) – женщины. Мужчины больше расположены к исследовательской деятельности, управлению, поэтому чаще женщин занимают руководящие должности. Следовательно, гендерные особенности обуславливают более высокий уровень успешной профессиональной реализации у мужчин, чем у женщин.

Для выявления склонности к профессиональной деятельности у мужчин и женщин в связи с гендерными особенностями и определения роли женщины-врача в медицине был разработан специальный перечень вопросов. Для этого проводилось онлайн-анкетирование 2 курса первого потока лечебного факультета ФМО КрасГМУ (всего 227 чел.). В анкетировании приняли участие 122 чел.; из них 84 (68,9%) девушки и 38 (31,1%) юноши. Уровень квалификации специалиста по мнению 82 студентов (67,2%) не зависит от пола, 36 (29,5%) считают, что зависит, 4 чел. (3,3%) затруднялись ответить. У 56 (45,9%) опрошенных пол врача оказывает влияние на выбор специалиста, а у 58 (47,6%) – нет, для них важны квалификация и профессиональные навыки, 8 (6,5%) человек не ответили на вопрос. По мнению 50 (41,0%) опрошенных студентов-лечебников, для мужчин свойственно выбирать должности руководителей, а для женщин – исполнителей, 64 (52,5%) чел. считают, что

выбор должности не зависит от пола, 8 (6,5%) – не знали, что ответить на данный вопрос. По мнению 58 (47,5%) респондентов, в сфере здравоохранения существует профессиональная дифференцировка между мужчинами и женщинами, 46 (37,7%) чел. считают, что профессионального разграничения не существует, а 18 (14,8%) – не ответили на поставленный вопрос. Анализ результатов анкетирования позволил сделать вывод о том, что несмотря на мнение большинства студентов об отсутствии зависимости между полом и уровнем квалификации специалиста, гендерые стереотипы, с точки зрения более трети респондентов, не сдают своих позиций по отношению к женщинам, занятым в медицине.

В современном мире врачи-женщины настроены более оптимистично, они стараются подчеркнуть положительные перспективы лечения, пытаются поднять настроение больному, больше интересуются пациентом и дают исчерпывающую информацию. Мужчины-врачи представляют себя прагматичными и уверенными «ремонтниками», которые должны устранить «поломку» любой сложности.

Безусловно, в настоящее время женщины все больше и больше освобождаются от гендерных стереотипов, складывающихся веками, но полностью они не потеряют своих истинных ролей в силу биологических и, конечно, социальных особенностей.

Практическое значение работы заключается в рекомендации студентам-медикам проанализировать свои профессиональные способности и склонности, к медицинской специализации опираясь на гендерные особенности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапов П. А., Боголенова И. Н. Межполушарная асимметрия и гендерные различия профильного поля нейронов коры поля 7 верхней теменной области мозга человека.// FUNDAMENTAL RESEARCH. – 2013. – № 8. – С. 338-342.
2. Дусказиева Ж. Г. Гендерная психология: учебное пособие / Ж. Г. Дусказиева; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2010. – 108 с.
3. Иванов В. В. Методологические основы исторического познания. – Казань, 1991. – 271 с.
4. Ильин Е. П. Пол и гендер. – СПб.: Питер, 2010. – 688 с.
5. Орлов А. Н. Жуков В. М. Общий уход за хирургическими больными. Учебное пособие. – Красноярск, Изд., «Офсет», 1993. – 92 с.
6. Шевырногова Л. А. Влияние межполушарной асимметрии мозга человека на способность к обучению и образованию // Человек и медицина : сб. науч. работ по биоэтике. – Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2004. – 160 с.

7. Lewis T. How Men's Brains Are Wired Differently than Women's // Scientific American. – 2013. – №12.

УДК 616.5-06:616.1/.4-006.6-033.2

2 СЛУЧАЯ РАЗВИТИЯ МЕТАСТАЗ В КОЖУ РАКА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

В.Ю. Цымбалюк

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

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

Научные руководители: к.м.н., доц. Т.Н. Гузей, д.м.н.,проф. Ю.В. Карачева

Одной из важнейших проблем современной онкологии является метастазирование опухолей. Понятие злокачественность опухоли связано, прежде всего, с ее способностью к инфильтративному росту и метастазированию. С клинической точки зрения вопросы метастазирования очень актуальны, так как большинство онкологических больных умирают от метастазов и диссеминации опухолевого процесса.

Целью исследования является огласить актуальность данной проблемы, а также представить два случая метастазирования в кожу рака внутренних органов исходя их наших исследований.

Материалы и методы. Мы наблюдали два случая развития метастазов в кожу из рака внутренних органов: больных со злокачественным новообразованием почки и простаты .

Больной К., 54 лет, обратился к дерматологу с жалобами на появление образований в области верхних конечностей, туловища, которые быстро увеличивались в размерах. Больного беспокоили одышка в покое и при физической нагрузке, кашель, общее недомогание, снижение массы тела в течение последних 6 месяцев на 8 кг. В анамнезе хронический бронхит. Объективно: кожные покровы бледные. На коже в области спины, живота, правой кисти и правого предплечья плотные опухолевые узлы от 0,5 до 5 см в диаметре цвета нормальной кожи, местами розовато-синюшного цвета в центре, чувствительные при пальпации . Подмышечные лимфоузлы увеличены до 2.5 см, спаяны с окружающей подкожно-жировой клетчаткой, чувствительны при пальпации.

С предположительным диагнозом метастазы рака в кожу больной был направлен в Красноярский краевой онкологический диспансер, где проходил обследование с 05.08.2014г - 21.08.2014г. 07.08.2014г выполнена биопсия подмышечного лимфоузла справа и узла кожи передней поверхности живота. Гистологическое исследование: в присланных фрагментах

ткани определяются метастазы светлоклеточного рака солидного строения с обилием синусоидных капилляров, почечно-клеточный рак. Слизь (-). Рентгенография органов грудной клетки: в легких определяются множественные очаговые тени размером от 0,5 до 1,5-2,0 см (метастазы?). Корни легких несколько расширены. Средостение без особенностей. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: умеренное количество свободной жидкости; правая почка увеличена в размерах, с множественными эхогенными образованиями с нечеткими контурами. Общий анализ крови: СОЭ 68 мм/час, гемоглобин 74 г/л, эритроциты $3.22*10^{12}$/л, тромбоциты $959*10^{9}$/л, лейкоциты $13,79*10^{9}$/л. Анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, удельный вес 1005, белок 0.41 г/л, эритроциты (-), лейкоциты 0-1 в п/зр, эпителий единичный.

Бактерии (-). Коагулограмма : ПТВ 18,4 сек., ПТИ 65 %, фибриноген 9,0 г/л. Заключение: Рак правой почки 4 ст., метастазы в легкие, мышцы спины, кожу передней поверхности живота, правой кисти, правого предплечья, подмышечные лимфоузлы. Больной выписан под наблюдение врачей общей лечебной сети для получения симптоматической терапии. 21.09.2014 г больной умер. Вскрытие не проводилось. Таким образом, обследование больного позволило обнаружить первичный опухолевый очаг у больного в области правой почки и определить очаги поражения в коже как метастазы из этого новообразования.

Больной М., 55 лет, обратился на прием к дерматологу 30.03.2011 года с жалобами на наличие множественных узелков на коже туловища и головы в течение нескольких месяцев без субъективных ощущений. Кроме того, больного беспокоили боли в костях, слабость, общее недомогание, снижение массы тела на 20 кг за 1 год. Процесс быстро прогрессировал. Из анамнеза известно, что до обращения к дерматологу находился в терапевтическом стационаре 28.02.2011 – 15.03.2011 с диагнозом «Обострение остеохондроза грудного отдела позвоночника с выраженным корешковым синдромом Th 6-7 справа, мышечно-тоническим синдромом. ДЭ II смешанного генеза (сосудистого экзогенно-токсического) с умеренно выраженными вестибуло-атоническими нарушениями координации». При поступлении в стационар больной жаловался на выраженные боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении, глубоком вдохе и выдохе, головные боли, общую слабость. Локальный статус при осмотре дерматологом 30.03.2011: у больного кахексия, кожные покровы бледные, с землистым оттенком, сухие на ощупь. На коже в области головы, туловища, верхних конечностей множественные узелки в диаметре от 0,5 до 2,0 см с четкими ровными контурами, плотные на ощупь, цвета нормальной кожи и синюшно-розового, безболезненные при пальпации . На основании анамнеза, клиники дерматологом заподозрен рак простаты с метастазами в кожу и кости. Больной направлен в онкологический диспансер, где выполнена биопсия узелка кожи. Заключение: эккринная акроспирома с явлением

малигнизации, очагами высоко дифференцированной аденокарциномы потовой железы. Данное заключение вызвало сомнение, в связи с чем препараты были консультированы на кафедре дерматовенерологии Красноярского медицинского университета. В сетчатом слое дермы выявлены железистые структуры различного размера и строения, представленные атипичными клетками с мелкими гиперхромными ядрами, а также атипичными клетками со светлой цитоплазмой . Заключение: Патогистологические изменения могут быть при раке потовых желез, а также любой железистой опухоли. Апатенко А.К. считает, что «морфологические признаки рака потовых желез напоминают структуру любой другой железистой опухоли, в том числе метастатической. Весьма сходен он с метастазами рака поджелудочной железы, яичников, предстательной железы. Поэтому рак потовых желез можно с уверенностью диагностировать только при условии исключения метастазов этих опухолей».

Пациент дообследован в условиях Красноярского краевого онкологического диспансера. В препаратах ткани предстательной железы выявлена картина мелко-крупноацинарной аденокарциномы светлоклеточной. На основании данных обследования выставлен окончательный диагноз: Рак простаты IVст. T3 N2 M2. MTS в кости, в кожу. Болевой синдром II-III Б. Учитывая распространенность процесса и общее тяжелое состояние больного, специфическая полихимиотерапия не рекомендована. Пациент отправлен домой под наблюдение врачей общей лечебной сети. Больной скончался 14.08.2011 г. Вскрытие не проводилось по настоянию родственников.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что диагностика метастазов злокачественных новообразований в кожу у больных раком простаты может вызвать затруднения, как у клиницистов, так и у морфологов. Считаем нужным обратить особое внимание практикующих врачей на случаи, когда метастатические опухоли являются первым клиническим проявлением рака внутренних органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахмедов, Б.П. Метастатические опухоли / Б.П. Ахмедов – М.- 1984.- С.5-14, 143-157.
2. Демидов, Л.В. Энциклопедия клинической онкологии / под ред. М.И. Давыдова. – М.- 2004-2005.- С. 341-364
3. Метастазы в кожу злокачественных опухолей внутренних органов (особенности диагностики) / Е.М. Лезвинская, В.А. Молочков, И.А. Казанцева и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2001.- №3. – С. 4-9

4. Молочков, В.А. Клиническая дерматоонкология / В.А. Молочков, А.В. Молочков. - М.: Из-во студия МДВ.- 2011. – 340 с.
5. Кожные метастазы рака внутренних органов и меланомы / В.А. Молочков, А.Н. Хлебникова, Л.С. Багапш, Т.В. Павлова // Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2009. - №5.- С. 11-14.
6. Ahmed I. Cutaneous metastases. In.: Dermatology / J.L. Bolognia et al. (eds.). Edinburgh: Mosby, 2003. P. 1953-1956. Helm K.E., Lookingbill D.P. Cancer metastatic to the skin. In.: Cutaneous Oncology / S.J. Miller, M.E. Maloney (eds.). Malden: Blackwell Science Inc., 1998. P. 964-97
7. Jean L Bolognia, Joseph L Jorizzo, Julie V Schaffer / Cutaneous Metastases. Dermatology, 122, 2049-2055. 2012

УДК 616.995.122-036.1-06:616.34

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.А. Червонная, М.М. Ускова, И.С. Бабаева, О.В. Колобкова
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., проф. И.В.Демко, к.м.н., асс. П.В.Вырва

Несмотря на то, что преимущественной областью паразитирования описторхисов является гепатобилиарная система, в последние годы описаны системные воздействия паразитоза на макроорганизм хозяина. В формировании органных изменений при описторхозе принимают участие несколько патогенетических факторов: развитие аллергических и иммунопатологических реакций на антигены гельминтов, токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности описторхисов на организм человека, механическое препятствие оттоку желчи или секрета поджелудочной железы, повреждение структур в местах обитания гельминтов (билиарная система, реже протоки поджелудочной железы), нейрорефлекторный фактор, а также вторичная инфекция, которая может проникнуть в печень как восходящим (через желчные протоки), так и нисходящим (гематогенным) путями [3].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и описторхозная инвазия – частая микст-патология, характерная для Западно-Сибирского региона [5]. Несмотря на имеющийся прогресс медицинского знания, обе патологии остаются важной медико-социальной проблемой [1,6,7], обусловленной неутешительными эпидемиологическими данными, негативным влиянием на качество жизни, полиорганностью проявлений, полиморфизмом осложнений.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении данных нозологий складывается из: высокой распространенности, негативной прогрессии заболеваемости среди всех возрастных групп [5]. Согласно ранее опубликованным данным, частота ГЭРБ среди взрослого населения составляет от 40 до 60%. Показатель заболеваемости вырос с 14 (в 90-е годы) до 50% (в настоящее время) [2]. Свыше 2 млн. человек, проживающих на территории России, больны описторхозом. В течение года описторхозом дополнительно заражаются до 100 тыс. человек.

В соответствии с данными фактами установлена следующая цель исследования – изучить клиническую характеристику проявлений хронического описторхоза на фоне особенностей течения гастроэзофагальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) по данным гастроэнтерологического отделения КГБУЗ «Краевой клинической больницы». Для решения поставленной цели, были сформулированы следующие задачи:изучить встречаемость хронического описторхоза и ГЭРБ, а также особенности клинического течения ГЭРБ на фоне данного гельминтоза.

В ходе работы проведено проспективное обследование 145 пациентов, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии ККБ№1 за период с октября 2014 года по март 2015 с диагнозом хронический описторхоз. У 62 пациентов с хроническим описторхозом, что составило 42,7% выявлена ГЭРБ.

Всем пациентам было проведено клиническое обследование, включающее в себя:

1. Сбор жалоб и анамнеза.
2. Заполнение анкеты для выявления симптомов ГЭРБ.
3. Общий осмотр пациента. Определение ИМТ.

Клинико-эндоскопическая классификация, подразделяет ГЭРБ на три группы:

1. неэрозивная форма: ГЭРБ без признаков эзофагита и катаральный рефлюкс-эзофагит;

2. эрозивно-язвенная форма и ее осложнения: язва и стриктура пищевода;

3. пищевод Баррета: метаплазия многослойного плоского эпителия дистального отдела пищевода в цилиндрический как следствие ГЭРБ,

4. Опросник по выявлению ГЭРБ – GERDQ.

Среди 62 пациентов с Хроническим описторхозом в сочетании с ГЭРБ - 41 женщина и 21 мужчина. Средний возраст пациентов составил 44,9±15,8 лет, среди мужчин средний возраст 37,6±13,7 лет, а среди женщин, средний возраст составил 48,5±15,9года.

Результаты: У пациентов с хроническим описторхозом в сочетании с ГЭРБ превалировали диспептические расстройства (100% у женщин и 95% у мужчин). Все пациенты предъявляли жалобу на изжогу, которая встречалась чаще, чем 3 раза в неделю. 30 пациентов, что составляет 48,3%, предъявляли жалобу на тошноту и чувство заброса пищи в пищевод (53,6% у женщин и 42,8% у мужчин). 12 пациентов, что составляет 19,3% предъявляли жалобу на вздутие живота (14,6% женщин и 28,5% мужчин). Чувство горечи испытывали 10 пациентов, что составило 16,1% (21,9% у женщин, 4,7% у мужчин). Болевой синдром у обследуемых пациентов выражен достаточно ярко, жалобы на боль предъявляют 52 пациента, что составляет 83,8% (85,3% женщин и 80,9% мужчин). Нарушения сна, в большинстве случаев по типу бессонницы встречалось у 39 пациентов, что составило 62,9% (70,7% женщины и 47,6% мужчины). Кожный зуд встречался у 38 пациентов, что составило 61,2% (60,9% женщины и 61,9% мужчины). Нарушения стула встречалось у 33 пациентов, что составило 53,2% (53,6% женщины и 52,3% мужчины), с преобладанием жалоб на расстройство стула по типу диареи у 17 пациентов, что составило 27,4% (21,9% женщины и 38% мужчины). Артралгия встречалась у 30 пациентов, что составило 48,3% и депрессивные расстройства у 32 пациентов, что составило 51,6%.

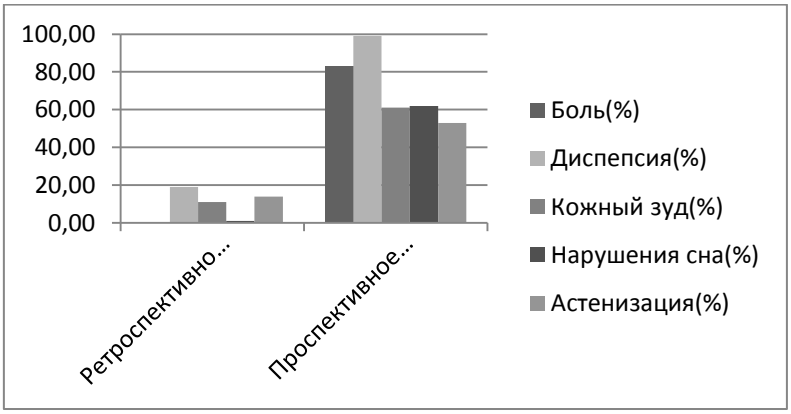


Рисунок 1 – Характеристика жалоб пациентов

Следует отметить, что у всех пациентов было проведено анкетирование по опроснику GERDQ. У всех пациентов данного исследования общая сумма баллов больше 8, что говорит о ярко выраженных симптомах ГЭРБ. С учетом данных инструментальной диагностики (ФГДЭС) данная патологии подтверждается эндоскопическими признаками у 46 пациентов, что составляет 74,1%. У 14 пациентов выявлен эзофагит Iст., что составляет 22,6%. У 8

пациентов диагностируется рефлюкс гастрит, что составляет 13%, У 8 пациентов регистрируется грыжа ПОД, что составляет 13%. У 18 пациентов диагностируется дуодено – гастральный рефлюкс, что составляет 39,1%. Недостаточность кардии встречалось у 33 пациентов, что составило 61,2%. У 18 пациентов, что составляет 29% нет эндоскопических признаков ГЭРБ, но с учетом данных GerdQ, можно говорить о НЭРБ у данных пациентов.

Таким образом, наличие определенной сопутствующей патологии в совокупности с носительством хронического описторхоза способно изменять структуру симптомов, каждый раз выделяя наиболее специфичные для данного заболевания признаки с учетом его течения при гельминтозе. Хроническая описторхозная инвазия является прогностически неблагоприятной полиорганной патологией в условиях эндемичного Западно-Сибирского региона вследствие отягощающего влияния на клинические проявления многих заболеваний различных органов и систем организма хозяина, что необходимо учитывать при комплексном лечении таких пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние терапии омепразолом на качество жизнибольных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью»/ Бондаренко О.Ю., Захарова Н.В., Ивашкин В.Т. и др.// Российский журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2005. – №5. – С.22-28.

2. Исаков В.А.Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад/ Исаков В.А.// Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004.– №5. – С.2-6.

3. Пальцев А. И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза / Пальцев А.И.// Клиническая медицина. - 2003. - № 4. - С. 49–53.

4. Кобылкова М.А., Дедина М.С., Талатанова О.Ю., Нелидов В.М., Кайгородова П.С. Эпидемиологическая характеристика и типичные маски хронического описторхоза у жителей Красноярского края/ // Сборник материалов 78-й научно - практической конференции с международным участием, посвященной 95-летию со дня рождения профессора Ю.М.Лубенского.- Красноярск, ООО Версо.- 2014.- С.277-279.

5. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальный рефлюкс удетей – актуальная проблема детской гастроэнтерологии/ Щербаков П.Л. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии – 2002. –№1. – С.62-67.

6. Systematic review: do we need a new gastroesophageal reflux disease questionnaire?/ Stanghellini V., Armstrong D., Monnikes H., Bardhan K.D. // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. –2004. – Vol. 19. – P.463-479.

7. Quality of lifein relation to symptoms in patients with gastroesophagealreflux disease – an analysis based on the ProGERD initiative / Kulig M., Leodolter A., Vieth M., et al. //Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2003. – Vol. 18. – P.767-776.

УДК 614.23 – 055.2: 94(47)”1941/1945”

ВКЛАД СОВЕТСКИХ ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

М.С. Чердонова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра философии и социально-гуманитарных наук.
Научный руководитель: к.ф.н., доц. К.В.Науменкова

Медицина России прошла яркий и самобытный путь, отмеченный многими годами войн. Одной из самых жестоких и беспощадных была Великая Отечественная, где наша страна потеряла 27 млн человек и 70-летие со дня окончания которой мы отмечаем в этом году. За эти годы выросло несколько поколений, которые не слышали орудийного грома и взрывов бомб. Но война не стерлась из людской памяти и забыть те дни нельзя, потому что история – это судьба каждого: четыре года ожидания и надежд, четыре годы смертей и воскрешения. За эти годы многим помогли воскреснуть люди в белых халатах. Маршал Советского Союза И.Х. Баграмян писал: «То, что сделано военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика остается олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности» [1].

Благодаря героическому самоотверженному труду военных медиков, с помощью советского здравоохранения, всего советского народа были достигнуты небывало высокие показатели возвращения в строй раненых и больных после лечения. Значительно улучшены по сравнению с прошлыми войнами исходы тяжелых ранений и заболеваний

Усилиями и заботой военных медиков спасена жизнь 10 миллионов защитников Родины.

Большинство медиков – это женщины, матери, сестры, дочери. На их плечи легла основная тяжесть военных будней, ведь почти все мужское население находилась на передовой.[2] Приведем данные из письма командования 6-го стрелкового корпуса

добровольцев-сибиряков трудящимся Красноярского края о военных подвигах красноярцев и призывом пополнить ряды погибших от 7 января 1943 года: «…свыше 200 раненых вынесла с поля боя т.Верозубова и оказала им первую медицинскую помощь. Участвуя в танковом десанте на поле боя, перевязала 40 раненых бойцов. Трижды раненая не ушла с поля боя»[3, С.266].

Женщины-медики. На их долю выпало испытаний не меньше, чем солдатам на передовой. Столько храбрости, мужества, бесстрашия они проявляли! Старым людям и детям, раненым и инвалидам, ослабевшим и больным — всем была необходима помощь медицинской сестры и санитарной дружинницы. И это чувствовал каждый боец и командир в бою, зная, что рядом сестра — «сестрица», бесстрашный человек, который не оставит в беде, окажет первую помощь в любых условиях, оттащит в укрытие, вынесет в тяжелую минуту на себе, спрячет от бомбежки в пути. Прошло много лет после грозных событий Отечественной войны, но память сохранила имена и подвиги этих замечательных женщин, которые, не щадя здоровья и самой жизни, работали «на передовой», ежедневно спасая в любых и самых тяжелых условиях боев жизнь раненых бойцов и командиров, помогая им вернуться в строй, а после победы — к семье и любимой работе.[4]

Удивительными нам кажутся воспоминания Захаровой Лидии Борисовны, которая нам поведала, что медикам приходилось оказывать медицинскую помощь всем больным независимо от того, кто ранен боец Красной армии или враг-немец: «Да, я боялась… Боялось того, что при оказании помощи немцам, сделаю больно и они убьют меня. Когда я зашла, то увидела 18-летнего юношу – тощего, бледного, охраняющего их. Пройдя в барак, я увидела около 200 здоровых мужиков немецкой национальности, которых стала перевязывать. Немцы вели семья спокойно и совершенно не оказывали сопротивления… До сих пор задаю себе вопрос, как такое может быть ведь я одна и мне всего 22 года, а что охранник..?»[5].

М.А.Никитенок уроженка города Иланска, подчеркивает, что дел было невпроворот.[6] Из воспоминаний сестры милосердия М.А.Патько, проживающей в Красноярском крае Каратузского района, узнаем, что существовали конно-санитарные роты, они состояли из санинструкторов. Задача санинструкторов заключалась в оказании первичной медицинской помощи в условиях артобстрелов и авианалетов, а затем подвезти к медсанбатам. Среди санинструкторов, работавших в танковых частях, процент гибели был гораздо выше, чем в других частях – это связано с тем, что в танках не предусматривалось место для санинструктора. «Вцепившись поверх брони, и только об одном мысль, чтобы не затонуло ноги в гусеницы и надо следить, где танк загорится…Туда бежать, ползти…»[7, С. 166-167]

Военные условия относят к категории повышенной сложности. Ведь сколько врачей погибло при исполнении своего гражданского долга, профессиональной обязанности. Большинство проблем медицины были вызваны естественными причинами, внезапностью военного нападения, нехваткой врачебных рук – специалистов(готовили на ускоренных курсах), медикаментов, хирургических инструментов (нередко на 2 санитарных батальон была всего одна пила для ампутации нижних конечностей). В целом уровень организации, безусловно, заслуживает высокой оценки, так как вернули строй по Советскому Союзу – 72,3% раненых и более 90% больных, а по госпиталям Красноярского края вернули в строй – 56,6% [8].

Действительно, многие медики были еще совсем юными, в ряде случаев специально приписывали себе год или два, чтобы быть постарше. Таисия Семеновна Танкович, родившаяся в Манском районе Красноярского края, вспоминает, что свою работу приходилось осуществлять в трудных условиях: «Мне, молодой санитарке, под бомбежками и обстрелами надо было перевязывать раны на поле боя, найти тех, кто дышал, найти помочь и спасти, дотащить слабыми девичьими руками тяжелого солдата до перевязочного пункта… По дороге попали под бомбежки, ходячие раненые смогли выпрыгнуть и убежать в лес. Тяжело раненые от страха кричали, я их, как могла, успокаивала, бегала от машины к машине. К счастью, бомбы не попали» [9].

Многие медики прошли на ногах практически весь боевой путь, но энтузиазм, силу воли уничтожить оказалось невозможным. На Орловско-Курском направлении потери были огромные. Надежда Александровна Петрова (участница этих событий) не имела глубоки знаний по медицине, но, несмотря на это, Надежда Николаевна оказывала помощь раненым бойцам во временно оборудованном перевязочном пункте, так как другие медсестры были ранены. Теперь жизнь всех раненых зависела от девчонки из Ирбея. Ей приходилось, не колеблясь, если нужно помочь человеку спасти его жизнь, то, не задумываясь, говорила: «Берите крови у меня сколь надо»[10], а взамен получала слова благодарности и письма. Анна Афанасьевна Черкашина повествует о военной жизни на Орловско-Курской дуге. Она, не умеющая плавать, управляла резиновой лодкой, вытаскивала из воды раненых при форсировании Днепра. Спасая жизни бойцам, будучи, сама раненая, не задумывалась о себе. [11, с. 193-195] Другой случай, когда врач В.Л.Аронов и медсестра Ольга Купрянова не растерялись во время налета вражеских самолетов, а смогли успокоить больных, приказав Ольге громко петь: «Я на подвиг тебя провожала/ Над страною гремела гроза…» [12].

Актуальность темы определяется особой значимостью периода Великой Отечественной войны в истории нашей страны, общества и той ролью, которую сыграла

патриотическая помощь женщины-врача фронту в укреплении военной мощи страны и достижении Победы.

Мы склоняем голову перед трудом военных медиков, тех кто вернулся с полей сражений, и тех, кто исполняя свой долг до последней минуты, до последней капли крови, погиб. Память о них, о колоссальной проделанной работе навсегда будет в сердцах спасенных солдат и офицеров, благодарных потомков, а самоотверженный труд на благо жизней миллионов военнослужащих навеки останется ярчайшим примером милосердия и героизма.

Великая Отечественная война стала тяжелейшим испытанием для всей страны. Для многих ветеранов Великой Отечественной войны в настоящее время: Мы – молодое поколение. От нас во многом зависит будущее России. Мы обязаны знать героическое прошлое, высоко ценить настоящее, глубже постигать великое значение Победы наших дедов. Именно нам передают эстафету славных героических дел наших предков, эстафету защиты нашей Родины..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомолова, Н.Н. Подвиг мужества и милосердия/ Н.Н. Богомолова // Поликлиника. – 2013. - №1. – С.3.
2. Оргкомитет по возведению памятника. Медицинским сестрам посвящается… / Оргкомитет по возведению памятника // Зори. – 2013. - №191. – С. 2.
3. Алексиевич, С. У войны – не женское лицо/ Алексиевич С. // - Москва: Время, 2004. – 266 с.
4. Мурманцева, В. С. Советские женщины в Великой Отечественной войне: 1941-1945/ В.С. Мурманцева// – 2 изд., перераб. и доп. – Москва: Мысль, 1979. – 293 с.
5. Воспоминания Л.Б.Захаровой. Красноярск. 2004. 20 декабря
6. Авдюков, Ю.П. По зову Родины. Очерки о женщинах Красноярска – ветеранах Великой Отечественной войны 1941-1945/ Ю.П. Авдюков// - Красноярск: Буква, 2001. – 89-92 с.
7. Авдюков, Ю.П. По зову Родины. Очерки о женщинах Красноярска – ветеранах Великой Отечественной войны 1941-1945/ Ю.П. Авдюков// - Красноярск: Буква, 2001. –166-167 с.
8. Ханенко Б.И. Здравоохранение Красноярского края, Красноярск. 1991. С. 6-7.
9. Авдюков, Ю.П. По зову Родины. Очерки о женщинах Красноярска – ветеранах Великой Отечественной войны 1941-1945/ Ю.П. Авдюков// - Красноярск: Буква, 2001. –19-21 с.

10. Авдюков, Ю.П. По зову Родины. Очерки о женщинах Красноярска – ветеранах Великой Отечественной войны 1941-1945/ Ю.П. Авдюков// - Красноярск: Буква, 2001. – 135-136 с.

11. Авдюков, Ю.П. По зову Родины. Очерки о женщинах Красноярска – ветеранах Великой Отечественной войны 1941-1945/ Ю.П. Авдюков// - Красноярск: Буква, 2001. –193-195 с.

12. Боевые подруги: Женщины Красноярского края на фронтах Великой Отечественной войны.// - Красноярск: Книжное издательство, 1989. – 146 с.

УДК: 339.138:665.58 - 053.3

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЫНОК ТОВАРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ю. В. Черноусова
Курский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель: д. фарм. н., проф. А. И. Овод

Парафармацевтическая продукция — это товары дополнительного аптечного ассортимента, сопутствующие лекарственные средства и изделия медицинского назначения, предназначенные для профилактики, лечения заболеваний, облегчения состояния человека, ухода за частями тела [1].

В последние годы в ассортиментной политике аптечных учреждений произошли некоторые изменения, заключающиеся в увеличении в объемах реализации структурной доли парафармацевтической продукции, называемой еще «сопутствующий» ассортимент. В конце 90-х годов ее доля в ассортименте аптек достигала 20-30%. Сопутствующие товары позволяют увеличивать оборот и коэффициент оборачиваемости, прибыль и рентабельность [2]. По мнению аналитиков, сегмент рынка детских товаров наиболее перспективен, поскольку в стране отмечается подъем рождаемости, рост доходов населения, неизменным остается стремление родителей дать самое лучшее своему ребенку. Специалисты также отмечают, что в ближайшие годы активно будет развиваться высокоценовой сегмент товаров, обладающих дополнительными характеристиками и удобствами для потребителя [3].

Цель исследования: маркетинговое исследование ассортимента товаров по уходу за детьми первого года жизни.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1) изучить и обобщить литературные данные о товарах по уходу за новорожденными и детьми первого года жизни;

2) разработать концепцию исследования;

3) определить социально-демографическую характеристику покупателей товаров данной группы;

4) провести анализ потребительских предпочтений;

5) осуществить анализ аптечного ассортимента товаров по уходу за новорожденными и детьми первого года жизни;

6) провести анализ ассортимента товаров данной группы.

Объекты исследования: фармацевтические организации – 5 аптек г. Курска, анкеты социологического опроса (50 шт.) потребителей товаров по уходу за новорожденными и детьми первого года жизни, супермаркеты г. Курска.

Методы исследования: системный анализ, логический анализ, социологические методы, структурный анализ, маркетинговый анализ.

Исходной информацией являлись официальные сайты производителей товаров по уходу за детьми первого года жизни, интернет-сайты фармацевтических организаций, прайс-листы крупных дилеров («Катрен», ICN, «Протек»).

Результаты. На первом этапе был проведен анализ литературных данных по вопросам современного состояния рынка детских товаров для детей первого года жизни, особенностям товароведческой характеристики детских товаров для детей первого года жизни, а так же по вопросам проведенных ранее маркетинговых исследований рынка парафармацевтической продукции. На следующем этапе было проведено социологическое исследование потребителей товаров по уходу за детьми первого года жизни. В ходе анализа выявлено, что среднестатистический покупатель товаров по уходу за детьми первого года жизни – это женщина в возрасте от 22 до 27 лет (48,0%), с высшим (52,0%) образованием, проживающая в городе (86,0%), замужем (82,0%), оценивающая свое материальное положение как хорошее (78,0%), среднее (16,0%), ниже среднего (6,0%).Выявлено, что респонденты при покупке товаров отдают предпочтение кремам (36,7), шампуням (15,3), присыпкам (13,3), салфеткам (11,2), преимущественно зарубежных производителей 52,1%. При выборе места покупки 42,0% опрошенных предпочитают приобретать данную группу товаров в аптеках, а 54,0% – в специализированных магазинах. Далее был изучен российский и локальный рынок товаров для детей первого года жизни; проведен анализ ассортимента данной группы на российском

и локальном рынках по маркетинговым параметрам. Так, общий ассортимент предложений средств по уходу за детьми первого года жизни на российском рынке составляет 98 торговых названий (ТН), которые систематизированы в семь основных групп по назначению. Среди них: 1) крема – 36,7%; 2) молочко – 6,1%; 3) мыло –10,2%; 4) шампуни – 15,3%; 5) присыпки – 13,3%; 6) масла – 7,1%; 7) салфетки – 11,2%. В процессе ситуационного анализа российского рынка был сформирован макроконтур целевого сегмента парафармацевтического рынка товаров по уходу за детьми первого года жизни, который имеет следующие характеристики: по группе по назначению –это кремы 36,7%; зарубежного производства - 51,1%; поступают на российский рынок в основном из Германии - 22,5%; основными производителями являются компании Johnson&Johnson и Bubchen по10,2%. Общий ассортимент регионального рынка составил 45 ТН, которые систематизированы в семь основных групп по назначению. Среди них: 1) крема – 37,8%; 2) молочко – 6,7%; 3) мыло –11,1%; 4) шампуни – 15,6%; 5) присыпки – 13,3%; 6) масла – 6,7%; 7) салфетки – 8,9%. Выявлено, что региональный рынок данной группы товаров незначительно отличается по показателям: по группе по назначению – это кремы – 36,7%; зарубежного производства – 64,4%; поступают на российский рынок в основном из Германии – 33,3%; основными производителями являются компании Johnson&Johnson и Bubchen по 20,0%.

Выводы. Исследование структуры ассортимента показало, что данные группы товаров для детей первого года жизни формируют наиболее активно развивающийся сегмент для данных аптек, что связано с мощной информационной поддержкой фирм - производителей и стабильным спросом покупателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актеев, Ю.С. Современные средства по уходу за кожей ребенка раннего возраста /Ю.С. Актеев// Новая аптека. – 2007. - №4. – С. 39-42.

2. Беседина, М.А. «Сеансы чистоты». Уход за младенцем день за днем /М.А. Беседина// Мама и малыш. - 2005. – №10. – С. 15-16.

3. Обзор рынка средств детской косметики // Игропром. – 2008. – №4. – С.10.

УДК 613.2:378:61-057.875

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

К.С. Черных, О.Е. Гизатулин
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО
Научные руководители: асс. М.С. Черняева, к.м.н., доц. Д.С. Каскаева

Актуальность. Ухудшение здоровья населения в последние десятилетия способствовало формированию негативных тенденций в показателях здоровья студенческой молодежи. По мнению ведущих ученых, недостаточно изучены как особенности состояния здоровья студентов, так и факторы его, формирующие на этапе профессиональной подготовки [3,5,6]. Интеграция системы подготовки специалистов страны в международный образовательный процесс, развитие коммерческого финансирования обучения, введение новых специальностей и расширение образования за счет освоения смежных профессий способствуют возрастанию учебных нагрузок, меняют информационную базу учебного процесса и требуют оценки и коррекции существующих условий подготовки специалистов высшей школы [2,8]. Выделение приоритетных направлений по предупреждению нарушений здоровья студентов в период обучения в системе высшего профессионального образования должно рассматриваться как государственная задача [1,2,4]. Для решения этой задачи необходимы новые подходы, направленные на выявление рисков здоровья, связанных с комплексом факторов, характеризующих условия жизнедеятельности студентов [7,8,9,10].Период реформ в Российской Федерации сопровождался изменением структуры питания населения, снижением потребления продуктов животного происхождения, фруктов и овощей, дефицитом белков, энергии, биологически активных веществ, что отразилось на состоянии здоровья всех групп населения, в том числе студентов. Поэтому, является весьма актуальным изучение рациональности питания студентов первого курса медицинского ВУЗа.

Цель исследования. Дать гигиеническую оценку рациональности питания студентов медицинского ВУЗа.

Задачи исследования:провести анализ покрытия суточных энергозатрат, проверить рациональность распределения суточного рациона и количества приемов пищи в день, сбалансированность питания и процентное соотношениебелков, жиров, углеводов в пище.

Методы исследования: Исследование проводилось на кафедре поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПОГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-ЯсенецкогоМинздрава России».Состояние фактического питания изучали анкетно-опросным методом и по таблицам химического состава продуктов. В ходе исследования студентами была заполнена таблица «Мой суточный рацион питания». Всего было проанкетировано 29

студентов (мужчины и женщины) первого курса лечебного факультета. Полученные данные сравнивали с рассчитанными нормами физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных студентов первого курса.

Результаты исследования. Рациональное питание это разнообразное и сбалансированное по всем компонентам физиологически полноценное питание здоровых людей. Рациональное питание является одним из главных компонентов здорового образа жизни — один из факторов продления активного периода жизнедеятельности человека. Питаться правильно важно, потому что это дает возможность предупредить и уменьшить риск хронических заболеваний, сохранить здоровье и привлекательную внешность, оставаться стройными и красивыми. Точно так же, как чистый воздух и чистая вода, качество, сбалансированность, разнообразие пищи и режим питания имеют ключевое значение для здоровья человека.Рациональное питание предполагает энергетическое равновесие, сбалансированное питание, соблюдение режима питания.Результаты оценки гигиенического питания студентов представлены в таблице 1.

Анализ покрытия суточных энергозатрат у студентов первого курса КрасГМУ показал, что питание у половины студентов не покрывает их суточных энергозатрат, а у 10% регистрируется переизбыток.

В норме человек должен употреблять пищу 4 раза в сутки. Количество приемов пищи в день соответствовало норме только у трети у студентов. Около 35% студентов употребляли пищу реже и около 35 % студентов употребляли пищу 5 раз в день.

Для режима питания студентов характерно нерациональное распределение суточного рациона в динамике дня. Рациональным, считается распределение употребляемых в сутки калорий следующим образом: по 25% от всех калорий на завтрак и ужин, 35% от всех калорий на обед и 15% от всех калорий на второй завтрак или полдник. У студентов мы обнаружили, что на завтрак лишь у 3,5% данный показатель соответствует норме. Около 60% студентов на завтрак употребляют в пищу больше калорий, чем в другие приемы пищи и 31% студентов употребляют меньше калорий на завтрак, чем требуется. Причем у 3,5% студентов завтрак вообще отсутствует. На обед соответствие калорий встречается лишь у 14% студентов, около 60% студентов кушают меньше необходимого и только 10% кушают на обед больше, чем нужно. Отсутствует обед у 14% опрошенных студентов. Употребление рационального количества калорий от суточного рациона на ужин встречалось лишь у 7% студентов. Около половины студентов на ужин употребляли меньше пищи, чем необходимо и около 40% больше, чем следует. Всего у 3,5% студентов ужин отсутствовал. Что касается второго завтрака или полдника, то почти половина студентов не имели его вообще. И лишь у

14% студентов количество калорий, употребляемых в этот прием пищи соответствовало норме.

Сбалансированное питание – это то, которое в полной мере и в правильном соотношении обеспечивает поступление в организм всех питательных веществ: белков, углеводов, жиров, витаминов, микроэлементов и минералов. Кушать при нем нужно маленькими порциями и по режиму, состоящему из 4 приемов пищи. Кроме того, оно должно учитывать возраст и индивидуальные энергетические потребности каждого человека.Сбалансированным питанием считается то, в котором суточное соотношение жиров, белков и углеводов равняется 1:1:4.Несбалансированное питание способствует снижению общей устойчивости к воздействию стрессовых факторов, развитию обменных нарушений и хронических заболеваний. При анализе анкет мы обнаружили, что лишь у 10% студентов питание было сбалансированным.

Физиологические потребности взрослого населениябелковой пищи составляет от 65 до 117 г/сутки, для мужчин и от 58 до 87 г/сутки, для женщин, причем 50% из них должны быть животного происхождения. Жиров - от 70 до 154 г/сутки, для мужчин и от 60 до 102 г/сутки, для женщин. Углеводов - от 257 до 586 г/сутки (50—60 % от энергетической суточной потребности). В ходе нашего исследования мы обнаружили, что 45% студентов меньше чем необходимо употребляли в пищу белковой пищи и лишь 40% покрывали суточную необходимость в белке. Около 50% студентов употребляли в пищу меньше жиров, чем необходимо и только 40% покрывали суточную необходимость в жирах. И 86% студентов употребляли в пищу меньше чем нужно углеводов и только 14% студентов покрывали свою суточную необходимость в углеводах.

Таблица 1 – Гигиеническая оценка рациональности питания студентов

ПАРАМЕТР	**ВСЕГО**
Анализ покрытия суточных энергозатрат:	
1) соответствует	37,9±9% (11/29)
2) Больше	10,3±9% (3/29)
3) Меньше	51,7±9% (15/29)
Рациональность распределения суточного рациона:	
1) соответствует	31±9%(9/29)
2) Больше	34,5±9%(10/29)
3) Меньше	34,5±9%(10/29)
ПАРАМЕТР	**ВСЕГО**
Количество приемов пищи в день	
1р/ день	-
2р/ день	6,9±9%(2/29)
3р/ день	27,6±9%(8/29)
4р/день	31±9%(9/29)
5р/ день	34,5±9%(10/29)
1.Завтрак(ккал)	

1) соответствует	3,5±9%(3/29)
2) больше	62±9%(18/29)
3) меньше	31±9%(9/29)
4) отсутствует	3,5±9%(1/29)
ПАРАМЕТР	**ВСЕГО**
2. Второй завтрак(ккал)	
1) соответствует	13,8±9%(4/29)
2) Больше	27,6±9%(8/29)
3) Меньше	13,8±9%(4/29)
4) Отсутствует	44,8±9%(13/29)
Обед	
1) соответствует	13,8±9%(4/29)
2)больше	10,3±9%(3/29)
3) меньше	62,1±9%(18/29)
4) отсутствует	13,8±9%(4/29)
Ужин	
1) Соответствует	6,9±9%(2/29)
2) Больше	37,9±9% (11/29)
3) Меньше	51,7±9%(15/29)
4) Отсутствует	3,5±9%(1/29)
ПАРАМЕТР	**ВСЕГО**
Сбалансированность питания	
1) да	10,3±9%(3/29)
2) нет	89,7±9%(26/29)
Белки:	
1) Соответствует	41,4±9%(12/29)
2) Больше	13,8±9%(4/29)
3) Меньше	44,8±9%(13/29)
Жиры:	
1) Соответствует	37,9±9% (11/29)
2) Больше	13,8±9%(4/29)
3) Меньше	48,3±9%(14/29)
Углеводы:	
1) Соответствует	13,8±9%(4/29)
2) Больше	-
3) Меньше	86,2±9%(25/29)

Выводы. В результате проведенного нами анализа,можно сделать заключение, что питание студентов первого курса медицинского ВУЗа, отличается несбалансированностью и нерациональностью, регистрируется недостаток основных питательных веществ:белков жиров и углеводов и нуждается в качественной и количественной корректировке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Блинова Е.Г. Роль системы Социально-гигиенического мониторинга в сохранении здоровья студентов высшей школы / Е. Г. Блинова // Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. – Москва: Изд. НЦЗД РАМН, 2008. – С. 29-30.
2. Блинова Е.Г. Причинно-следственные связи в системе потери здоровья студентов и факторы, их формирующие / Е. Г. Блинова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения)». – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – С 57-59.
3. Кучма В.Р. Организация рационального питания как одно из важнейших направлений оздоровительной работы в образовательных учреждениях / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова, И. К. Рапопорт // Вопр. детской диетологии. – 2004. – № 2. – С. 33-35.
4. Кучма В.Р. Основы рационального питания и гигиеническая оценка пищевого статуса студента: Монография. / В. Р. Кучма, Е. Г. Блинова, Г. А. Оглезнев. – Омск: Издат. ОмГМА, 2007. – 172 с.
5. Михайлуц А.П. Гигиеническая оценка стереотипов пищевого поведения по физиологическим и биохимическим показателям: метод, рекомендации / А. П. Михайлуц, О. П. Рынза. – Кемерово, 2006. – 30 с.
6. Онищенко Г.Г. Безопасное будущее детей России. Научно-методические подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей / Г. Г. Онищенко, А. А. Баранов, В. Р. Кучма. – М., 2004. – 94 с.
7. Рынза О.П. Пищевое поведение и функциональное состояние молодых людей в настоящее время / О. П. Рынза // Оптимальное питание – здоровье нации: материалы VIII Всерос. конгресса. – М., 2005. – С. 223-224.
8. Тутельян В.А. Концепция государственной политики в области здорового питания, научное обеспечение и практическая реализация / В. А. Тутельян // Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М., 2001. – С. 703-708.

9. Чижевский Г.Б. К вопросу о гигиенической оценки питания студентов / Г. Б. Чижевский, Д. С. Кишинская // Актуальные проблемы питания: материалы науч.-практ. конф. – Пермь, 2008. – С. 201-202.
10. Шевченко И.Ю. Распространенность, причины и профилактики алиментарно-зависимых болезней у школьников / И. Ю. Шевченко // Питание и здоровье: материалы IX Всерос. конгресса диетологов и нутрициологов. – М., 2007. – С. 97.

УДК 616.517-076

КОНТАКТНАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ КОЖИ В ДИФФЕРЕНИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАЗА

А.Н.Черных
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., асс., Д.Н.Мисенко, к.м.н., асс., В.Г.Максименко

Актуальность:

В настоящее время в качестве базового метода диагностики патологических изменений принята гистологическая оценка образцов тканей, взятых посредством биопсии. Его преимуществом является возможность исследования структурных изменений кожи на субклеточном уровне, а главными недостатками - инвазивность, остающийся рубец, возможные осложнения: инфицированная рана, развитие флегмоны[6]. Кроме того, изучение фиксированных препаратов дает возможность исследовать только мертвые клетки и ткани, строение которых в той или иной степени отличается от прижизненного. Потребность изучать динамику протекающих в живых тканях физиологических и патологических процессов, а также стремление к познанию микроструктуры живых объектов стимулировали поиски методов прижизненной микроскопии[4].

Разновидностью прижизненной микроскопии кожи является контактная биомикроскопия, проводимая путем применения «контактных объективов»[1]. Название контактных объективов они получили в связи с тем, что при их использовании приходится подводить фронтальную линзу объектива вплотную к изучаемому объекту. Интерес прижизненной микроскопии в дерматологии обусловлен стремлением к расширению возможностей в диагностике и проведении контроля за лечением при многих дерматозах.

С середины 80-х годов на кафедре дерматологии Красноярского государственного медицинского университета методика контактной микроскопии была широко использована

на практике при следующих заболеваниях: аллергодерматозы (в частности, экзема), пузырные дерматозы, чесотка, сосудистые и пигментные новообразования на коже[3][5]. Но наибольшее применение она получила в диагностике псориаза, позволив объективизировать оценку морфологических и патологических изменений в коже при этом заболевании.

Цель исследования:

Целью данного исследования явился анализ высыпных элементов у больных с подозрением или дифференциальной диагностикой псориаза, по результатам многолетних наблюдений.

Материалы и методы исследования:

Объектом нашего исследования были 575 человек, обследованные в период 2012-2014 г.г., с подозрением на псориаз или дифференциальной диагностикой псориаза с другими дерматозами. Среди них женщин 452, мужчин 123. Возраст больных варьировал от полугода до 80 лет.

Направительные диагнозы были следующие:

1. Себорейный дерматит
2. Микоз кожи стоп, кистей
3. Экзема
4. Красный плоский лишай
5. Розовый лишай Жибера
6. Атопический дерматит
7. Нейродермит
8. Недифференцированные высыпные элементы, подозрительные на псориаз.

Нами были использованы: микроскоп ЛЮМАМ И-3, с контактными объективами ЛК 10 х 0,40, ЛК 25 х 0,75, ЛК 43 х 1,0, ЛК 60 х 1,15. Методика основана на применении контактных объективов, фронтальная линза которых соприкасается с поверхностью изучаемого в коже объекта, а освещение осуществляется в падающем свете с помощью опакиллюминатора, специальных светоделительных пластин и фильтров.Исследуемый участок кожи был окрашен флюорохромом – это был акридиновый оранжевый (1:40000 в буферном растворе с pH 7), не оказывающим токсического действия на живые ткани и клетки[2]. Этот краситель дифференцированно окрашивает ядра и цитоплазму кератиноцитов. После окрашивания акридиновым оранжевым кожи, хорошо выявлялся феномен паракератоза (наличие ядер в роговом слое эпидермиса), при этом на поверхности элементов обнаруживались клетки рогового слоя с тускло-зеленой цитоплазмой и интенсивно-светящимся изумрудным ядром, эти клетки встречались в виде очаговых полей, «лакун», «лягушачьей икры». Кроме того, часто в области псориатических высыпаний четко были видны резко измененные,

расширенные более чем в 5-7 раз сосочковые капилляры, некоторые из них имели гроздевидную деформацию.

Результаты:

В результате нашего исследования были получены следующие данные:

Таблица 1- Процентное соотношение обследуемых.

Псориаз (подтвержденные случаи)	Не подтвержденный псориаз	Другие дерматозы (клинический диагноз)	
67,3%	10,6%	себорейный дерматит	8%
		микоз	2,8%
		экзема	2,6%
		КПЛ	1,7%
		розовый лишай	0,9%
		атопический дерматит	0,9%
		невус	0,9%
		дерматофития	0,5%
		токсикодермия	0,4%
		алопеция	0,4%
		нейродермия	0,2%
		пиодермия	0,2%
		чесотка	0,2%

1. Псориаз был подтвержден в 67,3% случаев от общего числа пациентов. У них находили очаговый паракератоз, иногда петлевидно или гроздевидно расширенные капилляры дермы;
2. Псориаз не был подтвержден в 10,6% случаев. То есть гистологических изменений, характерных для псориаза, выявлено не было. Таким больным было рекомендовано наблюдение у дерматолога и повторное исследование при очередном обострении для исключения псориаза;
3. Части больных, доля которых составила 22,1%, выставлялся диагноз, отличный от псориаза, как правило, клинический, и давались рекомендации (в зависимости от выставляемого диагноза и ситуации).

Выводы:

1. Контактная биомикроскопия- это быстрый, не инвазивный и безопасный для пациентов метод исследования;
2. Контактная биомикроскопия имеет большое значение в диагностике псориаза, позволяя четко идентифицировать его в сомнительных случаях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. И.Я. Барский. Контактная микроскопия. – М., 1976. / И. Я. Барский, Н.И. Поляков, А.В. Якубенас // Контактная микроскопия, Красноярск 2011- с. 36.
2. Е. М. Брумберг. Ультрафиолетовая микроскопия биологических объектов при верхнем освещении. / Е. М. Брумберг, Н. Я. Барский, П. Э. Мороз // «Биофизика», 1959, вып. 5. С. 595- 599.
3. Ф.И. Колпаков. Контактная микроскопия кожи в дерматологической практике / Ф.И. Колпаков, В.И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии 1985; 4: с. 18 - 19.
4. В. А. Лисовский. Люминесцентный анализ в гастроэнтерологии. Л., 1984 / В. А. Лисовский, В. В. Щедруков, Н.Я. Барский и др. // Контактная биомикроскопия, Красноярск 2011 - с. 34.
5. Телевизионная люминесцентная биомикроскопия и микроскопия кожи: диагностические возможности и перспективы. / В.И.Прохоренков, Д.Н. Мисенко, А.А. Пономарев, С.В. Селиванов, Ю.В. Карачева // Вестник дерматологии и венерологии – 1998; 3: с. 4 – 7.
6. Цифровая видеомикроскопия: новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний кожи. / Ю.В Сергеев, О.Я Иванов, Ю.А Сергеев, М.В. Черкасов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001; 1: с. 23 - 27.

УДК 616.345-089.168.1-06

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАНЫХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

А.В. Чернышева

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

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры А.А. Поздняков, В.В.Шпак, д.м.н., профессор Д.В.Черданцев

Абдоминальные послеоперационные осложнения продолжают оставаться актуальной проблемой хирургии. Это подтверждается целым рядом исследований, анализирующих весьма значительный массив данных о выполненных абдоминальных вмешательствах и развившихся послеоперационных осложнениях. Подводя общий итог можно констатировать, что при возникновении абдоминальных послеоперационных осложнений частота релапаротомий приближается к 6%, а летальность достигает 31%.

Для анализа частоты и структуры послеоперационных осложнений, мы установили, что в отделении колопроктологии КГБУЗ КМКБ №20 им. И.С.Берзона с 1995 по 2013 годы было выполнено 3877 внутрибрюшных вмешательств на толстой кишке. У 222 больных послеоперационный период протекал с развитием осложнений, потребовавших выполнения релапаротомии. Таким образом, доля больных с послеоперационными осложнениями, потребовавшими выполнения повторных хирургических вмешательств, составила 5,7%. Летальность в этой группе больных составила 31,5%. При анализе факторов предрасполагающих к развитию осложнений, полученные нами цифры оказались сопоставимы с общемировыми результатами, хотя и уступают целому ряду исследований.Статистически значимые факторы риска: мужской пол – у мужчин в 2 раза чаще встречаемость осложнений, объем интраоперационной кровопотери – кровопотеря более 500 мл увеличивает риск несостоятельности анастомоза более чем в 4 раза, продолжительность операции, наличие и низкий уровень локализации злокачественного новообразования, перфорация новообразования или стенки кишки во время выполнения вмешательства.

При раздельном рассмотрении результатов лечения в группе плановых и экстренных больных оказалось, что частота релапаротомий в той и другой группах практически одинакова. Однако, послеоперационная летальность при возникновении абдоминальных осложнений среди экстренных больных в 3,5 раза выше. Анализ факторов риска подтверждает результаты, полученные другими авторами.

Основными абдоминальными осложнениями, ставшими причиной выполнения релапаротомий оказались: некроз низведенной кишки (N=28, летальность при возникновении осложнений 25,0%), несостоятельность швов стенки кишки (N=61, летальность при возникновении осложнений 31,1%). При этом в группе плановых вмешательств это была несостоятельность наложенного анастомоза, а в группе экстренных

вмешательств – несостоятельность ушитых ранений толстой кишки; внутрибрюшное кровотечение (N=34, летальность при возникновении осложнений 38,2%), некупированный распространенный перитонит (N=16, летальность при возникновении осложнений 68,8%), п/операционная ОКН (N=24, летальность при возникновении осложнений 25%), эвентрация (N=37, летальность при возникновении осложнений 18,9%), иные осложнения (N=22, летальность при возникновении осложнений 31,8%) – в группе плановых вмешательств это были преимущественно нагноившиеся гематомы брюшной полости, а в группе экстренных вмешательств – тотальный или сегментарный мезентереальный тромбоз.

Основными проблемными точками стали: наиболее часто развивающееся осложнение – несостоятельность наложенных швов на стенку кишки и патология с наибольшей летальностью – некупированный распространенный перитонит. С учетом этого факта, дальнейший детальный анализ был проведен в группе больных оперированных в плановом порядке, у которых развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза. При ретроспективном анализе историй болезни у больных с несостоятельностью швов на толстой кишке со 2-3 суток отмечалось так называемое неадекватное течение послеоперационного периода. Больные продолжали оставаться вялыми, адинамичными. С 3-4 суток присоединялись тошнота, рвота, икота. В среднем за 2 суток до повторного хирургического вмешательства у больных появлялись жалобы на жажду и сухость во рту. У всех больных сохранялись или усиливались боли в животе, которые в 76% были нелокализованными и в 24% локализовались в проекции расположения анастомоза.

В среднем за 2 суток до повторного хирургического вмешательства начинали регистрироваться патологические сдвиги в анализах крови. У всех больных отмечалось постепенное или резкое нарастание лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов. В 45% наблюдений (преимущественно у больных с некрозом низведенной кишки) отмечался предоперационный рост уровня мочевины плазмы крови. В большинстве случаев – 80% был зарегистрирован рост уровня белка в моче (практически во всех случаях этот рост был 4-6 кратным), причем не было отмечено снижение этого показателя в послеоперационном периоде в группе умерших больных.

У всех больных в послеоперационном периоде отмечались нарушения моторики толстой кишки. Обычно это проявлялось в замедленном, вялом восстановлении перистальтической активности или в появлении отрицательной динамики восстановления моторной активности ЖКТ.

На основании ретроспективного анализа сложно установить время возникновения гемодинамических нарушений. С уверенностью можно констатировать лишь тот факт, что в

100% случаев на операционном столе зафиксирована тахикардия превышающая 100 ударов в минуту и разнонаправленные гемодинамические нарушения у 75,4% больных.

Появление перитонеальной симптоматики и кишечного отделяемого по дренажам расценивалось как абсолютное показание к оперативному вмешательству и было выявлено у 50 и 60% больных соответственно.

Сроки выполнения релапаротомии составили 6,27±3,67 дней (медиана – 6 дней, 25 и 75 персентили 3 и 8 дней соответственно). Наиболее тяжелую группу составили больные, у которых на фоне несостоятельности развились явления распространенного перитонита. Летальность в этой группе достигла 27%.

Объем вмешательства, выполняемый при релапаротомии, напрямую зависел от срока выявления несостоятельности наложенных швов. В группе плановых больных в 9 случаях несостоятельность анастомоза была выявлена на 1-3 сутки. В 3 случаях несостоятельность выявлена на 1 сутки после внебрюшинного закрытия колостомы. В 2 случаях операция закончена реконструкцией колостомы, в 1 случае дефект линии швов укреплен – исход благополучный. В 6 наблюдениях несостоятельность выявлена на 2-3 сутки, ранняя диагностики обусловлена поступлением кишечного или мутного отделяемого с колибациллярным запахом по дренажам. В 3 случаях ранняя диагностика позволила выполнить резекцию линии швов с повторным наложением анастомоза (в 1 случаях анастомоз колоректальный, в 1 случае – илеотрансверзоанастомоз, в 1 случаеколоанальный анастомоз). Все повторно наложенные анастомозы состоятельны, течение послеоперационного периода без осложнений. Попытка укрепить частично несостоятельную линию швов местными тканями была эффективна в 1 случае из 3-х. Летальных исходов не было.

В 7 наблюдениях несостоятельность анастомоза была выявлена на 10 сутки после операции и позже. Во всех случаях эта несостоятельность была частичной, прикрытой и проявила себя формированием отграниченного гнойника брюшной полости. Оперативное лечение заключалось в релапаротомии, санации и дренировании полости гнойника, наложении проксимальной колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений, летальных исходов не было.

У 30 больных, оперированных в плановом порядке, несостоятельность анастомоза была диагностирована в интервале 4-9 сутки после операции. Эта группа больных оказалась наиболее тяжелой. В большинстве случаев перитонит, резвившийся на фоне несостоятельности был распространенным, каловым. 8 больных умерли на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности и синдрома системной воспалительной реакции.

Все умершие больные были оперированы по поводу онкологической патологии. Мангеймский индекс перитонита в этой группе составил от 33 до 47 баллов. Истинная летальность в группе больных с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом составила 42,1%.

Выводы:

- Несостоятельность толстокишечного анастомоза остается одной из основных причин развития тяжелых послеоперационных абдоминальных осложнений в плановой колоректальной хирургии.
- Основные усилия должны быть сконцентрированы на выработке алгоритмов ранней диагностики несостоятельности толстокишечного анастомоза в послеоперационном периоде.
-Ранняя диагностика несостоятельности позволяет предупредить развитие распространенного послеоперационного перитонита и значительно снизить летальность.
- Операцией выбора на сегодняшний день при ранней диагностике несостоятельности толстокишечного анастомоза является резекция зоны несостоятельности с решением вопроса о наложении толстокишечной стомы на операционном столе.
- Укрепление зоны несостоятельного анастомоза местными тканями может быть оценена как порочная методика, ведущая в 50% к рецидиву несостоятельности и необходимости повторных хирургических вмешательств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Меры предупреждения распространенного перитонита после операции по поводу рака толстой кишки / Э.Г Топузов., Е.А Ерохина., Г.А Шишкина., К.Н Алиев. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2006.- № 3. -С. 24-27.
2. Рычагов Г.П. Место релапаротомии в хирургии толстой кишки / Г.П. Рычагов К.Н.Барсуков // Хирургия Восточная Европа. -2012. -№ 1. -С. 100-111
3. Иоффе И.В. Оптимизация хирургической тактики при несостоятельности анастомоза толстой кишки / И.В.Иоффе., К.А.Линёв // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можаєва.- 2013. -№ 2. -С.43-47.
4. Ильканич А.Я. Нарушения заживления толстокишечных швов: патогенез, профилактика / А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, В.В. Василев // Актуальные вопросы современной хирургии. Сборник, посвященный 60-летию Ю.С.Винника.– Красноярск, 2008.– С. 211–214.
5. Patient factors may predict anastomotic complications after rectal cancer surgery /Dana M. Hayden, Maria C. Mora Pinzon, Amanda B. Francescatti, Theodore J. Saclarides. //- 2015. –vol 4.-pp.11-16.
6. “Do we really know why colorectal anastomoses leak?”/ Shogan B. D., Carlisle E. M., Alverdy J. C., and Umanskiy K // Journalof Gastrointestinal Surgery.- 2013.- vol. 17. -no. 9,- pp. 1698–1707.
7. “Systematic review of methods to predict and detect anastomotic leakage in colorectal surgery” / N. A. Hirst, J. P. Tiernan, P. A. Millner, and D. G. Jayne // Colorectal Disease. -2014.- vol. 16, -no. 2,pp. 95–109.

УДК[544.773.422:549.211]:611.381+611.41+611.36+616-092.18]

ВЛИЯНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИДРОЗОЛЕЙ НАНОАЛМАЗОВ НА СТРУКТУРУ БРЮШИНЫ, СЕЛЕЗЕНКИ, ПЕЧЕНИ И АКТИВАЦИЮ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ

А.А. Чехова, Ю.В. Кожуховский, А. Ф.Шаркова, Т.А. Куцакова
ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра анатомии и гистологии человека
Научный руководитель:д.м.н., проф. Н.Н. Медведева, к.м. н., доц. Е. Л. Жуков

Вопросы лечения патологических состояний брюшины в настоящее время стоят не менее остро, чем десятки лет назад. Для этого разработаны и созданы большое количество лекарственных препаратов и методов лечения. Однако в терапии тяжелой патологии зачастую камнем преткновения являются высокая стоимость лечения или невозможность его проведения. Основой для нового класса препаратов могут служить наноалмазы детонационного синтеза. Исследования ученых показали, что по классификации токсичности вредных веществ детоннационные наноалмазы можно отнести к IV классу «малотоксичные вещества», разряд токсичности – седьмой [10,11] на фоне относительно низкой стоимости, они обладают радом уникальных свойств, определяющих потенциально широкий диапазон их будущего применения, как сорбента, носителя лекарственных средств, и для выделения белков из сложных белковых смесей [2,3,4,5,6,7]Более того, наноалмазы, модифицированные по запатентованной методике учеными Института биофизики СО РАН (г. Красноярск), сохраняют коллоидную устойчивость в дистиллированной воде, растворах глюкозы, при стерилизации автоклавированием .

Учитывая эти свойства модифицированных наноалмазов, можно предполагать один из возможных вариантов дальнейшего их применения в сочетании с препаратами для проведения интраперитонеального диализа, лечения различных патологий брюшины. Высокая сорбционная ёмкость наноалмазов может значительно повысить качество диализирующего раствора.

Для разработки новой парадигмы применения наноалмазов в медицине, необходимо выяснить их влияние на организм при интраперитонеальном пути введения. Изучение поведения наноалмазов в живом организме может открыть новые возможности использования их свойств в медицинской практике.

Цель исследования:

Изучить структуру париетального и висцерального листков брюшины, селезенки, печени и степень активации перитонеальных макрофагов при интраперитонеальном введении гидрозолей модифицированных наноалмазов детонационного синтеза.

Для достижения поставленной цели нам необходимо решить следующие задачи исследования:

1. Определить соотношение перитонеальных макрофагов в состоянии начального и терминального блеббинга из перитонеального экссудата у подопытных животных экспериментальной группы, которым интраперитонеально вводили гидрозоль наноалмазов.
2. Определить соотношение перитонеальных макрофагов в состоянии начального и терминального блеббинга из перитонеального экссудата у подопытных животных контрольных групп (интактной и с инъекцией растворителя).
3. Рассчитать индексы блеббинга для всех групп подопытных животных.
4. Изучить морфологические параметры париетального и висцерального листков брюшины, селезенки, печени подопытных животных, которым интраперитонеально вводился раствор наноалмазов.
5. Изучить морфологические параметры париетального и висцерального листков брюшины, селезенки, печени подопытных животных контрольных групп (интактной и с инъекцией растворителя).
6. Провести сравнительный анализ полученных результатов для экспериментальной и контрольных групп животных.

Объектами исследования были 13 белых лабораторных мышейвесом 26-28 граммов.

В качестве экспериментального раствора использовали 0,002% гидрозоль модифицированных детонационных наноалмазов.

Исходными наноалмазами были наночастицы, получаемые в НПО «Алтай» (г. Бийск), которые модифицировались по запатентованной методике, предложенной сотрудниками Института биофизики СО РАН (г. Красноярск).

Гидрозоль наноалмазов изготавливали в Институте биофизики СО РАН путем простого добавления деионизованной воды к навеске порошка наноалмазов.

Мыши случайным образом были распределены на 3 группы

Животным экспериментальной группы инъекционно в полость брюшины вводили 1 мл 0,002%гидрозоля модифицированных наноалмазов детонационного синтеза. Животным первой контрольной группы вводили 1 мл стерильной деионизованную воду для исключения фонового влияния растворителя на исследуемые органы мишени. Второй контрольной

группе (интактной) ничего в полость брюшины не вводили. По истечении трех суток животных выводили из эксперимента путём дислокации спинного мозга в шейном отделе [9]

Из перитонеального экссудата мышей выделяли макрофаги[12]. Микроскопию осуществляли на микроскопе Olympus BX45 с использованием фазово-контрастной насадки с увеличением х1000 с масляной иммерсией [1]. Расчет проводили в нескольких полях зрения на 100 клеток, рассчитывали относительное количество клеток в состоянии начального и терминального блеббинга, определяли отношение количества клеток в состоянии терминального блеббинга по отношению к количеству всех клеток в состоянии блеббинга, что расценивается как параметр выраженности системного воспалительного ответа (индекс блеббинга).

Кроме того, у умерщвленных животных, после откачки перитонеального экссудата забирали фрагменты печени, тонкой кишки, передней брюшной стенки и селезенки.

В случае, если принималась альтернативная гипотеза о различии групп, или необходимости сравнить только две группы признаков между собой, далее попарно сравнивали с помощью t-критерия Стьюдента (для нормального распределения) или критерия Манна-Уитни (U-test) (для распределения, отличного от нормального). Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программы Statistica 6.1. Различия считали достоверными при $p<0,05$ [8].

При сравнении толщины париетальной брюшины у животных разных групп отмечается статистически значимое отличие этого показателя (при $p<0,05$). У животных из экспериментальной группы толщина париетальной брюшины наибольшая, у животных из интактной контрольной группы толщина брюшины наименьшая.

Также при сравнении толщины висцеральной брюшины отмечается аналогичное статистически значимое отличие этого показателя между животными всех групп (при $p<0,05$). У животных из экспериментальной группы толщина висцеральной брюшины наибольшая, у животных из интактной контрольной группы толщина брюшины наименьшая. у животных экспериментальной группы доля некротизированных макрофагов среди выделенных клеток соответствует такому же показателю у животных контрольной группы. Но индекс блеббинга при этом у животных экспериментальной группы самый максимальный. Это может свидетельствовать о том, что введенные в полость брюшины наноалмазы вызывают повреждение у перитонеальных макрофагов. Обзорная микроскопия селезенок животных всех опытных групп показала, что гистологическая структура органа сохранена, нарушений в строении белой и красной пульпы не выявлено. При обзорной микроскопии печени животных всех групп отмечается, что дольково-балочная структура печени сохранена, портальные тракты не расширенны, сосуды неравномерно малокровны.

Гепатоциты неправильной формы, цитоплазма оксифильна, с неравномерными глыбчатыми участками просветления. Ядра гепатоцитов преимущественно округло-овальной формы, с небольшими глыбками гетерохроматина, встречаются ядра с неровной ядерной мембраной. Такая морфологическая картина характерна для печени животных всех опытных групп.

Выводы:

1. Выявленные соотношения выделенных перитонеальных макрофагов в состоянии начального и терминального блеббинга, а также индекс блеббинга у животных экспериментальной и контрольных групп не имеют статистически значимых различий.

2. У животных, которым интраперитонеально вводили гидрозоль детонационных наноалмазов, отмечается статистически значимое утолщение париетального и висцерального листков брюшины за счет отека и инфильтрации клетками лимфо-гистиоцитарного ряда, а также увеличение размеров гепатоцитов с повышением ядерно-цитоплазматического отношения.

3. У животных контрольной группы, которым в полость брюшины вводили деионизованную воду, статистически значимых различий морфометрических параметров с животными интактной контрольной группы выявлено не было (за исключением увеличения периметра гепатоцитов и их ядер).

4. Полученные данные требуют дальнейшего экспериментального уточнения для понимания механизма воздействия наноалмазов на брюшину, печень и активацию перитонеальных макрофагов при интраперитонеальном введении, что позволит разработать новую медицинскую технологию для лечения заболеваний брюшины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандилов, Г.Г. Морфометрия в патологии / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 1973. – 248с.

2. Бондарь, В.С. Высокоэффективные технологии выделения и очистки белков на основе лигандного обмена и детонационных наноалмазов / В.С. Бондарь, К.В. Пуртов, А.П. Пузырь // Очерки экологической биофизики. – Новосибирск: Издательство СО РАН, 2003. – С.212-230.

3. Бондарь, В.С. Детонационные наноалмазы – универсальный сорбент для белковой химии / В.С. Бондарь, А.П. Пузырь // Ультрадисперсные порошки, наноструктуры, материалы: получение, свойства, применение (третьи ставеровские чтения): Матер. Всерос. науч.-тех. конф. – Красноярск, 2003. – С.205-208.

4. Бондарь, В.С. Наноалмазы для биологических исследований / В.С. Бондарь, А.П. Пузырь // Физика твердого тела. – 2004. – Т.46, вып.4. – С.698-701.

5. Бондарь, В.С. Наноалмазы для биологических исследований / В.С. Бондарь, А.П. Пузырь // Физика твердого тела. – 2004. – вып.4. – С.698-701.

6. Бондарь, В.С. Применение наноалмазов для разделения и очистки белков / В.С. Бондарь, И.О. Позднякова, А.П. Пузырь // Физика твердого тела. – 2004. – Вып.4. – С.737-739.

7. Бондарь, В.С. Применение частиц наноалмаза для экспресс-выделения рекомбинантного апообелина из Escherichia coli / В.С. Бондарь, А.П. Пузырь // Доклады Академии наук. – 2000. – № 2. – С.251-253.

8. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 460с.

9. Каркищенко, Н.Н. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях // Н.Н. Каркищенко, С.В. Грачев. – М.: Медицина, 2010. – 344с.

10. Долматов, В.Ю. Биологически активные ультрадисперсные алмазы детонационного синтеза / В.Ю. Долматов // Патент РФ 2203068 МРС А61К33/44. – 2003.

11. Долматов, В.Ю. Ультрадисперсные алмазы детонационного синтеза: свойства и применение / В.Ю. Долматов // Успехи химии. – 2001. – №7. – С.687-708.

12. Малиновская Н.А. Внутриклеточная сигнализация в макрофагах: методы исследования и фармакологической модуляции : метод. реком. для 5-6 курсов леч. фак-та / Н. А. Малиновская, А. Б. Салмина, А. А. Карачева. – Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008. – 44 с. :

УДК 616.61-006.6-091.8-037

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

А.А. Чехова, Ю.В. Кожуховский, А.Ф. Шаркова

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

Кафедра анатомии и гистологии человека, кафедраонкологии и лучевой терапии с курсом ПО.

Научный руководитель: к.м. н., доц. Е. Л. Жуков, к.м.н. Р.А. Зуков

Рак почки занимает десятое место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований и составляет 3% от всех злокачественных заболеваний у взрослого населения планеты.

На долю почечно-клеточного рака приходится 90% всех злокачественных новообразований почки.

Цель:

Изучить влияние морфологических особенностей почечно-клеточного рака на прогноз исхода заболевания.

Для достижения поставленной цели были выполнены следующие задачи:

1. Изучить клинико-анатомические параметры почечно-клеточного рака
2. Изучить морфологические параметры опухолевой ткани и опухолевых клеток почечно-клеточного рака
3. Провести корреляционный анализ между изученными морфологическими параметрами почечно-клеточного рака и показателем 5-летней выживаемости пациентов

Материалы и методы

Материалом явились клинические данные и данные патогистологического исследования из КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер» от 417 пациентов, прооперированных по поводу опухоли почек. Для гистологического исследования были использованы образцы опухолевой ткани (почечно-клеточного рака) от 111 пациентов, входивших в вышеописанную группу прооперированных 417 человек по поводу опухоли почек. Гистологические препараты по стандартной методике были изготовлены и окрашены гематоксилин-эозином в отделении клинической морфологии №1 КГБУЗ «Красноярское краевое патологоанатомическое бюро»[2].

Распределение больных по стадиям опухолевого процесса проводили в соответствии с классификацией TNM 7 пересмотра (2009) [6].

Все гистологические препараты подвергали обзорной микроскопии, для оценки общей гистоархитектоники опухоли, и морфометрии [1].

Определение гистологического типа опухолей почки проводили в соответствии с классификацией ВОЗ (2004) [3]. Опухоли с саркоматоидной дифференцировкой были выделены нами в отдельную группу (хотя они и не являются самостоятельным гистологическим типом ПКР) в связи с крайне неблагоприятным прогнозом [5].

Некрозы в опухоли гистологически оценивались по двум признакам: наличию и объему поражения ткани в поле зрения и срезе [7].

Инвазия в кровеносные и лимфатические сосуды диагностировалась при наличии опухолевых клеток в просвете этих сосудов.

При морфометрии измеряли площадь ядер опухолевых клеток и площадь самих клеток в квадратных микрометрах, вычисляли ядерно-цитоплазматическое соотношение. Измерение в каждом случае проводили в пяти срезах, в каждом из срезов в 5 полях зрения, в каждом поле зрения измеряли 10 опухолевых клеток, выбранных случайным образом.

Гистологическая степень злокачественности опухолей почки определялась с использованием классической 4-хуровневой системы градации ядерной дифференцировки по S.A. Fuhrman et al. Учитывались морфофункциональные критерии состояния ядер опухолевых клеток: размер и форма, узор хроматина, наличие ядрышек [4].

Инфильтрация опухоли иммунокомпетентными клетками оценивалась по наличию в строме лимфоцитов и макрофагов и плотности инфильтрации.

Митотическая активность опухоли определялась по количеству митозов в 100 опухолевых клетках

Микроскопическое исследование и фотографирование микропрепаратов проводили с применением светового микроскопа Olympus BX45. Морфометрию осуществляли с применением программного обеспечения Cell^D и JMicroVision 1.2.7 для среды Windows XP.

Статистическую обработку полученных данных производили с помощью программы SPSS 13.0.

Результаты исследования

При оценке зависимости размеров опухоли от гистотипа ПКР при хромофобном и папиллярном вариантах статистически значимых тенденций не выявлено. При светлоклеточном раке почки чаще всего встречались опухоли 4,1-7,0 см, реже всего размеры опухоли превышали 10,1 см. При опухолях почки с саркоматоидной дифференцировкой и смешанном гистотипе чаще встречались опухоли 4,1-7,0 и 7,1-10,0 см. Изучение зависимости частоты опухолевых некрозов от гистотипа почечно-клеточного рака показало отсутствие их в большинстве случаев при светлоклеточном, хромофобном и смешанно-клеточном вариантах. Обширные некрозы преобладали в группе больных с саркоматоидной дифференцировкой опухоли – 56,2%. Папиллярный гистотип характеризовался отсутствием некрозов или мелкоочаговым их характером. инвазия чаще встречалась при опухолях почки с саркоматоидной дифференцировкой , чем при светлоклеточных , папиллярных, хромофобных и смешанно-клеточных опухолях . Аналогичные результаты получены при сопоставлении частоты инвазии опухоли в ЧЛС почки при различных гистотипах.

Частота ангиолимфатической инвазии в зависимости от гистологического варианта опухоли была выше исключительно при опухолях с саркоматоидной дифференцировкой – 93,8%, при остальных гистотипах ПКР этот показатель колебался от 24 до

27,5%.Гистологический вариант ПКР так же оказывал влияние на частоту степеней гистологической злокачественности по S.A. Fuhrman. Так, при светлоклеточном варианте ПКР чаще встречались опухоли I степени злокачественности, при папиллярном и хромофобном гистотипах практически не встречались опухоли IV степени злокачественности, а при опухолях с саркоматоидной дифференцировкой в 83,3% случаев имела место IV степень гистологической злокачественности по S.A. Fuhrman.Степень стромальной инфильтрации опухоли иммунокомпетентными клетками имела особенности в зависимости от гистологического варианта опухоли: при светлоклеточном раке почки в 59,5% была скудной, при опухолях с саркоматоидной дифференцировкой в 100% случаев носила умеренный или выраженный характер, при хромофобном и папиллярном вариантах ПКР статистически значимых изменений не выявлено.При измерении площади опухолевых клеток и их ядер, отмечалось, что эти параметры статистически достоверно являются максимальными у саркомоподобного варианта опухоли. Показатель ядерно-цитоплазматического отношения был наибольшим в группе опухолей с саркоматоидной дифференцировкой, наименьшим – в группе светлоклеточного рака, и промежуточным в группах хромофобного и папиллярного выриантов.Количество митозов также оказалось наибольшим при саркомоподобном варианте опухоли по сравнению с другими гистологическими типами.

Выводы

1. Из клинико-анатомических параметров наиболее выраженное влияние на прогноз исхода заболевания почечно-клеточным раком оказывают такие показатели, как градации T, N и M классификации TNM, стадия онкологического заболевания и наличие инвазии в окружающие ткани. При увеличении этих параметров прогноз исхода заболевания ухудшается.

2. Из гистологических и цитологических параметров наиболее выраженное влияние на прогноз исхода заболевания почечно-клеточным раком оказывают такие показатели, как градация ядерной дифференцировки по S.A. Fuhrman, наличие инвазии в кровеносные и лимфатические сосуды, выраженность инфильтрации стромы иммунокомпетентными клетками. Чем выше эти параметры, тем хуже прогноз исхода заболевания для пациента.

3. При определении прогноза исхода заболевания почечно-клеточным раком у пациента необходим комплексный подход, включающий в себя такие показатели как стадия опухолевого процесса, наличие метастазов в лимфатические узлы, прорастание опухоли в окружающие ткани, прорастание опухоли в кровеносные и лимфатические сосуды, степень

инфильтрации стромы иммунокомпетентными клетками и степень ядерной дифференцировки по S.A. Fuhrman..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Автандилов Г.Г. – М.: «Медицина», 1990. – 381 с.

2. Меркулов Г.А. Курс патогистологической техники / Г.А. Меркулов. – М.: «Медгиз», 1961. – 340 с.

3. Eble J.N. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs / Eble J.N., Sauter G., Epstein J.I. et al. eds. - Lyon: IARC Press, 2004. – P. 9–87.

4. Fuhrman S.A., Lasky L.C., Limas C. Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma // Am. J. Surg. Pathol. – 1982. – Vol.6, №7. – P. 655–663.

5. Molina A.M., Tickoo S.K., Ishill N. et al. Treatment outcome and survival for patients with sarcomatoid-variant metastatic renal cell carcinoma: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 16017.

6. Sobin L.H. et al. TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 7th ed. / Sobin L.H., Gospodariwicz M., Wittekind C. eds. - Wiley-Blackwell, 2009. – P. 255-257.

7. Pichler M., Hutterer G.C., Chromecki T.F. et al. Trends of stage, grade, histology and tumour necrosis in renal cell carcinoma in a European centre surgical series from 1984 to 2010 // J. Clin. Pathol. – 2012. –Vol.65. – P. 721-724.

УДК 502.3:502.175:574.21

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАГРЯЗНЁННОСТИ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ЛЕСНЫХ МАССИВОВ МЕТОДАМИ БИОИНДИКАЦИИ

А. Д. Чучалина, А.В.Гришманова

МБОУДОД «ДЭБС», Дивногорск

Научный руководитель – А. В. Матвеенко, МБОУ ДОД «ДЭБС», педагог дополнительного образования.

Актуальность данного исследования заключается в том, что территории этих парков являются одними из обширнейших рекреационных территорий г. Дивногорска. Знание их экологического состояния, в т. ч. уровня загрязнённости атмосферного воздуха, важно для прогнозирования их развития, планирования мероприятий по их защите и восстановлению.

Лишайники являются уникальными живыми организмами, потому что в сухую погоду лишайники пересыхают, иногда даже превращаются в пыль. Но стоит пойти дождю, и крошечные пылинки растения, окропленные, как в сказке, «живой водой», вновь оживают.

Учёные, исследовав лишайник, нашли в нем 7 незаменимых аминокислот, жизненно важных для организма человека. Кстати, целебные свойства лишайника давно известны в народной медицине. Его используют как общеукрепляющее и профилактическое средство, а в войну из него пекли хлеб [5] .

Проблема, на разрешение которой направлено данное исследование, - отсутствие точных сведений об уровне загрязнённости атмосферного воздуха данных территорий.

Из литературных и иных источников известно, что*лишайники* (*Lichenes*) можно определить как симбиотические ассоциации грибов (микобионт) и микроскопических зелёных водорослей и/или цианобактерий (фотобионт, или фикобионт).

По строению слоевища лишайникиделятся на три группы: *накипные, листоватые, кустистые.* У наиболее сложных с точки зрения морфологии кустистых лишайников таллом образует множество округлых или плоских веточек. Растут на земле или свисают с деревьев, древесных остатков, скал. [2]

По типу субстрата, на котором лишайники произрастают, они разделяются на*эпифитные,эпиксильные,эпифиллны, эпибриофитные, эпигейные, эпилитные.* [3]

В связи с очень медленным ростом лишайники могут выжить только в местах, не заросших другими растениями, где есть свободные площади для фотосинтеза. На влажных участках они зачастую уступают место мхам. Кроме того, *вследствие отсутствия покровных тканей* лишайники проявляют *повышенную чувствительность к химическому загрязнению окружающей среды и могут служить его индикаторами.*

Цель проводимого исследования - изучить уровень загрязнённости атмосферного воздуха территорий лесных массивов, расположенных в районе парка «Жарки» и парка на улице Набережная.

*Задачи*нашей работы:

1) проанализировать литературу по избранной теме;

2) выбрать методы и методики биоиндикации загрязнённости атмосферного воздуха, применимые на изучаемых территориях;

3) определить уровень загрязнённости воздуха на изучаемых территориях с помощью выбранных биоиндикаторов;

4) провести сравнительный анализ полученных данных и сделать допустимые выводы об уровне загрязнённости атмосферного воздуха на изучаемых территориях.

Основными *методами* данного исследования являются анализ литературы по избранной теме, наблюдение, биоиндикация загрязнённости атмосферного воздуха по лишайникам (лихеноиндикация) и эпифитным мхам.

Основными *методиками* биоиндикации загрязнённости атмосферного воздуха по лишайникам (лихеноиндикации) являются методики, предложенные Н. З. Смирновой и Е. А. Галкиной [4], а также С. В. Алексеевым, Н. В. Груздевой и Э. В. Гущиной [1].

Степень загрязнения воздуха в промышленных районах города оцените по обилию различных лишайников (см. таблицу 1) [2]:

Таблица 1.

Степень загрязнения	Наличие или отсутствие		
	Кустистые лишайники	Листоватые лишайники	Накипные лишайники
Загрязнений нет	+	+	+
Слабое загрязнение	_	+	+
Среднее загрязнение	_	+	_
Сильное загрязнение	_	_	_

Первичный осмотр эпифитных лишайников на изучаемых территориях был проведён 18.11.14 и 22.11.14. Он показал, что количество слоевищ эпифитных лишайников и степень покрытия ими стволов деревьев в парке «Жарки» значительно меньше аналогичных показателей на территории парка, расположенного на улице Набережная. Мы предположили, что уровень загрязнённости атмосферного воздуха на территории лесных массивов, расположенных в районе парка «Жарки» и парка на улице Набережная различается вследствие различий в географическом положении данных участков. Для проверки настоящей гипотезы и использовались приведённые выше методики лихеноиндикации.

Общая площадь проективного покрытия стволов деревьев лишайниками на территории парка «Жарки» составляет 126 кв.см; на территории парка в районе ул. Набережная - 233 кв. см. Присутствие на территориях выбранных лесных массивов всех групп лишайников означает отсутствие загрязнения на этих территориях.

Вывод: мы рекомендуем жителям города Дивногорска совершать прогулки на свежем воздухе в парке на улице Набережная, потому что степень проективного покрытия стволов деревьев лишайниками там больше почти в 2 раза.

В ходе данного исследования получены следующие *результаты*: определены формы (накипные, листоватые, кустистые) и степень проективного покрытия эпифитными и эпибриофитными лишайниками стволов деревьев, произрастающих на 2 пробных площадках, заложенных на изучаемых территориях; собраны образцы лишайников с данных деревьев для дальнейшего изучения. Полученные данные позволяют утверждать, что атмосферный воздух на территории парка на улице Набережная загрязнён в меньшей степени, чем на территории парка «Жарки» вследствие неблагоприятного географического положения последнего (в понижении рельефа, вблизи федеральной автотрассы). Выдвинутая нами гипотеза подтвердилась.

Дальнейшее изучение лишайниковой флоры данных участков может быть продолжено. Возможна также биоиндикация загрязнённости атмосферного воздуха других рекреационных территорий г. Дивногорска.

Результаты данного исследования будутприменены для планирования защитных и восстановительных мероприятий в данных лесных массивах (создания защитной полосы древесных насаждений, установка природоохранных аншлагов и пр.). Полученные результаты мы доведем до сведения администрации города Дивногорска, службы ОАО ДЖКХ, работников Детской эколого – биологической станции. Так же планируется опубликовать полученные данные в СМИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев С. В., Груздева Н. В., Гущина Н. В. Экологический практикум школьника. Учебное пособие. – Самара: Учебная литература, 2005. – 304 с. +
2. Алексеев С. В., Груздева Н. В., Гущина Н. В. Экологический практикум школьника. Справочное пособие. – Самара: Учебная литература, 2005.- 80 с.+
3. Жизнь растений. В 6 т. Т. 3.Водоросли. Лишайники/ Под ред. М. М. Голлербаха. – М.: Просвещение, 1977. – 487 с.
4. Смирнова Н. З., Галкина Е. А. Исследовательская деятельность школьников в окружающей среде. - Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева, 2008

. -200 с.

5. Лишайники (http://nmedic.info/story/lishaynik 2014 © nmedic.info).

УДК 616.8-053.2-08:615.217.32

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТА (ЦЕРЕПРО) У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

У.А. Шайкина, И.П. Папуша
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»
Научные руководители: к.м.н., ст. преподаватель Потупчик Т.В., д.м.н., гл. научный сотрудник клинического отделения соматического и психического здоровья детей Эверт Л.С.

Когнитивные расстройства представляют одну из основных проблем неврологии и психиатрии, наблюдаются не менее чем у 20% детей и подростков. Распространенность расстройств речи и языковых функций, включая нарушения чтения и письма, составляют от 5 до 20%. Расстройства аутистического спектра - до 17% от всех амбулаторных психиатрических пациентов детского возраста. Дефицит внимания с гиперактивностью наблюдается у 10–15% детей. Широко распространены нарушения психологического развития, синдромы умственной отсталости, эмоциональные расстройства и расстройства поведения. Наиболее часто наблюдаются нарушения развития учебных навыков, моторных функций, смешанные специфические расстройства развития. В последние годы увеличивается число учащихся, имеющих сложности при обучении в школе. Дисфункция психоневрологического развития отмечается у 30-56% здоровых школьников [2,5,6,7,8].

Учитывая вышесказанное, при нарушении когнитивных функций в клинической практике применяют различные ноотропные препараты, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулирующие память, улучшающие умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи [1].

Однако на сегодняшний день, по данным ряда исследований, более оправданным с патогенетической точки зрения является применение при когнитивных нарушениях предшественников ацетилхолина. Проведенное слепое двойное

мультицентровоерандомизированное исследование холина альфосцерата и плацебо показало, что когнитивные функции оказались более сохранными в группе холина альфосцерата[4].

Возрастных ограничений данный препаратне имеет, но на сегодняшний день значительный клинический опыт применения холина альфосцерата у детей отсутствует.В практической педиатрии незаслуженно мало внимания уделяется выявлению и лечению когнитивных нарушений у детей. Одной из важных проблем своевременного выявления когнитивных нарушений и правильного ведения детей с данной патологией, является недостаток методик определения эффективности лечения [3]. Попыткой решения данной проблемы явилось проведенное нами исследование.

Цель: Изучить эффективность холина альфосцерата (Церепро) у детей с вегетативными расстройствами с помощью тилт-теста.

Задачи:

1. Освоить методику проведения тилт-теста с помощью батареи тестов Ивинга.
2. Провести двукратное обследование детей с нарушениями вегетативной нервной системы (гипотензия, гипертензия, синкопальные состояния, головная боль напряжения).
3. Выделить критерии оценки эффективности терапии по тилт-тесту и вегетативным пробам.

Исследование проводилось в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», клиническом отделении соматического и психического здоровья детей. Всего в исследование были включены 24 детей с патологией вегетативной нервной системы, в возрасте от 11 до 18 лет (средний - 14 лет), 75% женского и 25% мужского пола. При поступлении в отделение проводились тилт-тест и вегетативные пробы (проба с глубоким дыханием, проба Вальсальвы, активная ортостатическая проба, кистевая изометрическая нагрузка), заполнялись протоколы исследования. Были выделены две группы: основная – 12 человек (с приемом Церепро) и контрольная (без приема Церепро) также составляла 12 человек. Лекарственный препарат Церепро назначался перорально в терапевтической дозе 800 мг в сутки (400 мг в утреннее и 400 мг в обеденное время) до еды в течение 30 дней. По окончании приема Церепро проводилось аналогичное исследование для оценки эффективности терапии.

В течение исследования пациентов с нарушениями вегетативной нервной системы был изучен анамнез по группам заболеваний:

— гипертензия (12,5 %)
— гипотензия (33,3 %)
— головная боль напряжения (54,2 %)

— синкопальные состояния (54,2 %)

Оценка состояния вегетативной нервной системы проводилась с помощью тилт-теста и вегетативных проб. Были выделены следующие критерии оценки:

— динамика артериального давления (АД)

— динамика частоты сердечных сокращений

— динамика сатурации (процентное содержание кислорода в крови)

— динамика показателей кардиоваскулярных тестов

— динамика показателей кардиоритмограммы (временной и спектральный анализы)

При исследовании также учитывались субъективные жалобы пациентов: на головную боль, резкое повышение или снижение АД, случаи синкопальных состояний.

В настоящее время проводится повторное аналогичное исследование всех пациентов. Основной группы - по окончанию курса приема препарата и второй - для контроля объективности результатов, через равный промежуток времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсеньева, К.Е. Ноотропные препараты в лечении цереброваскулярных заболеваний / К. Е. Арсеньева // Русский медицинский журнал. – 2007. – №4. – С. 225-227.
2. Заваденко, Н.Н. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей / Н.Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №107(7). – С. 30-35.
3. Каркашадзе, Г.А. Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей /Г. А. Каркашадзе,О. И. Маслова, Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая Фармакология. – 2011. – №8(5). – С. 37-41.
4. Ушкалова, Е.А. Применение холина альфосцерата и его комбинации с этилметилгидроксипиридинасукцинатом в терапии соматических больных с когнитивными расстройствами /Е. А. Ушкалова,А. В.Ушкалова //Фарматека. – 2013. – №20. – С. 71-79.
5. Характеристика проявлений астенического синдрома у детей первого года обучения в школе / Л. С. Эверт, Т. В. Потупчик, Л. В. Крысенко, Е. С. Паничева // Российский педиатрический журнал. – 2014.– №2. – С. 37-40.
6. Butle,C.R. Recentinsightsintotheimpairmentofmemoryinepilepsy: transientepilepticamnesia, acceleratedlong-term forgetting and remote memory impairment /C. R. Butle, A. Z. Zeman// Brain. – 2008. – №31. – С. 2243– 2263.
7. Carreno, M.Cognitive disorders associated with epilepsy: diagnosis and treatment / M. Carreno, A. Donaire, R. Sanchez-Carpintero// Neurologist. – 2008. – №14. –С. 26–34.

8. Chakrabarti, S. Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence / S. Chakrabarti, E. Fombonne // Am J Psychiatry. –2005. – №162. – С. 1133–1141.

УДК: 616.995.122:632.911.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОПИСТОРХОЗОМ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ИКБ № 4 Г. УФЫ В 2010 – 2014 ГГ.

Шарин Д.А., ГазизоваА.Ф.
Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней с курсом ИПО
Научный руководитель – к.м.н., доц. Старостина В.И.

Описторхоз – это зоонозный природно-очаговый биогельминтоз с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, протекающий с поражением гепатопанкреатобилиарной системы [4]. Описторхи травмируют слизистые оболочки желчных и панкреатических протоков, нарушают моторику, оказывают токсическое действие, создают препятствия оттоку желчи, способствуют развитию новообразований печени [1,3]. Описторхоз является самым распространенным заболеванием в структуре биогельминтозов на территории Российской Федерации. В 2013 г. на его долю пришлось 78,97 % случаев [2].

В течении описторхоза выделяют раннюю и позднюю фазы. В основе патогенеза ранней фазы лежат токсико-аллергические реакции организма на метаболиты личинок, выделяемые ими в процессе миграции и созревания, а также иммунологические реакции в отношении антигенов Opistorchis felineus [1,4]. В этом периоде болезни у пациента могут наблюдаться лихорадка, боль в правом подреберье, миалгия, артралгия, экзантема, гепатоспленомегалия, тошнота, рвота, симптоматика гастродуоденита и бронхита. Характерны лейкоцитоз, эозинофилия, повышение активности трансаминаз и уровня билирубина в крови [1,3,4].

В позднюю фазу описторхи присосками и шипиками травмируют стенку желчных и панкреатических протоков и желчного пузыря. Развивается воспалительная реакция, создаются условия для присоединения бактериальной флоры, наблюдаются регенеративно-гиперпластические процессы, приводящие к нарушению пассажа желчи. Скопления паразитов и дискинетические явления также способствуют нарушению оттока желчи и панкреатического сока. Пролиферативные процессы при описторхозе рассматриваются как

предраковые изменения [1,4]. В позднюю фазу формируется клиника холецистита, дискинезии желчевыводыщих путей, холангита, хронического гепатита и панкреатита. В дальнейшем возможно развитие фиброза печени и холангиокарциномы [1,3,4].

Больные описторхозом обращаются за медицинской помощью к инфекционистам, терапевтам и гастроэнтерологам. Своевременная диагностика и лечение описторхоза значительно улучшают состояние пациентов и уменьшают риск развития осложнений, поэтому определение спектра клинико-лабораторных изменений у пациентов с этой патологией является актуальным.

Целью работы стало определение клинико-лабораторной характеристики больных описторхозом старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ИКБ № 4 г. Уфы в 2010 - 2014 гг.

Был проведен ретроспективный анализ 51 истории болезни пациентов с клиническим диагнозом «Описторхоз». Мы принимали во внимание данные эпидемиологического анамнеза и клинического осмотра, результаты общего анализа крови (ОАК) с лейкоформулой с целью выявления лейкоцитоза и эозинофилии, биохимическое исследование крови для обнаружения повышения активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и щелочной фосфатазы(ЩФ).

Мы учитывали титры антител к антигенам Opistorchis felineus в крови, выявленные при помощи иммуноферментного анализа (ИФА), результаты копрологического исследования с целью обнаружения яиц гельминта, а также микроскопическое исследование дуоденального содержимого, проведенное для обнаружения яиц и самого возбудителя описторхоза, а также данные ультразвукового исследования органов брюшной полости.

В 2010 - 2014 гг. на стационарном лечении в ИКБ № 4 г. Уфы находился 51 пациент старше 18 лет с диагнозом «Описторхоз». Структура пациентов с описторхозом по полу выглядела следующим образом: 29 мужчин (56,9 %) и 22 женщины (43,1 %).

При выяснении эпидемиологического анамнеза стало известно, что 92,2 % больных описторхозом (47 пациентов) до заболевания находились в эндемичных по описторхозу областях на территориях вблизи Обь-Иртышского бассейна. Большинство пациентов выезжали в Ханты-Мансийский автономный округ и Ямало-Ненецкий автономный округ (44 пациента – 86,3 %). Двое больных находились на территории Томской области и один больной описторхозом выезжал в Омскую область. Пациенты употребляли там блюда из рыбы семейства карповых (карп, карась, линь, язь, жерех, подуст, елец и др), в том числе строганину. Лишь 4 пациента (7,8 %) не выезжали в эндемичные районы, но употребляли в пищу рыбу, пойманную или купленную на территории Республики Башкортостан.

Клинические проявления холецистита и дискинезии желчевыводящих путей (боль в правом подреберье, особенно после употребления жирной, жареной, острой пищи, тошнота, рвота, горечь во рту, положительные симптомы желчного пузыря Мерфи, Кера, Ортнера, Айзенберга и др.) наблюдались в 92,2 % случаев (у 47 больных). В 31, 4 % случаев (у 16 пациентов) была выявлена симптоматика панкреатита (боль в левом подреберье, боль опоясывающего характера с эпицентром в левой половине живота, тошнота, рвота, отрыжка, вздутие живота, диарея, симптом «красных капелек», болезненность в зонах Шоффара, Губергрица-Скульского, в точках Дежардена и Мейо-Робсона). У больных описторхозом периодическое повышение температуры тела до субфебрильных значений наблюдалось в 29,4 % случаев (у 15 пациентов).

В общем анализе крови более чем у трети пациентов (у 18 больных - 35,3%) был зарегистрирован лейкоцитоз, у 15 обследованных (в 29,4% случаев) была обнаружена умеренная эозинофилия. Повышение активности аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) в крови было зарегистрировано у 14 пациентов (в 27,5% случаев). У 17 больных описторхозом наблюдалось повышение активности щелочной фосфатазы (в 33,3 % случаев). Лабораторные показатели больных описторхозом представлены на рисунке 1.

Рисунок 1 - Лабораторные показатели больных описторхозом, находившихся на стационарном лечении в ИКБ № 4 г. Уфы в 2010 – 2014 гг.

По данным УЗИ органов брюшной полости у всех обследованных пациентов имелись диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, а также признаки

гепатомегалии и холестаза. Исследование дуоденального содержимого было проведено 31 больному (в 60,8 % случаев), при этом яйца описторхов были обнаружены у 20 пациентов (39,2 % от общего количества больных). С помощью копрологического исследования в 49 % случаев (у 25 больных) были выявлены яйца Opistorchis felineus.

При помощи ИФА у 31 пациента (60,8 %) антитела к антигенам описторха были обнаружены в титре 1:800, у 16 больных (31,4 %) – в титре 1:400 и у 4 пациентов (7,8 %) – в титре 1:200. Распределение пациентов в зависимости от титров антител к антигенам Opistorchis felineus представлено на рисунке 2. Всем больным был поставлен диагноз: «Описторхоз, поздняя фаза, средней степени тяжести».

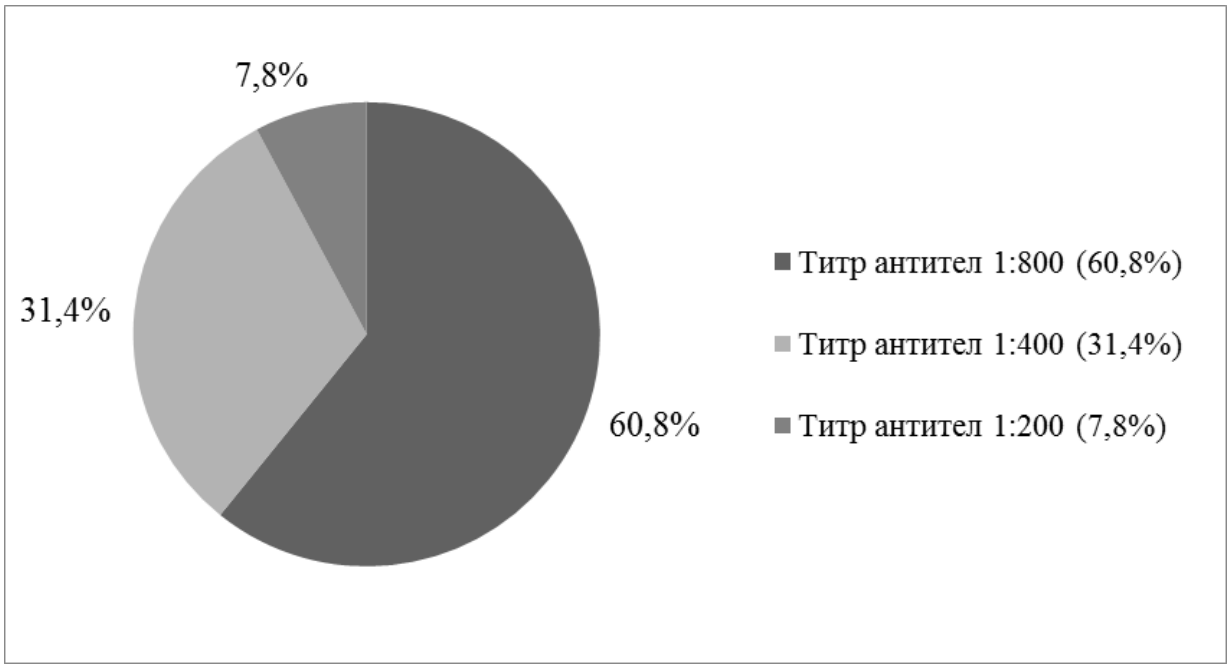


Рисунок 2 – Распределение пациентов с описторхозом, находившихся на стационарном лечении в ИКБ № 4 г. Уфы в 2010 – 2014 гг., в зависимости от титров антител к антигенам Opistorchis felineus.

Все больные описторхозом получали противогельминтное лечение препаратом Бильтрицид (МНН – Празиквантель). Также была проведена дезинтоксикационная терапия, были применены спазмолитики, антигистаминные, желчегонные и антибактериальные препараты, гепатопротекторы, глюкокортикостероиды (в некоторых случаях) и дуоденальное зондирование. На фоне проведенного лечения у всех пациентов регрессировали проявления холецистита, дискинезии желчевыводящих путей и панкреатита, нормализовалась температура тела. Следовательно, терапию можно считать клинически эффективной.

В ходе нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

1. На территории Республики Башкортостан преобладают завозные случаи описторхоза (92,2 %), чаще всего из Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов.

2. В клинике поздней фазы описторхоза у большинства пациентов (92,2 %) доминировала симптоматика холецистита и дискинезии желчевыводящих путей.

3. Диагноз описторхоза был подтвержден обнаружением яиц гельминта в кале и/или дуоденальном содержимом, а также выявлением антител к антигенам Opistorchis felineus при помощи ИФА.

4. Лечение с применением препарата Бильтрицид (МНН – Празиквантель) было клинически эффективным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецова, В. Г. Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста / В. Г. Кузнецова, Е. И. Краснова, Н. Г. Патурина // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2013. – N 6. – С. 74 – 78.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году: Государственный доклад. - М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014.—191 с.

3. Семенов, В.М. Руководство по инфекционным болезням / В. М. Семенов. - М.: МИА, 2009. – С. 471 – 472.

4. Токмалаев, А.К. Токсокароз / А.К. Токмалаев // Инфекционные болезни. Национальное руководство / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 1016 – 1023.

УДК 616.211-002.253-072.1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА С ПОЗИЦИИ КОНТАКТНОЙ МИКРОЭНДОСКОПИИ

Е. А. Шаркова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А. Хорольская

Введение. В настоящее время уровень заболеваемости ЛОР органов растёт, что объясняется многими факторами, в том числе ивысокой загрязнённостью окружающей среды,

наследственной предрасположенностью, малой информированностью населения, а так же низким уровнем физической культуры. Люди всех возрастов страдают от ЛОР заболеваний. Большое количество людей не подозревают о своем заболевании, что влияет на сроки выздоровления и тяжесть болезни.

Хронические риниты являются распространенными диагнозами в амбулаторной практике оториноларинголога. Проблема дифференциальной диагностики различных форм хронического ринита связана с однотипностью клинических проявлений, с неполной информативностью объективных макро- и микроскопических методов исследования, с необходимостью консультаций смежных специалистов. Необходимо подчеркнуть, что возможность точной дифференциальной диагностики различных форм хронического ринита способствует выбору клинически эффективного метода терапевтической коррекции. Эндоскопическое исследование ЛОР-органов во всем мире относится к«золотому стандарту» оториноларингологии. Но даже при данном исследовании, как и при стандартном, широкий полиморфизм макроскопических изменений слизистой оболочки полости носа затрудняет диагностику различных форм хронического ринита.

На сегодня перспективным направлением в решении данной проблемы является контактнаямикроэндоскопия. Контактная микроэндоскопия - это эндоскопия на клеточном уровне, когда после соответствующего окрашивания слизистой оболочки можно наблюдать клетки, ядра и цитоплазму поверхностных слоев эпителия. Прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки позволяет верифицировать различные заболевания полости носа с большой долей вероятности.

Цель. Повысить эффективность дифференциальной диагностики вазомоторного, аллергического и хронического гипертрофического ринита с использованием контактной микроэндоскопии.

Методы. Нами было проведено исследование пациентов с помощью контактной микроэндоскопии при вазомоторном,аллергическом и хроническом гипертрофическом рините. Для микроэндоскопического исследования использовался отечественный контактный микроэндоскоп (фирмы «Азимут») диаметром 4,0 мм с боковой оптикой с углом зрения 30° с увеличением в 60 раз (60х). Для более отчетливого выявления различных компонентов эпителия мы применяли окрашивание слизистой оболочки полости носа 1 % водным раствором метиленового синего.

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с вазомоторным ринитом, 26 пациентов с аллергическим ринитом и 26 пациентов с хроническим гипертрофическим ринитом.

Комплекс диагностических мероприятий включал эндоскопическое и микроэндоскопическое исследование слизистой оболочки полости носа, цитологическое и бактериологическое исследование мазков из полости носа,исследование иммуноглобулина Е.

При микроэндоскопическом исследовании определяли качественные (ядро клетки, его форму, размер ядра, однородность окраски эпителия, расположение клеточных элементов, продукцию слизи, площадь метилен-резистентных полей) показатели. В соответствии с выявленными параметрами диагностировался вазомоторный,аллергический ринит и хронический гипертрофический ринит.В среднем микроэндоскопическое исследование полости носа занимало 5-10 минут.

Результаты. В норме поверхностный слой слизистой оболочки представлен эпителиальными клетками, равномерно расположенными и однородно окрашенными. Ядра округлой формы, среднего размера. Было выявлено, что при вазомоторном рините эпителиальные клетки с ядрами округлой или овальной формы расположены рыхло за счет гипермукоидизации слизистой оболочки с образованием ограниченных четких метилен-резистентных полей. Абсолютная площадь метилен-резистентных полей составила (0,31±0,01) см, удельная площадь – (1,64±0,13) %. Эпителиальные клетки слизистой оболочки при аллергическом рините расположены более рыхло за счет гипермукоидизации слизистой оболочки с формированием диффузно расположенных метилен-резистентных полей. Составляющие, характеризующие метилен-резистентных поля при аллергическом рините, показали следующе: абсолютная площадь метилен-резистентных полей составила (0,51±0,03) см, удельная площадь – (1,84±0,11) %. В свою очередь эпителиальные клетки слизистой оболочки при хроническом гипертрофическом рините расположены плотно за счет диффузного разрастания эпителия. Ядра округлой или овальной формы, среднего илиувеличенного размера. Окрашивание слизистой оболочки равномерное илинеравномерное – с формированием складчатости и диффузно расположенныхединичных метилен-резистентных полей.

Заключение.

1. Метод контактной микроэндоскопии информативен в диагностике различных форм ринита.
2. Метод контактной микроэндоскопии позволяет оценить структуру тканей полости носа без нарушения целостности слизистой оболочки.
3. Включение контактной микроэндоскопии в скрининговые исследования позволит использовать данные методы в качестве экспресс-диагностики возомоторного,аллергического и хронического гипертрофического ринита..

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абелевич М.М. Диагностика и лечение аллергических ринитов: учебно-методическое пособие/Издательство НГМА, 2005.-40 с.

2. Решетникова О.В., Решетников С.В., Решетников В.Н. Диагностика хронических ринитов/Российская ринология. 2011. Т. 19. № 2. С. 32.

3. Хорольская М.А. Контактная микроэндоскопия в диагностике,лечении вазомоторного и хронического гипертрофического ринитов. автореф. дис. канд. мед .наук / М.А. Хорольская. –Красноярск, 2011. –24 с.

УДК 616.211-053.2-07

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ АКТИВНОЙ РИНОМАНОМЕТРИИ И ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

В. А. Шаталов, 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

У детей, среди всех заболеваний респираторного тракта, отмечается абсолютное преобладание острой инфекционной патологии. На ее долю приходится более 90% всех болезней респираторной системы [2, 10]. Частые простудные заболевания в дошкольном и младшем школьном возрасте и, как следствие, патология глоточной миндалины составляет 74,3% среди заболеваний других ЛОР-органов [1]. Заболевания верхних дыхательных путей затрудняет носовое дыхание. В то же время,глоточная миндалина является местом проявления врожденного иммунитета, она как-бы «воспитывает» эффекторные клетки-памяти, инициируя формирование адаптивного иммунитета [6]. Этот вечный конфликт двух теорий развития хронического аденоидита: инфекционной и иммунологической лишает спокойного сна и родителей, и педиатра и ЛОР врача.

У всех детей полость носа существенно отличается от взрослых, в следствии недоразвития лицевых костей, имеет место резкое сужение носовых ходов, что способствует значительному снижению аэрации и дренажной функции околоносовых пазух, а также

регуляции давления при вдохе в полости носа [3], это несомненно обуславливает важность исследования дыхательной функции. А так как дети, в силу особенностей эмоционального и психологического развития, часто не способны объективно оценить степень расстройства носового дыхания [4], оптимально применение специальных методик, среди которых общепризнанной в современной оториноларингологии является передняя активная риноманометрия (ПАРМ) [5].

Данный метод исследования позволяет оценить трансназальное давление и воздушный поток при носовом дыхании путём вычисления сопротивления потока при заданном давлении. На пациента одевается силиконовая маска и остается только спокойно и равномерно дышать через манометрический зонд закрытым ртом, полученные данные анализируют и сохраняют в памяти компьютера [11]. Кроме того, ПАРМ позволяет оценить качество консервативного лечения воспалительных заболеваний полости носа. Однако, диагностика дыхательной функции у детей младшего возраста посредством риноманометрии часто затруднительна, так как, объяснить ребенку методику проведения исследования и договориться с ним не представляется возможным в силу раннего возраста.

Для диагностики нарушения дыхательной функции носа и носоглотки у детей до 5 лет, возможно проведение компьютерной пульсоксиметрии. Компьютерная пульсоксиметрия – это неинвазивный метод мониторинга процентного содержания гемоглобина, насыщенного кислородом с оценкой перфузии тканей. Приборы пульсоксиометры довольно просты и удобны в эксплуатации, портативны и безопасны для больного и врача, обеспечивают измерение сразу после подключения, дают быструю оценку оксигенации и гемодинамики. Само исследование проводится во время ночного сна и не доставляет пациенту дискомфорта, что особенно важно в педиатрической практике. Однако у этого метода имеются и минусы. Первый - по результатам пульсоксиметрии невозможно сказать, что явилось причиной гипоксии. Второй – как и любой измерительный прибор, он может дать погрешность в результате измерения. На точность результата пульсоксиметрии влияет качество светодиодов, состояния выраженной периферической вазоконстрикции или гипокинетическое состояние кровообращения.

Потенциальная возможность погрешностей заложена и в принципе измерения SpO2 и частоты пульса, и в его технической реализации [9].

Цель: провести сравнительное исследование передней активной риноманометрии и компьютерной пульсоксиметрии у здоровых детей в разных возрастных группах.

Для достижения поставленной цели, нам необходимо было решить следующие задачи:

1. Исследовать воздушный поток и трансназальное давление в полости носа здоровых детей методом передней активной риноманометрии.

2. Исследовать газовый состав крови методом пульсосиметрии у здоровых детей.
3. Провести корреляционный анализ предложенных методов.

Дизайн исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 здоровых детей. Все дети были разделены на 3 возрастные группы, в соответствии с критическими периодами развития иммунитета [7]. Первая группа - соответствует 3 периоду развития иммунной системы, характеризующийся низкой резистентностью к различным вирусам и инфекциям. Вторая группа – приходится на период жизни ребенка, когда его глоточная миндалина является иммунной лабораторией и происходит адаптация иммунитета на окружающий мир. Третья группа – происходит снижение роста лимфоидной ткани и становление самостоятельной и полноценной системы иммунитета.

Всем детям проводилось амбулаторно-поликлиническое обследование, включающее сбор анамнеза, клинико-анамнестическое отоларингологическое исследование. Обследование с эндоскопическим осмотром полости носа и носоглотки.

Для диагностики состояния дыхательной функции полости носа применяли переднюю активную риноманометрию и мониторированную компьютерную пульсоксиметрию.

Результаты исследования.

Норма СОП (см3/с) для детей от 3-5 лет 180,4 ± 54,1, СС (Па/см3/с)0,34 ± 0,20

Норма СОП (см3/с) для детей от 6-8 лет 260,0 ± 62,2, СС (Па/см3/с)0,43 ± 0,08

Норма СОП (см3/с) для детей от 9-12 лет 320 ± 100,5, СС (Па/см3/с)0,63 ± 0,12

Результаты исследования скорости объемного потока и суммарного сопротивления полости носа здоровых детей с помощью метода передней активной риноманометрии (табл.1) свидетельствуют, что суммарный объемный поток и суммарное сопротивление отличаются от нормы, предложенной в литературных источниках, проявляясь снижением объема потока воздуха и увеличением сопротивления.

Результаты исследования сатурации крови у здоровых детей с помощью метода пульсоксиметрии (табл.2) оказались в пределах нормы.

Таблица №1 – Показатели носового дыхания по результатам передней активной риноманометрии у здоровых детей

Исследуемые показатели	Норма см³/с	Здоровые дети		
		от 3х до 4х	от 5 до 7	от 8 до 12
Суммарный объемный поток	647±18,3	307	328.5	425
Суммарное сопротивление	0,258±0,0164 Па/см³/с	0.43	0.83	1.06

Таблица №2 – Показатели сатурации кислорода в крови по результатам компьютерной пульсоксиметрии у здоровых детей

Исследуемые показатели	Норма %	Здоровые дети		
		от 3х до 4х	от 5 до 7	от 8 до 12
Индекс десатурации	3-5	3,3	5,9	5,7
Переферическая кислородная сатурация	95-100	98,8	97,5	97,1

Выводы:

1. По результатам исследования дыхательной функции здоровых детей в различных возрастных группах можно сделать вывод, что суммарный объемный поток и суммарное сопротивление отличаются от установленных в литературных источниках норм и характеризуются снижением объема потока воздуха и увеличением сопротивления.
2. По итогам исследования сатурации кислорода в крови у здоровых детей с помощью метода пульсоксиметрии гипоксии не выявлено.
3. Корреляционный анализ результатов предложенных методов исследования показал, что физиологическое сужение полости носане ведет к развитию гипоксии, что можно объяснить как особенностями сибирского региона, где в условиях резко-континентального климата, слизистая оболочка полости носа находится в постоянном напряжении, так и компенсаторными возможностями детского организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Агаджанова С.Н., Цветков Э.А., Елагина И.Е., Иммунологические аспекты формирования патологии глоточной миндалины у детей и оптимизация ее консервативного лечения // Вестник оториноларингологии. – 2004. - № 1. – С. 43-45.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратов. – 1986. – С. 28-54
3. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология, М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2002. – С. 432
4. Волков А.Г., Лукашевич М.Г., Киселев В.В., Мукоцилиарный клиренс у здоровых детей // Рос. ринология. – 2007. – № 2. – С. 108.
5. Державина Л.Л. Морфо-физиологические особенности полости носа в норме и при ее функциональных нарушениях по данным методов передней активной риноманометрии и

акустической ринометрии. Автореф. дисс. … канд. биол.наук. / Державина Л.Л. – Ярославль, 2002. – С. 26

6. Изучение микробиоценоза носоглотки у детей с хроническим аденоидитом в разных возрастных группах / Андриянова И.В., Вахрушев С.Г., Каширцева И.А., Казакова О.Э. // Материалы конференции оториноларингологов и сурдологов ФМБА России. – СПб., 2013. – С. 3-4.

7. Квантовая терапия в комплексном лечении часто болеющих детей с хроническим аденоидитом. /Вавилова В.П., Гаращенко Т.И., Перевощикова Н.К., Богомильский М.Р., [и др.] - М.: ЗАО "МИЛТА ПКП ГИТ". – 2009. – С. 151

8. Молдавская, А.А. Сравнительная характеристикаморфологии слизистой оболочкиносовых раковин человека в раннем постнатальномонтогенезе / Молдавская А.А., Петров В.В., Аведисян В.Э. //Успехи современного естествознания. – 2007. – 7. – С. 13-14

9. Шурыгин И. А. Мониторинг дыхания: пульсоксиметрия, капнография, оксиметрия. СПб.: Невский Диалект, 2000. – С. 45-50

10. Ameli F., Castelnuovo P., Pagella F., Caligo G. et al. Nasal endoscopy in asthmatic children: clinical role in the diagnosis of rhinosinusitis. Rhinology 2004; 1(42): 15–18.]

11. Bartlett J.G. Management of respiratory tract infection. — Philadelphia, 2001. — P. 178—182.

12. Wang D. S., Rang Y. T., Yeoh K. H. What You Need To Know-Objective. Assessment of Nasal Potency. – Why is it important // Singapore Med. J. – 1999. – Vol. 40. – P. 414–417.

616.831-006.328/.484-036./-091.8

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЛИОМ И МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕРМСКОГО КРАЕВОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2013-14 ГГ.

М.А Шевнина

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: асс. В.В. Литвинов

Опухоли ЦНС достаточно часто встречаются у лиц трудоспособного возраста, а также нередко выявляются у детей. При первичных злокачественных первичных опухолях ЦНС

прогноз выживаемости крайне неблагоприятен: пятилетняя выживаемость составляет не более 10% [3].

В настоящее время составить целостное представление о распространенности опухолей ЦНС в России затруднительно. В ряде стран (США, страны Северной Европы и др.) статистика заболеваемости, смертности, распространенности, выживаемости больных при первичных опухолях ЦНС на основе данных национальных канцер-регистров ведётся уже несколько десятилетий. Стандартизованные по возрасту уровни заболеваемости опухолями ЦНС в развитых индустриальных странах, согласно официальной статистике, наиболее высоки [1].

Согласно этим данным, основную часть опухолей ЦНС составляют глиомы (нейроэпителиальные опухоли), исходящие непосредственно из мозгового вещества. Среди глиом, наиболее часто встречаются астроцитомы (38%) различной степени анаплазии. Локализуются астроцитомы обычно в больших полушариях мозга и мозжечке. В зависимости от степени анаплазии астроцитомы делят на собственно астроцитому (GradeI-II), анапластическую астроцитому (GradeIII) и глиобластому (мультиформную глиобластому) (GradeIV). При этом с течением времени возможна трансформация астроцитомы в анапластическую астроцитому и в глиобластому [2]. Глиобластома — наиболее злокачественная опухоль из всех глиом: она характеризуется отсутствием четких границ, быстрым ростом, инвазией в окружающую ткань, а также обширными участками некрозов и кровоизлияний.

Олигодендроглиомы происходят из олигодендроглиоцитов и также относятся к глиомам. Занимают второе место по встречаемости среди глиом и составляют около 9,4% всех опухолей ЦНС. Средний возраст таких больных на момент постановки диагноза составляет 35 лет. Олигодендроглиомы несколько чаще встречаются у мужчин и аналогично астроцитомам разделяются по степени анаплазии [4].

Хирургическое лечение практически никогда не приводит к излечению больных с глиомами, хотя выживаемость коррелирует с радикальностью удаления глиом и применением лучевой терапии.

Менингиомы - первичные опухоли оболочек головного мозга, растущие из клеток паутинной оболочки. По распространённости они занимают второе место среди первичных внутричерепных опухолей у взрослых, встречаются по данным разных источников в 22–35 % случаях всех внутричерепных новообразований. Пик заболеваемости приходится на 40—50 лет. В отличие от других первичных опухолей мозга менингиомы чаще встречаются у женщин, чем у мужчин (в соотношении 2:1). Пятилетняя выживаемость составляет 91,3% случаев. Смертность от менингиом составляет 6% от смертности всех опухолей ЦНС.

Подавляющее большинство менингиом (92%) не имеют признаков клеточного атипизма, оставшиеся 8% с признаками клеточного атипизма - относят к анапластическим менингиомам или к менингиальным саркомам. Наиболее распространенным гистопатологическим подтипом доброкачественных менингиом является менинготелиоматозный (63%), затем переходный (19%), фиброзный (13%), и псаммоматозный подтип (2%) [3].

Цель работы: провести клинико-морфологический анализ случаев опухолей ЦНС по материалам Пермского краевого патологоанатомического бюро за 2013-14 гг.

Материалы и методы: анализ гистологических заключений и стеклопрепаратов опухолей ЦНС пермского краевого патологоанатомического бюро за 2013-14 гг.

Полученные результаты.

За 2013 год и первое полугодие 2014 года проанализированы результаты 66 операционных биопсий. Из них 36 исследований было проведено в 2013 году и 30 за первое полугодие 2014 года. В 49 случаях был верифицирован диагноз опухоли ЦНС - 27 за 2013 год и 22 за первое полугодие 2014 года соответственно. Распределение по полу и возрасту представлены в таблицах 1, 2 и 3.

Таблица 1 - Распределение по полу

	Женщины		Мужчины	
	Абс. число	Отн. Число, %	Абс. число	Отн. Число, %
Трудоспособного возраста	9	27	14	42
Всего	33	50	33	50

Таблица 2 - Распределение операционно-биопсийного материла в зависимости от возраста больных

Год	Возраст, лет				
	До 10	11-30	31-50	51-70	Больше 70
2013	2	0	9	18	6
Первое полугодие 2014	0	2	5	17	7
Всего	2 (3%)	2 (3%)	14 (21%)	35 (53%)	13 (20%)

Таблица 3 - Распределение наиболее часто встречающихся опухолей в зависимости от пола больных

	Женщины	Мужчины	Всего
Нейроэпителиальные опухоли:	9	16	25 (51%)
Опухоли оболочек мозга:	14	6	20 (30%)
Метастаз опухоли другой локализации	4	8	12 (18%)
Другие опухоли	1	2	3 (4,5%)
Прочее	4	1	5 (14,5%)

Таблица 4 – Глиомы

Вид опухоли	Абс. количество	Относительно всех глиом, %
Глиобластома	7	39
Анапластическая астроцитома	6	33
Астроцитома	1	6
Гемигистиоцитарная астроцитома	1	6
Фибриллярно-протоплазматическая астроцитома	1	6
Фибриллярная астроцитома	1	6
Гигантоклеточная глиобластома	1	6
Итого	18	100

Таблица 5. Опухоли из оболочек

Вид опухоли	Абс. количество	Относительно всех опухолей из оболочек, %
Опухоли из менинготелиальных клеток		
Менинготелиоматозная менингиома	7	35
Псаммоматозная менингиома	5	25
Анапластическая менингиома	2	10
Фиброзная менингиома	2	10

Ангиоматозная менингиома	1	5
Смешанная менингиома	1	5
Мезенхимальные опухоли (неменинготелиоматозные)		
Менингиальная фибросаркома	1	5
Менингиальная саркома	1	5
Итого	20	100

Наиболее часто встречались нейроэпителиальные опухоли (глиомы): они составили 51% (25 случаев) от всех опухолей ЦНС (таблица 4). Среди них большая часть была представлена опухолями астроцитарного происхождения, из числа которых чаще других встречались глиобластомы и анапластические астроцитомы.

Среди оставшихся глиом были обнаружены единичные случаи различных подтипов астроцитарных, олигодендроглиальных, эпиндимарных и смешанных нейрональноглиальных опухолей.

На втором месте по распространенности оказались опухоли из оболочек и составили 41% всех опухолей ЦНС (20 случаев) – таблица 5. 35% составили менинготелиоматозную менингиому, 25% псаммоматозную менингиому, 10% фиброзную менингиому. По 5% приходилось на ангиоматозную и смешанную менингиомы. В 10% случаев были выявлены менингиомы высокой степени злокачественности (G3) - анапластическая менингиома.

Мехенхимальные опухоли оболочек (неменинготелиоматозные) наблюдались в 10% случаев. Прочие виды опухолей встречались в единичных случаях.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нозологическая структура опухолей ЦНС характеризуется преобладанием первичных опухолей, среди которых астроцитарные и менинготелиальные опухоли являются ведущими.

Количество первичных опухолей ЦНС, выявленных только за первую половину 2014 года, практически достигло количества опухолей, выявленных за весь 2013 год. Это может быть связано с улучшением методов диагностики образований головного мозга, с увеличением количества выполненных операций или с увеличением заболеваемости.

Первичные опухоли ЦНС встречались одинаково часто среди мужчин и женщин. Возраст большей части пациентов составил более 50 лет.

Соотношение глиальных опухолей среди мужчин и женщин составило 2:1, а опухолей из оболочек – 1:2.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дяченко, А.А Первичные злокачественные новообразования центральной нервной системы в Архангельской области: структура и динамика эпидемиологических показателей в 2000-2011 гг. / А.А Дяченко, А.В Субботина, Т.Р Измайлов // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2013. - Т.1 №13. - С.1-27.
2. Химиолучевая терапия мультиформной глиобластомы головного мозга / Смолин А.В., Конев А.В., Кобяков Г.Л., Николаева С.Н., Шаманская Ю.Е. //Фарматека.- 2011. - №7. - С. 41-49.
3. Ohgaki H. Epidemiology of Brain Tumors / Methods of Molecular Biology, Cancer Epidemiology2009. -V. 472.- P. 323-342
4. Prayson, R. Brain tumors /Prayson, R.,Cohen M.L. - 2009.- P.55-65

УДК 616.61-06:616.61-78

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕКОГО ПРОФИЛЯ

В.В.Шевцова, Ю.М.Галеева
Красноярский государственныймедицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярская краевая клиническая больница
Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. М.А.Фирсов

Почка является сложным органом, основной функцией которого является экскреция продуктов обмена веществ и поддержание водно-электролитного баланса. Кроме этого, известны и второстепенные функции этого органа: участие в эритропоэзе, регуляции артериального давления и др.Таким образом, потеря функционального состояния этого органа приводит к тяжелым нарушениям гомеостаза. Течение практически любого хронического заболевания почек приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН). В поздних стадиях ХПН консервативные методы лечения малоэффективны, поэтому в терминальной стадии проводятся активные методы заместительной почечной терапии (ЗПТ): перитонеальный диализ, программный гемодиализ, пересадка почки.Программный гемодиализ позволяет улучшить почечный прогноз и пролонгировать жизнь у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Основными заболеваниями, приводящими к заместительной почечной терапии являются диабетическая и гипертоническая нефропатия, хронический гломерулонефрит и пиелонефрит [1].

Количество пациентов, находящихся на гемодиализе в Красноярском крае ежегодно растет, так если в 2003 году 86 пациентов получали программный гемодиализ, то к 2013 году

количество этих пациентов увеличилось почти в 6 раз (478 человек). Доля пациентов с урологическими заболеваниями в структуре причин приведших к заместительной почечной терапии составляет 5,03%.

Несмотря на существенное повышение в последние годы качества и эффективности гемодиализа, сохраняется высокий уровень смертности пациентов. Основной причиной летальности гемодиализной популяции являются сердечно-сосудистые осложнения. По данным Закировой Л.Ф. и Сигитовой О.Н. доля кардиоваскулярной патологии в структуре смертности гемодиализных больных составляет 57,2% (сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, нарушения мозгового кровообращения), желудочно-кишечные кровотечения – 14,2%, инфекционные осложнения – 9,5%; злокачественные новообразования – 9,5% [2]. Также грозным осложнением у больных на заместительной терапии хронической почечной недостаточности (ХПН) является сепсис. Он характеризуется длительным течением, выраженными симптомами интоксикации, развитием клинических проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания [3].

Целью нашего исследования является изучение группы больных с урологической патологией, приведшей к терминальной почечной недостаточности и назначением заместительной почечной терапии (гемодиализа).

Нами проанализированы истории болезни 126 пациентов краевой клинической больницы (ККБ) с урологическими заболеваниями, находящихся на программном гемодиализе, 67 пациентов имели операции в анамнезе в додиализном периоде, 37 пациентов были оперированы в условиях краевой клинической больницы (ККБ), уже находясь на заместительной почечной терапии.

Все пациенты имели признаки хронического пиелонефрита с исходом в терминальный нефросклероз, однако причины развития пиелонефрита имели разносторонний характер. Из 126 человек 13,9% имели только признаки хронического пиелонефрита, у 86,1% пиелонефрит имел вторичный характер на фоне основного заболевания. Наибольшую группу составили больные мочекаменной болезнью – 19,8%, 17,9% – с аномалиями развития почек и мочевых путей, в том числе в сочетании с хроническим гломерулонефритом и 13,5% - с поликистозом почек, 13,5% - с инфравезикальной обструкцией, 3,9% - имели признаки нейрогенного мочевого пузыря и 1,6% - туберкулез мочевой системы. В отдельную группу были выделены пациенты с онкологической патологией, доля которых составила 15,9% (из них 73% - с опухолями почек, 18,2% - с опухолями мочевого пузыря, 8,8% - опухолью предстательной железы)

Больные мочекаменной болезнью в 80% случаев были оперированы в анамнезе в додиализном периоде: 10 пациентам выполнялась нефрэктомия, 4 – уретеролитоэкстракция, 4 – пиелонефролитотомия, 3 – нефростомия и 2 проводилось стентирование мочеточника. Одному пациенту, уже находящемуся на программном гемодиализе была проведена нефрэктомия в условиях ККБ, 4 пациентам выполнялась пункционная нефростомия, 1 резекция почки и 2 пациентам - уретероскопия с уретеролитоэкстракцией и стентированием мочеточника.

76,5% больных поликистозом были оперированы: 35,3% в анамнезе, остальные в условиях ККБ, находясь на программном гемодиализе. 3 пациентам была выполнена поочередно двусторонняя нефрэктомия с переводом больных в ренопривное состояние, 2 пациентам выполнялись нефрэктомии в связи с нагноением кист почек, 5 - проводилась пункционное дренирование кист.

Половина пациентов с инфравезикальной обструкцией (85% - доброкачественная гиперплазия простаты) поступали в ККБ с уже установленной цистостомой, у одного предварительно был наложен нефростомический дренаж. Остальным цистостомические дренажи были установлены в ККБ, в 75% случаев в связи с сохраняющимися явлениями нарушения уродинамики верхних мочевых путей дополнительно были установлены пункционные нефростомы. У 2/3 пациентов установка дренажей в комбинации с гемодиализом позволило купировать явления терминальной почечной недостаточности. В последующем 52% пациентов были выполнены радикальные вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы с восстановлением пассажа мочи.

В группе онкологических больных, наибольшее количество составили пациенты с опухолями почек различной стадии заболевания. 75% пациентов имели операции в анамнезе по поводу опухоли почек, из них у половины в последующем развивалась паранеопластическая нефропатия. У остальных диагностировали хронический гломерулонефрит единственной почки, диабетическую нефропатию и атеросклероз почечной артерии. 25% пациентов были прооперированы в ККБ в связи опухолями единственной почки с последующим переводом больных в ренопривное (аренальное) состояние. Все пациенты этой группы, в анамнезе были оперированы по поводу опухоли контралатеральной почки, а у 17,5% опухоли имели рецидивный характер после органосохраняющих операций. У 2% была выполнена резекция единственной почки, что потребовало проведения в раннем послеоперационном периоде сеансов гемодиализа с последующим восстановлением функции почки

Больные с опухолями мочевого пузыря поступали в ККБ с признаками постренальной анурии, что требовало наложения пункционных нефростом у всех больных, с последующим

проведением сеансов гемодиализа. У 75% отмечалось восстановление функции почек после 3-5 сеансов гемодиализа, в 25% - имелись признаки терминального поражения почек, в последующем эти больные были переведены на программный гемодиализ. Кроме этого, 50% больных с опухолью предстательной железы так же оставались на программном гемодиализе после наложения пункционных нефростом.

Таким образом, основными заболеваниями, приводящими к ЗПТ у урологических больных, являются первично хронический пиелонефрит и хронический пиелонефрит, имеющий вторичный характер на фонемочекаменной болезни, аномалийразвития почек и мочевых путей, поликистоза почек, инфравезикальной обструкции, нейрогенного мочевого пузыря, туберкулеза мочевой системы, онкологических заболеваний мочеполовой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние гемодиализа на состояние гемостаза и микроциркуляции у больных терминальной стадией хронической почечной недостаточности / С.В.Ивлиев, Ю. И.Гринштейн, Н.Е.Татаренко, И.В.Кульга // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2003. - с.27-30 [3]

2. Структура причин хронической болезни почек и летальности пациентов, получающих программный гемодиализ / Л.Ф.Закирова, О.Н.Сигитова //Нефрология и диализ. - 2013. – 15(4). - с. 345 [2]

3. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей. г. Москва / Шилова, Е. М.// 2012. – 75 с. [1]

УДК: 613.2:[3776793.3-057.876]

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ КРАСНОЯРСКОГО ХОРЕОГРАФИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА, ИМЕЮЩИХ РАЗНУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Шадеров И.А., Агафонова А.А.

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

Кафедра гигиены

Научный руководитель: асс. Полкова Е.А.

Питание – одна из центральных проблем, решение которой составляет предмет постоянных забот человечества. Поддержание здоровья и снижение риска развития заболеваний особенно важно в детском возрасте, когда закладываются основы здоровья и интеллектуальный потенциал будущих поколений. Значение питания для растущего организма определяется его тесной взаимосвязью с особенностями биологического развития ребенка. За состоянием здоровья учащихся детских образовательных учреждений (ДОУ) ведется мониторинг. Здоровье детей и подростков в большей степени зависит не только от социального уровня жизни, но и от характера питания, насколько оно рационально и соответствует основным принципам. В процессе получения образования дети и подростки подвержены влиянию разных неблагоприятных средовых факторов, особенностью учащихся в Красноярском хореографическом колледже (КХК) является то, что она характеризуется особыми умственными и, нередко, чрезмерными физическими нагрузками.

Таким образом, важное звено в профилактике различных отклонений в состоянии здоровья – рациональное питание. Выявленные в последние годы специалистами НИИ питания РАМН существенные нарушения в качественном и количественном потреблении школьниками белков, витаминов и минеральных веществ могут усугубить неблагоприятное влияние факторов образовательной среды. [3] Идеальным считается питание, при котором поступление пищевых веществ максимально точно (по времени и составу) соответствует их расходу [1].

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие дети и подростки, учащиеся в КХК в количестве 53 респондентов разных половозрастных категорий.Использовались анкетно-опросный (недельный пищевой анамнез),хронометражно-табличный метод для определения суточного расхода энергии учащихся. Оценка питания учащихся КХК производилась по меню-раскладкам, а также статистико-аналитическимметододом.

Целью работы является характеристика питания учащихся КХК из разных половозрастных и социальных групп.

Результаты исследования. Количественная и качественная оценка питания производилась среди учащихся Красноярского хореографического колледжа, общее количество которых составило 53 человека, среди них были дети обоих полов, разного возраста (от 11 до 18 лет) и немало важен и тот факт, что некоторые из них воспитываются не только в обычных семьях, но и в интернате.

Внутри каждой гендерной группы можно выделить 2 возрастные группы: от 11 до 14 лет и от 15 до 18 лет. Среди исследуемых большинство относятся к возрастной группе 11-14 лет(65,5%), среди которых основная часть – это девочки (68%). Это необходимо учитывать

на последующих этапах исследования, т.к. данная группа респондентов характеризуется определенными показателями энергопотребления и энергозатрат, по которым и будет проводиться количественная и качественная оценка питания.

В исследовании респонденты делятся на две возрастные группы: средний возраст (11-14 лет) и подростковый возраст (14-18 лет).Особенность заключается в том, что дети совершают разные виды деятельности за сутки, т.е. дети, которые живут в интернате, гораздо меньше времени тратят на дорогу до КХК, чем проживающие в семьях. Большинству из них приходится ехать на автобусе, что приводит также к дополнительной затрате энергии. К тому же необходимо учитывать, что в зависимости от возраста учащиеся переходят из класса в класс, где меняется тип физической нагрузки (математика, классика, литуратура, музыка).
Суточные энерготраты определяются энерготратами на конкретные виды деятельности и величиной основного обмена (ВОО), которая зависит от ряда факторов, в первую очередь, от возраста, массы тела и пола. С возрастом отношение ВОО/масса тела постепенно снижается до наступления полового созревания. Максимальной потребности в энергии соответствует быстрый рост в подростковом возрасте [2]. В табл.1 отражены фактические суточные энергозатраты учащихся в сравнениис фактическими показателями суточной калорийности рациона[2].

Таблица 1 – Суточноеэноргозатраты и калорийность рациона учащихся КХК

Пол	Категория	Фактические суточные энергозатраты учащихся КХК, M ± s		Калорийность рациона	
		11-14 лет	15-19 лет	11-14 лет	15-19 лет
Девочки	Городские	2294,1±109,5	3295,4±156,9	1464,2	1594,1
	Интернат	1798,8±85,6	3716,02±176,9	2742,3	2742,3
Мальчики	Городские	1755,4±87,7	2952,3±147,6	1336,6	3220,2
	Интернат	1933,9±96,7	2940,6±147,06	2742,3	2742,3

Из данных,представленных, в таблице 1 следует, что в 3-х из 4-х групп девочек (город 11-14 лет, город 15-18 лет, интернат 15-18 лет) имеются критические значения разницы между суточными энергозатратами и суточным энергопотреблением, где энергетические затраты не соответствуют энергетической ценности рациона, что противоречит первому принципу адекватного питания «Закон энергетической адекватности питания» [1].

Несмотря на то, что суточное энергопотребление исследуемых групп не покрывает суточные энергозатраты, количество энергии, поступающей с пищей, у девочек из интерната чуть выше нормы и укладывается в пределы двух стандартных отклонений от средней

величины потребности [2], чего уже нельзя сказать о группе девочек из города, показатели у которых не укладываются в допустимые пределы. В ходе исследования на данном этапе можно сделать вывод, что наибольший риск возникновения осложнений в связи с нарушением энергетического баланса у девочек из группы город 11-14 лет и город 15-18 лет.

Можно выделить 2 группы мальчиков (интернат и город 11-14 лет), попадающие в группу риска развития осложнений, у которых имеются большие колебания между суточными энергозатратами и суточным энергопотреблением, а также суточное энергопотребление не соответсвует норме суточного энергопотребления.

В группе городские мальчики 11-14 лет энергопотребление не перекрывает суточные энергозатраты, что свидетельствует о недостаточном поступлении энергии с пищей. В группе интернатные мальчики 11-14 лет суточное энергопотребление превышает суточные энергозатраты.В группе 15-19 лет интернатные мальчики выявляется недостаточное энергопотребление, а у группы 15-19 лет городские мальчики – несбалансированное энергопотребление. Но если взять суточные энергозатратымальчиков из города и интерната и сравнить их с суточным энергопотреблением, то они соответствуют первому закону адекватного питания «Закон энергетической адекватности питания» [2], и тогда группа 15-19 лет не попадает в группу риска. В итоге наибольший риск развития осложнений могут получить группы мальчиков 11-14 лет из города и интерната.

Таким образом, можно сделать вывод, что питание учащихся КХК неадекватное в 72 % случаев, поскольку суточные энергозатраты учащихся превышают их суточное энергопотребление, что противоречит закону адекватного питания [1].

Для теории сбалансированного питания важно, что пища состоит из нескольких основных компонентов, разных по своему биологическому значению; в наибольшей мере энергетическая потребность организма обеспечивается за счет углеводов, затем жиров и, наконец, белков, соотношение которых выражается как 1:1,2:4,6 (принято считать как 1:1:4). Это положение оптимального соотношения основных питательных веществ белков, жиров и углеводов с учетом минимальной калорийности рациона получило название принципа сбалансированности питания первого порядка[1].

Результаты исследования сбалансированности питания учащихся КХК с помощью опроса среди городских детей и меню раскаладок из столовой, в которой питаются дети из интерната, представлены в табл. 2, в которой отражены такие основные параметры, как соотношение белков, жиров и углеводов и режим питания.

Таблица 2 – Суточное взаимоотношение основных нутриентов у детей разных половозрастных групп

Пол	Возраст	Белки	Жиры	Углеводы	Количество приемовпищи за день
Проживающие в интернате					
Девочки	11-14	1	1	3,95	
	15-18	1	1	3,95	
Мальчики	11-14	1	1	3,95	
	15-18	1	1	3,95	
Проживающие в городе					
Девочки	11-14	1	0,38	2,26	Не прослеживается чёткий режим
	15-18	1	1,069	3,68	
Мальчики	11-14	1	1,23	4,17	
	15-18	1	1,042	3,34	

Важное значение имеет режим питания. При исследовании установлено, что респонденты из интерната имеют трехразовый режим питания (завтрак, обед и полдник, ужин и паужин), а из города – нет четко установленного режима питания. На основании приведенных в табл. 2 данных, можно сделать вывод, что питание всех половозрастных групп детей, которые проживают в интернате, сбалансировано по белкам и жирам, но имеет место небольшой дефицит углеводов; трёхразовый режим питания при этом сохранен и является нормальным и постоянным.

Таблица 3 – Распределение калорийности суточного рациона среди мальчиков и девочек КХК, проживающих в интернате и в городе, %

Возрастные категории реципиентов, проживающих в городе и интернате	1-й и 2-й завтрак	Обед и полдник	Ужин и дополнительный ужин
Девочки 11-14 лет, проживающие в городе	17,92	42,55	39,53
Девочки 15-18 лет, проживающие в городе	32,44	37,8	29,76
Мальчики 11-14 лет, проживающие в городе	39,45	34,76	25,79
Мальчики 15-18 лет, проживающие в городе	29,55	32,89	37,56
Мальчики и девочки 11-18 лет, проживающие в интернате	32,6	43,1	24,3
Норма	30	45	25

В группе городских детей только среди мальчиков возраста 11-14 лет питание можно назвать сбалансированным, но при этом оно не рационально, поскольку нарушен режим питания (табл. 3). В группе риска находятся девочки возраста 11-14 лет, где наблюдается дефицит жиров и углеводов (ниже нормы в два раза и не укладывается в допустимые пределы). Среди остальных групп выявлен только дефицит углеводов.

Также в группе городских детей питание нельзя назвать рациональным, т.к. нарушено суточное распредение калорийности по приемам пищи.

Рекомендации:

1. Пересмотреть учебный план КХК, а в частности продолжительность и количество занятий, потому что школьники теряют на них большое количество энергии, которое не восполняется их питанием в полной мере.
2. Срочно обратить внимание на группу городских девочек возраста 11-14 лет, поскольку среди них выявлено нарушение адекватности, сбалансированности и рациональности питания, что представляет угрозу для их здоровья, т.к. они находятся в (пред-) пубертатном периоде.
3. Провести профилактическую работу с городскими детьми о правильном питании, объяснить его значимость для их здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Научные основы здорового питания В.А. Тутельян, А.И. Вялков, А.Н. Разумов, В.И. Михайлов, К.А. Москаленко, А.Г. Одинец, В.Г. Сбежнева, В.Н. Сергеев – М.: Издательский дом «Панорама», 2010. – 816 с.
2. Нормы физиологических потребностей в энергиии пищевых веществах для различных группнаселения Российской Федерации. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08.
3. Руководство по детскому питанию : руководство / [Георгиева О. В. и др.] ; под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. – Москва : Мед.информ. агентство, 2004. – 363 с.

УДК 616.28-003.924

СХЕМА ВЕДЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ

С. В. Шервашидзе, В. А. Шаталов

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

Ушная раковина представляет собой место с очень высоким риском образования келоидных рубцов (КР). По данным мировой статистики распространенность КР различных

локализаций составляет до 15% в общей популяции, ушная раковина, в свою очередь, среди всех локализаций занимает лидирующее положение. Большинство исследователей, связывают рост проблемы КР с популярностью пирсинга и пластической хирургии ушной раковины [12].

Обостряет актуальность проблемы средний возраст пациентов, в котором чаще всего образуются келоиды, в среднем, по данным литературы, 26 лет [2]. Очевидно, что от них страдает самая социально активная часть населения фертильного возраста. С этой точки зрения профилактика и лечение келоидов становится уже не только медицинской задачей, но и делом государственной важности.

Важно, что у целого ряда исследователей, представляющих успешные схемы лечения келоидов различных локализаций, именно келоидные рубцы ушной раковины либо попадают в негативную статистику либо не освещаются вовсе, т.к. имеют самый высокий процент рецидивов 50–100% случаев [11, 10, 12, 13]. Низкая эффективность проводимого лечения, предположительно, связана с высокой степенью натяжения кожи в области ушной раковины [3], разреженной васкуляризацией [15] и интимным прилежанием кожи к хрящу в этой области [6].

Целью нашей работы стал обзор и систематизация современных методов лечения келоидных рубцов ушной раковины.

Келоидные рубцы (КР) представляют собой рубцовую гипертрофию, формирующуюся в результате дисрегенерации и относятся к группе псевдоопухолевых фиброматозов [7]. Морфологическим субстратом кедоида являются хаотично расположенные извитые пучки гиалинизированного коллагена, а так же, избыточно растущая незрелая соединительная ткань и атипичные гигантские фибробласты [6].

Этиологические факторы, предрасполагающие к образованию КР, до сих пор не установлены. Большинство авторов сходятся во мнении, что причина возникновения КР заключается в генетически обусловленном нарушении формирования соединительной ткани, а пусковым механизмом является травма или микротравма дермы [1]. Сенсибилизирующими же факторами выступают: критические периоды развития иммунитета [4], изменяющийся гормональный фон, чаще на фоне пубертататного периода, присоединение вторичной инфекции [10].

Патогенез образования келоидных рубцов все еще не описан, но на каждом этапе физиологического заживления раны можно выделить «поломки» в конечном итоге ведущие к образованию келоидного рубца. Запускает этот каскад патологических процессов, по данным исследователей, избыточная выработка цитокинов, что в разы удлиняет фазу воспаления и неизбежно ведет к длительному синтезу коллагена в фазу пролиферации,

нарушает баланс между процессами разрушения временного матрикса и синтеза коллагена на стадии созревания и перестройки [1].

Основным методом диагностики келоидных рубцов является внешний осмотр, жалобы и анамнез пациента. При пальпации определяется высокая плотность ткани КР. При осмотре обращает на себя внимание четкая граница со здоровыми тканями, ярко-розовая, глянцевая, блестящая поверхность КР с цианотичным оттенком. Спонтанные боли и зуд в области рубца и боль при пальпации также являются патогномоничными признаками [5].

Для дифференциальной диагностики келоидных и гипертрофических рубцов проводят биопсию с гистологическим исследованием, данный метод является наиболее достоверным но и инвазивным, и, как любая травма, может спровоцировать рост КР.

Все методы лечения КР можно разделить на: механические (хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей), физические (лазерная деструкция, букки-терапия, компрессия рубца) и химико-биологические (ферментная терапия, инъекции ботулотоксина типа А, введение инъекционных кортикостероидов). Для составления протоколов ведения необходимо выделить основные методы, направленные на деструкцию рубца и вспомогательные, направленные на профилактику рецидива. К основным относятся ферментная терапия [8], лазерная деструкция [13], хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей [14]. Вспомогательными будут относится компрессия рубца с помощью клипс, ношение силиконового пластыря [11], инъекции ботулотоксина типа А [9]. Механизм терапевтического действия ботулотоксина типа А (БТА) на келоидные и гипертрофические рубцы пока не описан. Вероятнее всего, БТА способствует расслаблению мышечных волокон и кожи по периферии рубца, предотвращая травматическое рубцевание. Необходимо отметить, что в нашей стране не один из ботулотоксинов не имеет разрешенных показаний к лечению рубцов.

Такие методы, как букки-терапию и введение инъекционных кортикостероидов, которые в нашей стране являются широко используемыми, можно отнести к методам резерва из-за большого количества побочных эффектов и ограничений по возрасту [14, 12].

Выводы

1. Наиболее эффективным является комплексное лечение келоида ушной раковины, включающее как методы деструкции, так и противорецидивную терапию
2. Проблема патологического рубцевания в области ушной раковины, остается не решенной, что диктует необходимость поиска эффективных комбинаций различных методов воздействия для составления протоколов лечения КР ушных раковин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арндт К. А., Дж. С. Доувер Коррекция рубцов: пер. с англ. под общ. ред. ВиссарионоваВ. А. – М.: РидЭлсивер, 2009. – С. 15 [Arndt K. A. Procedures in Cosmetic Dermatology: Scar Revision. – Elsevier Inc.]
2. Галлямова Ю. А., Кардашова З. З. Гипертрофические и келоидные рубцы // Лечащий врач. – 2010. – №9. – С. 20-23.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней: под ред. Кацамбаса А. Д., Лотти Т. М. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 431
4. Квантовая терапия в комплексном лечении часто болеющих детей с хроническим аденоидитом. /Вавилова В.П., Гаращенко Т.И., Перевощикова Н.К., Богомильский М.Р., Грабовщинер А.Я. □ // М.:ЗАО "МИЛТА ПКП ГИТ" - 2009. – Стр. 151]
5. Келоидные рубцы. Трудности диагностики и лечения. / Козлов В. А. [и др.] // Институт стоматологии. – 2005. – № 26, Т. 1. – С. 28-31.
6. Кованов В.В., БомашЮ.М. Практическое руководство по топографической анатомии. – М.: Книга по требованию, 2013. – С. 212.
7. Пильтяи В.И., Крючков Д. Ю. Келоидные рубцы. Возможности лечения // Крымский терапевтический журнал. – 2007. – №1. – С. 86-87.
8. Ферментная терапия патологических рубцов кожи. / Парамонов Б. А. [и др.] // Вестник Эстетической Медицины. – 2009. – Т. 8, №2. – С. 24-29.
9. Шарова А. А. Применение ботулотоксина типа А (Ксеомина) при лечении рубцовых деформаций кожи. // Пластическая хирургия и косметология. – 2011. – № 2. – С. 313-317.
10. Berman B., Flores F. The treatment of hypertrophic scars and keloids // Eur. J. Dermatol. – 1998. – Vol. 8, N 8. – P. 591-595.
11. Dockery G. L., Nilson R. Z. Treatment of hypertrophie and keloid scars with silastic gel sheeting // J. Foot. and Ankle Surg. – 1994. – Vol. 33(2). – P. 110–119.
12. Earlobe keloids: a pilot study of the efficacy of keloidectomy with core fillet flap and adjuvant intralesional corticosteroids. / Al Aradi IK [et al.] // Dermatol. Surg. – 2013. – Vol. 39(10). – 1514-1519.
13. Keloid scars of the external ear: a non solved problem / M. Bejarano Serrano [et al.] // Cir Pediatr. – 2014. – N 1, Vol. 27(1) – P. 21-25.
14. Keloids and hypertrophic scars: review and treatment strategies. / Urioste S. S. [et al.] // Semin. Cutan. Med. Surg. – 1999. – Vol.18(2). – P. 159-71.

15. On the nature of hypertrophic scars and keloids: a review. / Niessen F. B. [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 1999. – Vol.104(5). – P. 1435-1458.

УДК: 616.381-002.3:616.155.348

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА НА ПРИМЕРЕ ХЕМИЛЮМИНИСЦЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ

Е.В.Шилина, А.Г.Агаев, Р.М.Рамазанов

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

д.м.н., проф. Д.В. Черданцев, В.А. Шапкина

Одной из актуальных и до сих пор нерешенных проблем абдоминальной хирургии является вопрос о подборе эффективного метода послеоперационной интенсивной терапии распространенного перитонита. Общая летальность при данной патологии не опускается ниже 24-35%;

На сегодняшний день понимание патогенеза перитонита претерпевает значительные изменения. Пристальное внимание привлекает возникновение ведущих синдромов: системной воспалительной реакции (SIRS), окислительного стресса и эндотелиальной дисфункции, кишечной недостаточности и интраабдоминальной гипертензии. В механизме развития SIRS ведущую роль отводят выделению большого количества медиаторов воспаления таких как: цитокины; интерфероны; эйкозаноиды; активные кислородные радикалы(O2, N0, 0N00); система комплемента плазмы крови; стрессовые гормоны(катехоламин, кортизол, вазопрессин, гормон роста и др.); фактор агрегации тромбоцитов.

В результате повреждения и/или инфицирования тканей в организме человека разворачивается сложная и многокомпонентная последовательность реакций, направленных на предотвращение дальнейшей тканевой деструкции, изоляцию и уничтожение патогенного фактора, активацию репаративных процессов и восстановление исходного гомеостаза. Помимо медиаторов воспаления в процесс вступают и их антагонисты. При их истощении и

развивается бесконтрольный выброс цитокинов, активных кислородных радикалов (O2, N0) и т.п..

Для поддержания воспаления на достаточном уровне и предотвращения обширного повреждения липидных мембран клеток организм синтезирует антиоксидантные ферменты такие как глутатионредуктаза, глутатионпероксидаза, СОД , по литературным данным, немаловажную роль играют такие метаболиты как липоксин А4, который может ингибировать ряд эффектов лейкотриена В4, в частности, вызванные этим эйкозаноидом миграцию лейкоцитов и повышение сосудистой проницаемости, а также большое участие в уменьшении воспаления играет трансформирующий ростовой фактор бета (TGF-beta), который активируется протеазами, интегринами, и активными формами кислорода, TGF-beta, как полагают, играет важную роль в регуляции работы иммунной системы, блокируя активацию лимфоцитов и макрофагов.

Нейтрофилы являются ключевыми клетками воспаления и представляют собой высокореактивное звено в иммунной системе. От их фагоцитарной активности во многом зависит эффективность противомикробной защиты организма. Особенность нейтрофилов заключается в возможности модуляции своих функций для поддержания внутренней среды и адекватного иммунного ответа в очаге воспаления.

Также, согласно литературным данным, большое значение в системе иммунной защиты приобретает синтез нейтрофилами активных форм кислорода. Хемилюминесцентная активность характеризует состояние «респираторного взрыва» нейтрофильных гранулоцитов, которое развивается при взаимодействии клеток с объектами фагоцитоза.

На базе Красноярского краевого гнойно- септического центра Краевой клинической больницысовместно с лабораторией молекулярно-клеточной физиологии и патологи ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН, г. Красноярска, проведено исследование, целью которого стало изучить спонтанную и индуцированную хемилюминесцентную активность нейтрофильных гранулоцитов у больных распространенным гнойным перитонитом в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Забор крови для исследования хемилюминесцентной активности нейтрофильных гранулоцитов при РГП производили перед операцией (за 1 день), а также на 7-е, 14-е и 24-е сутки послеоперационного периода. В качестве контроля обследовано 67 здоровых людей аналогичного возрастного диапазона.

Исследование спонтанной и зимозан-индуцированной хемилюминесценции (ХЛ) гранулоцитов крови осуществляли по методу De Sole P. с помощью хемилюминесцентного анализатора «CL3606M» (СКТБ «Наука», Россия). Результаты хемилюминесцентного

анализа оценивали по следующим параметрам: время выхода на максимум интенсивности ХЛ (Tmax), максимальное значение интенсивности ХЛ (Imax) и площадь (S) под хемилюминесцентной кривой. Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна–Уитни. Статистический анализ осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 8.0.

Результаты: На 1-е и 7-е сут обследования показатели спонтанной люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофилов больных РГП не отличались от контрольных значений. На 14-е сут послеоперационного периода у пациентов РГП в 2,4 раза увеличивалась площадь под кривой хемилюминесценции (S), на 24-е сут выявлялось снижение максимума интенсивности (Imax) спонтанной люцигенин-зависимой хемилюминесценции относительно контрольных значений и до контрольного уровня – площади под кривой хемилюминесценции. Изменение максимума интенсивности и площади под кривой спонтанной и хемилюминесценции характеризует повышенный уровень синтеза супероксид-радикала и отражает активацию нейтрофильных гранулоцитов.

При исследовании показателей зимозан - индуцированной люцигенин-зависимой хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов на 7-е сут послеоперационного периода у обследованных пациентов в 2,4 раза повышается максимум интенсивности относительно контрольных значений и существенно увеличивается площадь под кривой хемилюминесценции как относительно контрольных значений, так и диапазона, выявляемого у больных в дооперационном периоде. На 14-е сутки послеоперационного периода обнаружено только превышение в 1,5 раза площади под кривой хемилюминесценции, на 24-е сутки обследования наблюдается снижение в 3,9 раза максимума интенсивности зимозан-индуцированной люцигенин- зависимой хемилюминесценции относительно значений, выявленных у больных РГП в дооперационном периоде, а также увеличение площади под кривой хемилюминесценции, чем у лиц контрольной группы.

Таблица 1 – Спонтанная люцигенин-зависимая хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов

Группа	Tmax, с	Imax	S, о.е.*10^5
Контроль (67 чел)	2380 (1698–3541)	7,26 (2,92–15,05)	3,12 (1,06–6,91)
Больные РГП			
Дооперационный период (1 сут)	1775 (1302–2921)	5,57 (1,21–14,08)	4,98 (1,09–16,00)
7-е сут после операции	1694 (1126–2551)	7,36 (2,56–17,23)	4,75 (2,85–12,00)
14-е сут после	1844 (891–4115)	8,46 (1,50–12,43)	7,63 (2,12–11,5)

операции			
24-е сут после операции	2300 (1865–3444)	3,02 (2,08–5,61)	3,58 (2,31–10,92)

Таблица 2 – Зимозан-индуцированная люцигенин-зависимая хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов

Группа	Tmax, с	Imax	S, о.е.*10^5
Контроль (67 чел)	2046 (1620-2710)	11,5 (7,58-27,71)	4,85 (2,94–9,94)
Больные РГП			
Дооперационный период (1 сут)	1748 (1489-2653)	7,84 (3,41–27,30)	8,96 (2,14–28,00)
7-е сут после операции	1706 (1485-2016)	28,32 (14,79–50,56)	25,8 (16,44–27,90)
14-е сут после операции	1533 (708-4888)	7,85 (2,48–17,43)	7,33 (1,65–12,10)
24-е сут после операции	2253 (1622-3756)	7,31 (4,78–12,82)	10,81 (8,76–13,50)

Заключение: Уровень синтеза супероксид-радикала нейтрофилами без внешней стимуляции повышается только на 14-е сутки после операции, а при индукции «дыхательного взрыва» уровень синтеза супероксид-радикала повышается на 7-е сутки послеоперационного периода и остается высоким до конца наблюдения. Можно заключить, что воспалительная реакция у больных РГП протекает на фоне исходной недостаточности реактивности нейтрофилов за счет пониженного уровня синтеза супероксид-радикала. В ходе лечения уровень синтеза супероксид-радикала повышается. К концу периода наблюдения выявляется тенденция к нормализации хемилюминесцентной активности нейтрофилов крови больных перитонитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коррекция синдрома системной воспалительной реакции при распространённом гнойном перитоните / Д. В. Черданцев, Ю. С. Винник, О. В. Первова и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – Т. 60, № 6. – С. 27-31

2. Бактериальная транслокация при релапаротомии в условиях распространённого перитонита / К. А. Апарцин, Ю. Б. Лишманов, Ю. М. Галеев и др. // Бюл. СО РАМН. – 2009. – Т. 136, № 2. – С. 95-99.
3. Козлов, В. К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В. К. Козлов. – Киев: Анна-Т, 2007. – 296 с.
4. Клиническое состояние и хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов больных распространенным гнойным перитонитом в динамике послеоперационного периода / Савченко А.А., Черданцев Д.В., Шапкина В.А. и др.// Бюллетеньсибирскоймедицины, -2014 -Т.13, N6. с. 10-19
5. Netrin-1 Signaling Dampens Inflammatory Peritonitis / ValbonaMirakaj,*Dimitra Gatidou,ClaudiaPotzsch,KlemensKonig // The Journal of Immunology, 2011, 186: 549–555.
6. Early Enhanced Local Neutrophil Recruitment in Peritonitis-Induced Sepsis Improves Bacterial Clearance and Survival / Florin L. Craciun, Elizabeth R. Schuller // The Journal of Immunology, 2010, 185: 6930–6938.

УДК 159.922

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

А.А. Шинкевич
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
Научный руководитель: к. психол. н., доц. В.Б. Чупина

В 1974 году американский психиатр Х. Дж. Фрейденбергер ввел термин «эмоциональное выгорание», характеризовав его как психологическое состояние здоровых людей, которые находятся в насыщенном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при предоставлении профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. Подверженными "эмоциональному выгоранию" признавались медицинские работники и сотрудники различных благотворительных организаций. В 1982 г. Р. Шваб расширил группу профессионального риска. В эту группу специалистов, он объединил всех, кто по роду своей профессиональной деятельности находится в сфере "Человек-человек".

Актуальность проблемы эмоционального выгорания определена сложным характером синдрома, который требует создания соответствующего инструментария по его профилактике и коррекции.

Проблема выгорания у медицинских работников касается не только сам персонал, но и пациентов, так как с повышением уровня эмоционального выгорания уменьшается качество предоставляемой помощи, так же возможно появление ошибок, которые могут привести к летальному исходу.

Профессия сотрудника медицинского учреждения несомненно является очень сложной, но также она содержит в себе массу скрытых опасностей для избравших ее. Существуют вполне осязаемые, так называемые, профессиональные заболевания – к ним относятся аллергии на антибиотики и другие лекарственные средства, реакции на дезинфицирующие препараты и т.д. Но есть и менее ощутимые, но от этого не менее грозные состояния. Эти изменения касаются психоэмоциональной сферы медицинского работника. Здесь накопление негатива происходит очень постепенно, иногда годами, а вот переход количественных изменений в качественное чаще всего может привести к потере не только специалиста для профессии, но и личности для общества. Труд среднего медицинского персонала очень тяжёлый, как физически, так и эмоционально, как вы поняли.

Что же такое эмоциональное выгорание и как оно проявляется?

Существуют разнообразные определения выгорания. В настоящее время имеется единая точка зрения на суть психического выгорания и его структуру. Согласно современным представлениям, под "психическим выгоранием" понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, возникающее в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, возникающее из-за собственной работы.

Эмоциональное истощение показывает себя в переживании кризисного состояния: чувствах беспомощности, безнадежности, при очень тяжелых проявлениях возникают эмоциональные срывы вплоть до суицидных мыслей. Появляется чувство "приглушенности", "притупленности" эмоций, когда профессионал уже не в силах откликнуться, эмоционально ответить на чужую боль.

В физическом отношении специалист неизменно чувствует усталость, отсутствие сил, пониженный энергетический тонус, у него падает работоспособность и возникают разные симптомы физических недомоганий: головные боли, бессонница, потеря аппетита или тяга к

перееданию, злоупотреблению успокаивающими или возбуждающими средствами и т.д.

Психологически эмоциональное выгорание начинает обнаруживаться в нарушении сферы отношений: постепенном развитии отрицательных установок в отношении себя, работы, тех, с кем доводится работать. Взаимодействия с клиентами становятся более сухими, обезличенными, формальными. Появляющиеся негативные или строгие установки по отношению к ним могут иметь вначале скрытый характер и выражаться во внутреннем напряжении и удерживаемой антипатии, но с течением времени проявляться во вспышках раздражения и провоцировать конфликтные ситуации.

Значительное проявление выгорания - это понемногу нарастающее недовольство собой, снижение чувства личной успешности, формирующиеся равнодушие и апатия, понижение ощущения ценности своей деятельности.

Деперсонализация представляет собой циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает холодное, бесчувственное отношение к клиентам, которые приходят для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Клиенты воспринимаются не как живые люди, а все их проблемные вопросы и беды, с которыми они приходят к специалисту, с его точки зрения, есть благо для них.

Редукция профессиональных достижений - появление у специалистов чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, понимание неуспеха в ней.

Труд медицинских работников ответственен, требует стойкости, предполагает высокую и устойчивую психо-эмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях. Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную яркость и большой процент факторов, из-за которых возникает стресс. Как правило, эмоции амбивалентны: удовлетворение по поводу удачно проведенной операции или лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильно поставленного диагноза или допущенной ошибки в лечении, зависть к успешным коллегам, разочарование в профессии и т.п.

Профессиональная деятельность работников сферы здоровья несет в себе вероятную угрозу формирования выгорания. Личностные черты эмоциональной неустойчивости, робости, подозрительности, склонности к чувству вины, консерватизма, импульсивности, напряженности, интроверсии имеют существенное значение в возникновении эмоционального выгорания.

Профессия медицинской сестры занимает одно из первых мест по риску возникновения эмоционального выгорания. Рабочий день медицинской сестры складывается из тесного

общения с пациентами, которые требуют внимания и заботы. Сталкиваясь с повышенным эмоциональным напряжением, медицинский работник вовлекается в него невольно и из-за этого сам начитает испытывать негативные эмоции.

Исследование эмоционального выгорания является одной из задач психологов, также как и разработка программ по его профилактике и коррекции.

Давайте разберем, с помощью каких психотерапевтических методов можно корректировать эмоциональное выгорание?

Ниже представлен ряд техник, направленных на профилактику и коррекцию выгорания.

Супервизия. Супервизионные группы весьма полезны для налаживания рабочих отношений и для лучшего понимания проблем пациентов. Особенно полезно проводить такие группы среди участников терапевтических бригад, в которых принимают участие специалисты разных профилей и статуса (врачи нескольких специальностей, психологи, медсестры, социальные работники). Участие в таких группах позволяет смягчить или наладить рабочие отношения, понять групповую динамику в данной бригаде специалистов, улучшить свое психологическое понимание проблем при составлении лечебных планов и в ежедневном общении с коллегами. Во время проведения супервизионных групп на обсуждение могут выноситься как проблемы пациента, так и проблемы персонала. Обсуждая одного-двух пациентов, персонал выявляет ряд проблем, общих для многих больных, что позволяет обобщить опыт и экстраполировать его на работу с другими пациентами. Обсуждение проблем персонала, которые возникают при работе с пациентом или коллегами, позволяет выявить механизмы психологической защиты, реакции переноса и контрпереноса и их динамику. Познание персоналом проблем больных и своих собственных психологических защит может привести к применению альтернативных планов ведения пациентов и к уменьшению выгорания.

Балинтовские группы. В отличие от классических клинических разборов, в этих группах акцент делается не на клиническом анализе статуса пациента, а на особенностях взаимоотношений между медицинским работником и больным (реакции, сложности, неудачи) и эти особенности медицинский персонал сам выносит на обсуждение группы. Балинтовские группы представляют особый вид супервизии, во время которой ведущий группы, используя групповые процессы, выявляет навыки и опыт всех членов группы. Во время встреч могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сензитивности, приемы эмпатического слушания и невербальной коммуникации и др. Участники балинтовских групп проясняют собственные чувства по отношению к больному, стереотипы своего профессионального поведения, затрудняющие решение проблем и «белые

пятна», препятствующие эффективной коммуникации с пациентами и коллегами. Участие в балинтовских группах способствует позитивной трансформации профессионального «Я», дает ее участникам позитивную оценку своей профессиональной деятельности, позволяет расширить способность группы специалистов лучше понимать проблемы пациентов и принимать решения.

Группы поддержки. Участие персонала в поддерживающих группах способствует пониманию сознательных и бессознательных механизмов, влияющих на способность эффективно работать с пациентами, препятствующих личностному росту и позитивной групповой динамике. Участие в таких группах связано с повышенной тревогой, так как работа в ней подразумевает откровенный разговор о чувствах, которые вызывают у участников группы пациенты, коллеги и сами участники. Целью таких групп является развитие чувствительности персонала и повышение личного чувства ответственности, что является ключевым моментом для развития персонала.

Группы тренинга. Участие в таких группах способствует развитию коммуникативных навыков персонала, а также улучшает познание сути общения. Это позволяет участникам групп расширить и изменить свои стратегии поведения, более чутко относиться к своим и чужим проблемам, помогает достичь самоидентичности и повысить самооценку. Результатом участия персонала в этих группах является личностный рост и развитие чувства собственного достоинства. Участие в подобных группах позволяет понять групповую динамику и ее влияние на участников группы, усиливает понимание влияния персонала на пациентов и на коллег, а также способствует развитию способности медицинского работника эмпатически идентифицироваться с пациентами.

Дебрифинг. Данный метод получил широкое распространение за рубежом в правоохранительных органах. После травматического события проводится обсуждение каждого случая. Основная цель дебрифинга – уменьшить чувство вины, купировать неадекватные и неэффективные реакции на случившееся у участников событий, что позволяет им эффективно продолжать свою работу. Во время дебрифинга все участники могут выразить свои мысли, чувства и ассоциации. Кроме того, необходимо обучение специалистов особым технологиям общения с «трудными больными» и их родственниками.

Регулярное создание позитивного эмоционального настроя. Источником позитивного эмоционального настроя является множество приятных занятий и событий: созерцание восхода солнца и его заката, общение с близкими по духу людьми и творческая самореализация, занятие спортом и рыбалкой и т.д. Разрабатывается специальный курс, направленный на преодоление негативных мыслей, постановку реалистических целей и преодоление депрессий. Выделяются виды деятельности, которые создают хорошее

настроение на весь день и несовместимы с депрессией.

Творческое самовыражение. Терапия творчеством и творческим самовыражением многообразна и включает в себя ряд методик, которые могут с успехом применяться как для профилактики, так и для коррекции выгорания. Преимущества этих методик терапии очевидны: для их реализации необходимо только желание человека духовно расти и совершенствоваться. Творческий процесс вырывает человека из банальной повседневности, позволяет по-иному взглянуть на мир и свое место в нем, почувствовать новый аромат жизни

Данные методы и программы, ориентированные на профилактику и коррекцию синдрома выгорания, могут быть использованы не только единично, но и в комплексе, так же они могут быть модифицированы согласно специфике, отобранной для психологической коррекции, группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. - М.: Наука, 1998. - С.231-244.
2. Авхименко, М.М. Некоторые факторы риска труда медика/М.М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С.25-29.
3. Аргайл, М. Психология счастья / М. Аргайл. — СПб.: Питер, 2003. — 271 с.
4. Барабанова, М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания/М.В. Барабанова // Вестник Московского университета. Серия 14. "Психология". - М.: Издательство МГУ, 1995. - № 1. - С.54 - 67.
5. Безносов, С.П. Профессиональная деформация личности / С.П. Безносов // Коллектив, личность, общение. - 1987. - С.42 – 43.
6. Бойко, В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
7. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989. — 304 с.
8. Водопьянова, Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья/Под ред.Г.С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. - С.443-463
9. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова,Е.С. Старченкова - 2-е издание - СПб: Питер, 2008. - 338 с.
10. Знаков, В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. Работников / В.В. Знаков // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 – 81
11. Юрьева, Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. — Киев: Сфера, 2004. —272 с.

УДК: 616.995.1-053.2-08

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ТОКСОКАРОЗ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

М.А.Шкарубо

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.И. Зарянкина

Токсокароз – широко распространенное заболевание, вызываемое личинками Toxocara canis, характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями.

Диагностика токсокароза затруднительна ввиду полиморфизма и неопределенности клинических проявлений, поэтому с ним могут встретиться врачи самых разных специальностей – педиатры, терапевты, окулисты, гематологи, гастроэнтерологи, неврологи, дерматологи и другие.

Возбудитель токсокароза – нематода семейства Anisakidae рода Toxocara. Известны два вида токсокар: Toxocara canis – гельминт, поражающий главным образом представителей семейства псовых, и Toxocara mystax – гельминт семейства кошачьих, который иногда в англоязычных странах называют Toxocara cati.

Заражение человека происходит при проглатывании инвазионных яиц токсокар. В проксимальном отделе тонкого кишечника из яиц выходят личинки, которые через слизистую оболочку проникают в кровоток, затем заносятся в печень и правую половину сердца. Попав в лёгочную артерию, личинки продолжают миграцию и переходят из капилляров в лёгочную вену, достигают левой половины сердца и затем разносятся артериальной кровью по разным органам и тканям. Мигрируя, они достигают пункта, где диаметр сосуда их не пропускает (диаметр личинки 0,02 мм), и здесь они покидают кровяное русло. Личинки токсокар оседают в печени, лёгких, сердце, почках, поджелудочной железе, головном мозге, глазах и других органах и тканях, сохраняя жизнеспособность в течение длительного времени (месяцы, годы) [3].

Клиника. Соотношение частоты различных клинических форм токсокароза изучено недостаточно, однако по данным Центра по борьбе с болезнями в США на висцеральный токсокароз приходится 20 %, глазной – 67 %, бессимптомный – 13 % от общего числа зарегистрированных в 1981 г. случаев.

Висцеральный токсокароз. Болеют как дети, так и взрослые, хотя у детей это заболевание встречается чаще. Развитие висцерального токсокароза происходит вследствие заражения большим числом личинок и ассоциируется, например, у детей, с привычкой геофагии. Основными симптомами токсокароза являются рецидивирующая лихорадка (чаще – субфебрильная, реже – фебрильная, температурная реакция, как правило, наблюдается в период лёгочных проявлений (62% случаев), лёгочный синдром, увеличение размеров печени, лимфаденопатия, эозинофилия, гипергаммаглобулинемия [2].

Синдром поражения лёгких встречается у 65% больных висцеральным токсокарозом и варьирует в широких пределах: от катаральных явлений до тяжёлых астмоидных состояний. У больных наблюдаются рецидивирующие катары, бронхиты, бронхопневмонии. Беспокоит сухой кашель, частые приступы ночного кашля, в некоторых случаях — тяжёлая одышка с астматическим дыханием и цианозом. При рентгенологическом исследовании могут выявляться множественные или единичные эозинофильные инфильтраты, усиление лёгочного рисунка, картина бронхолёгочной инфильтрации [2].

Наряду с синдромом поражения лёгких часто отмечается увеличение размеров печени. Примерно у 20% больных увеличена селезёнка, у 67% – лимфатические узлы (небольшого размера, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями), вплоть до системной лимфаденопатии. Отмечается абдоминальный синдром (боли в животе, вздутие живота, тошнота, иногда рвота, диарея). Заболевание сопровождается разнообразного типа рецидивирующими высыпаниями на коже (эритематозные, уртикарные) [3].

Лабораторные показатели. Одним из ведущих и наиболее постоянных проявлений висцеральной формы токсокароза является стойкая длительная эозинофилия вплоть до развития эозинофильно-лейкемоидных реакций крови. Эозинофилия может сохраняться течение нескольких месяцев и даже лет [1].

Диагностика. Прижизненный паразитологический диагноз токсокароза практически невозможен, поскольку обнаружить мигрирующие личинки трудно, а идентифицировать их по гистологическим срезам весьма непросто. Тем не менее, окончательный паразитологический диагноз токсокароза ставят без сомнений только при обнаружении личинок в биоптатах тканей. Ограниченная возможность паразитологической диагностики приводит к тому, что ведущими в диагностике токсокароза являются иммунологические тесты. Установлена корреляция между клиническими проявлениями, тяжестью процесса и титрами антител. Титр специфических антител 1:800 и выше с большой степенью вероятности свидетельствует о заболевании, а титры 1:200, 1:400 – о носительстве токсокар при висцеральном токсокарозе и патологическом процессе при токсокарозе глаза. За лицами с низкими титрами противотоксокарных антител при наличии показаний следует установить

диспансерное наблюдение и при появлении клинических признаков болезни провести специфическую терапию [1, 2].

Лечение. Методы специфической терапии токсокароза находятся в разработке. В настоящее время применяют вермокс (мебендазол) и немозол (альбендазол).

Длительность диспансерного наблюдения зависит от давности заражения, интенсивности инвазии, реактивности организма больного. Контроль периферической крови и ИФА проводят через месяц после окончания курса лечения. Повторные курсы назначаются не ранее чем через 3 месяца. Длительность лечения иногда достигает 3 лет, а количество курсов специфической терапии – 5–6. Контроль лечения после его окончания продолжается не менее 3 лет [3, 4].

За период 2008 – 2014 годы на базе инфекционного отделения У «Гомельская областная детская клиническая больница» (Республика Беларусь) проведено 76 серологических исследований сыворотки крови на антитела к токсокарам. Диагностировано 6 случаев токсокароза у детей с острой патологией органов дыхания.

Первый случай диагностики токсокароза (Случай из клинической практики):

Девочка, 8 лет. Проживает: Гомельская область, Гомельский район, д. Красное

Anamnesisvitae. Родилась в срок, от первой беременности, вес при рождении 3830 г. Грудное вскармливание до 1 месяца. Росла и развивалась нормально.

Из перенесенных заболеваний – ветряная оспа, ОРИ.

Аллергологический анамнез: пищевая аллергия.

Anamnesis morbi. Первая госпитализация в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» 28.08.2007 г. по направлению участкового педиатра с жалобами на малопродуктивный кашель в течение 1,5 недель, повышение температуры тела до 38-40 ºС. Состояние при поступлении среднетяжелое за счет интоксикации, умеренных катаральных явлений. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве неяркая гиперемия миндалин, налетов нет. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, перкуторно справа укорочение легочного звука, дыхание без участия вспомогательной мускулатуры, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления без особенностей. Менингеальные знаки отрицательны.

В анализе крови (29.08.2007г.): незначительный лейкоцитоз (10,3х10 ^{9} /л), СОЭ 28 мм/ч. В контрольном анализе крови (07.09.2007г.) – эозинофилия (20%).

При рентгенографии органов грудной клетки – двусторонняя очаговая бронхопневмония.

ОАМ, посев мокроты, бактериологический анализ кала, кал на я/г, соскоб на энтеробиоз – без особенностей.

Лечение включало: антибактериальные препараты, муколитики, симптоматическую терапию, физиолечение.

Была выписана домой 17.09.2007г. с выздоровлением под наблюдение участкового педиатра.

Вторая госпитализация в октябре 2007 г.. Направлена участковым педиатром на 5-й день заболевания с жалобами на повышение температуры тела до 39ºС, кашель, снижение аппетита.

Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет катаральных явлений и симптомов умеренной интоксикации. Кашель частый, навязчивый, малопродуктивный. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание жесткое, ослаблено с обеих сторон в нижних отделах, влажные, мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Результаты клинико-лабораторных обследований: общий анализ крови – лейкоцитоз ($11,2x10^9$/л), ускорение СОЭ (31 мм/ч). Общий анализ мочи, кал на я/г, соскоб на энтеробиоз, посев мокроты – без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки – двусторонняя очагово-сливная бронхопневмония.

Ребенку назначены антибактериальные препараты, муколитиками, физиолечение. Выписана с клинико-рентгенологическим выздоровлением 06.11.2007г.

Третья госпитализация в феврале 2008 г. с жалобами на сухой кашель, насморк. Состояние при поступлении среднетяжелое за счет умеренных симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено. В легких жесткое дыхание, выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы справа, ЧД 24 в минуту. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 96 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

В общем анализе крови от 08.02.2008г. и 18.02.2008г. выявлена эозинофилия (17% и 15% соответственно), ускорение СОЭ до 19 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки – картина правосторонней сегментарной пневмонии. На фоне проводимой терапии пневмонии состояние ребенка удовлетворительное, выписана под наблюдение участкового педиатра.

Четвертая госпитализация 27 марта 2008г. с жалобами на малопродуктивный кашель, насморк в течение 4 дней. Анамнез - за последние 8 месяцев ребенок перенес три пневмонии.

Состояние при поступлении среднетяжелое за счет умеренных катаральных явлений, температура тела 36,2ºС. При осмотре: кожные покровы чистые, бледно-розового цвета, слизистые выделения из носа, в зеве – умеренная гиперемия, налетов нет. В легких жесткое дыхание, влажные разнокалиберные хрипы с двух сторон в нижних отделах легких, ЧД 32 в минуту. По внутренним органам – без особенностей.

В общем анализе крови эозинофилия: 10% (28.03.2008г.), 15% (25.04.2008г).

Рентгенография органов грудной клетки: правосторонняя сегментарная бронхопневмония.

Учитывая четвертую пневмонию были проведены следующие обследования:

-консультация торакального хирурга (проведена бронхоскопия, удалена слизисто-гнойная пробка (взята на посев)). Заключение: гнойный эндобронхит, слизисто-гнойная пробка среднедолевого бронха справа.

-консультация генетика (проведен потовый тест). Данных за муковисцидоз нет.

-анализ крови на респираторные хламидии, микоплазмы (ИФА): обнаружены АТ IgG к хламидиям пневмонии в титре 1:5.

-ИФА на токсокароз: выделены АТ IgG в титре 1:1600.

-консультация офтальмолога. Патологии не выявлено.

-УЗИ органов брюшной полости – без патологии.

Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование кала, кал на я/г, соскоб на энтеробиоз, посев мокроты, посев промывных вод бронхов – все показатели без особенностей.

Учитывая АТ IgG к токсокарам в титре 1:1600, данные рентгенологического исследования органов грудной клетки, анамнез выставлен диагноз: Токсокароз, висцеральная форма. Правосторонняя сегментарная S5-7 пневмония, острое течение, ДН0.

Ребенку назначена антибактериальная, противогельминтная (немозол 200 мг. 2 раза в сутки на 10 дней), симптоматическая терапия.

Выписана с клинико-рентгенологическим выздоровлением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь, Т. П. Клиническая лабораторная диагностика токсокароза / Т. П. Бондарь // Справочник заведующего КДЛ. – 2008. – №3. – С. 37-40.

2. Булатов, В. Н. Клиника и диагностика токсокароза у детей / В. Н. Булатов, Г. П. Петрова, И. Н. Чередова // Казанский медицинский журнал. – 2000. – №3. – С. 234-236.

3. Лысенко, А. Я. Токсокароз : учебное пособие / А. Я. Лысенко. – М., 2004. – 40 с.

УДК 159.922.72

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ КАК ФОРМА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е.А. Шустерова

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

Кафедра клинической психологии и психиатрии с курсом ПО

Актуальность. Среди многообразия проблем современной психологии, процесс общения является одной из наиболее популярных и интенсивно исследуемых. Общение выступает в качестве одного из важнейших факторов эффективности человеческой деятельности [4].

В то же время актуальным, в частности в связи с решением задач воспитания подрастающего поколения, является другой ракурс рассмотрения проблемы общения – формирования личности в нем. Как показывают результаты психолого-педагогических исследований, именно в установлении контакта в процессе общения, и, прежде всего в непосредственном общении со значимыми другими (родителями, педагогами, сверстниками и т.д.) приходит становление человеческой личности, формирование важнейших её свойств, нравственной сферы, мировоззрения [3]. Работая над этой проблемой, были изучены статьи, исследования разных преподавателей и аспирантов кафедры психологии ГрГУ, МГУ, МГПИ им. М. Горького и Могилевского пединститута таких как: К.В. Вербовой, С.В. Белохвостовой, П.Р. Галузо, Я.Л. Коломенского, А.А. Амелькова и многих других известных психологов

Актуальность данной курсовой работы заключается в выявлении причин, вызывающих трудности в установлении контакта в процессе общении, что в свою очередь является важным фактором успешного перехода от младшего школьного возраста к подростковому возрасту, а затем к юношескому.

По данным различных исследований, в России до 30% детей младшего школьного возраста имеют проблемы в обучении и не справляются с требованиями школьной программы. Это дети – в целом нормальные: с нормальным слухом и зрением, отсутствием умственной отсталости, заметных дефектов речи и опорно-двигательного аппарата. Они испытывают значительные трудности в учебе из-за повышенной утомляемости, неустойчивого внимания, плохой памяти, недостаточного уровня развития мышления и речи .

Увеличение числа таких детей отмечается во всем мире, поэтому проблема трудности в обучении стала одной из актуальных психолого-педагогических проблем сегодняшнего времени. Исходя из этого, можно считать тему дипломной работы «Развитие коммуникативных навыков как форма коррекции когнитивной сферы младших школьников» актуальной[1].

Развитие психики ребёнка в отечественной и зарубежной психологии понимается как исключительно сложный, противоречивый процесс, подчиненный взаимодействию многих факторов. Степень нарушения темпа созревания мозговых структур, а следовательно, и темпа психического развития, может быть обусловлена своеобразным сочетанием неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов[2].

Цель. Разработать и апробировать тренинговую программу, направленную на формирование коммуникативных навыков как форму развития когнитивной сферы младших школьников.

Гипотеза исследования. Специально организованная система тренинговых мероприятий будет способствовать развитию коммуникативных навыков, посредствам которых появится возможность развить когнитивной сферы учащихся четвертых классов.

Задачи.

1. Проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме развития коммуникативных навыков младших школьников.

2. Проанализировать методы изучения коммуникативных навыков и когнитивной сферы младших школьников и разработать методику констатирующего эксперимента. Выявить особенности коммуникативных навыков и когнитивной сферы младших школьников.

3. Разработать психолого-педагогические рекомендации, способствующие развитию коммуникативных навыков и когнитивной сферы младших школьников.

4. Разработать и апробировать систему тренинговых мероприятий, которые будут способствовать успешному развитию коммуникативных навыков и коррекции когнитивной сферы учащихся 4 классов.

Эмпирическая база исследования. Для профилактической работы была выбрана группа из 10 человек (с самыми низкими результатами по первому срезу), вторая половина класса 10 человек (со средними и высокими показателями по первому срезу) стала контрольной.

Методы исследования: Тест оценки коммуникативных умений, Диагностика коммуникативного контроля (М. Шнайдер), Оценка вербально-логического мышления, Уровень саморегуляции, Методика «10 слов», Басня. В ходе исследования у обеих групп

был выявлен низкий и средний уровень коммуникативных навыков и развития когнитивных функций.

Сравнение 2-х групп при первичной диагностике для сопоставления одной группы с другой проводилось с помощью математического анализа по U-критерию Манна-Уитни для зависимых выборок, в результате которой получились следующие данные.

После этого перед нами стояла задача попытаться повысить данные показатели с помощью тренинга.

По окончанию тренинга отсрочено проводилась повторная диагностика, в результате которой получились следующие данные. Сравнение проводилось по U-критерию Манна-Уитни для зависимых выборок.

Наряду с математической обработкой тестовых данных был проведен качественный анализ отзывов участников тренинга. Отзывы о программе были собраны в устном виде одновременно с отсроченной диагностикой. Дети положительно отзывались о проведенном тренинге, к концу занятий были заметны результаты, ребята стали сплоченнее и общительнее.

Результаты исследования. В ходе проведенного экспериментального исследования, было выявлено сниженное развитие коммуникативных навыков и когнитивной сферы у учащихся четвертого класса. После проведения тренинга показатели детей, по всем шести методикам повысились. В данной статье мы приводим наиболее выраженные изменения показателей.

Таким образом, до проведения тренинга при оценке вербально-логического мышления 80% учащихся четвертого класса показали низкие результаты и 20% учащихся показали средние результаты. В следующей методике, «Тест оценки коммуникативных умений», 60% учащихся показали средние результаты и 40% учащихся четвертого класса показали низкие результаты.

После проведения тренинга показатели значительно улучшились. При оценке вербально-логического мышления 30% учащихся показали высокий результат и 70% низкий. При проведении «Теста оценки коммуникативных умений», 60% учащихся показали высокие результаты и 40% учащихся показали средние результаты.

Подводя итоги, мы можем сделать вывод об эффективности разработанной тренинговой программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батаршев А.В. Организаторские и коммуникативные качества личности. – Таллинн, 1998.
2. Дубровина М.В. Индивидуальные особенности школьников. - М.: 2005г.

3. Зимняя В.Н. Педагогическая психология. М.: Изд-во Просвещение.
4. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. - М., 2002.

УДК 613.3:663.64.05:[378:61-057.875]

ИССЛЕДОВАНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАДКИХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ СТУДЕНТАМИ КРАСГМУ

С.С. Яганова, П.Ю. Анонен, М. Ю. Демакова, М.В. Зорин
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО
Научный руководитель: к.м.н., асс. Е.А. Пронина

В современном мире огромную популярность получили сладкие газированные напитки. Люди пьют их везде: дома, в кино, на работе. Особенно их любят школьники. По данным американских ученых до 65% старшеклассников ежедневно употребляют сладкие напитки: газировки, соки, холодный чай и т.д. Они выяснили, что употребление газированных напитков связанно с большой распространенностью ресторанов быстрого питания (почти все опрошенные едят в них около 3 раз в неделю) и сидячим образом жизни (старшеклассники проводят за просмотром телевизора больше 2 часов в сутки) [1]. В последнее время ученые все чаще говорят об увеличении риска развития таких серьезных заболеваний, как ожирение и сахарный диабет 2 типа, вследствие употребления сладких газированных напитков [2]. В связи с этим в США количество выпиваемых напитков в период с 2000-2010 снизилось на 8 % [3]. К сожалению, такой статистики по нашей стране мы не нашли. Поэтому нам захотелось провести собственное исследование.

Целью нашего исследования явилось выяснить особенности употребления сладких газированных напитков студентами КрасГМУ. В задачи исследования входило: 1. Изучить частоту употребления сладких газированных напитков студентами КрасГМУ в зависимости от курса и пола. 2. Выяснить причины употребления данных напитков студентами. 3. Узнать осведомленность студентов о заболеваниях, связанных с употреблением сладких газированных напитков.

В соответствии с задачами исследования нами была разработана анкета (Рис.1). Было проведено анонимное анкетирование студентов 1 и 6 курса. В анкетировании приняли участие 360 человек, из них 150 студентов 6 курса и 210 студентов 1 курса. Статистическая

обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 8.0. Была изучена литература по данной теме.

Анкета

1. Факультет_____ Курс _____
2. Возраст _____ Пол _____
3. Я употребляю сладкие газированные напитки, потому что

1. это вкусно
2. это модно
3. они утоляют жажду
4. они утоляют голод
5. помогают взбодриться

4. Я употребляю сладкие газированные напитки

1. ежедневно
2. почти каждый день
3. 2-3 раза в неделю
4. редко
5. не употребляю вообще

5. По Вашему мнению сладкие газированные напитки могут способствовать развитию

1. ожирения
2. кариеса
3. остеопороза
4. сахарного диабета 2 типа
5. не вредят здоровью

6. Вы обычно покупаете газированные напитки емкостью

1. 0,33л
2. 0,5 л
3. 1 л
4. Больше 1л
5. Не покупаю

Рисунок 1 - Анкета для изучения особенностей употребления сладких газированных напитков студентами КрасГМУ.

В ходе анкетирования у нас получились следующие результаты. Только 27,5% студентов регулярно употребляют газированные напитки (из них лишь 5,3% ежедневно), а 72,5 почти не употребляют их (поскольку 54, 7% пьют газ. напитки редко). (Рис.2)

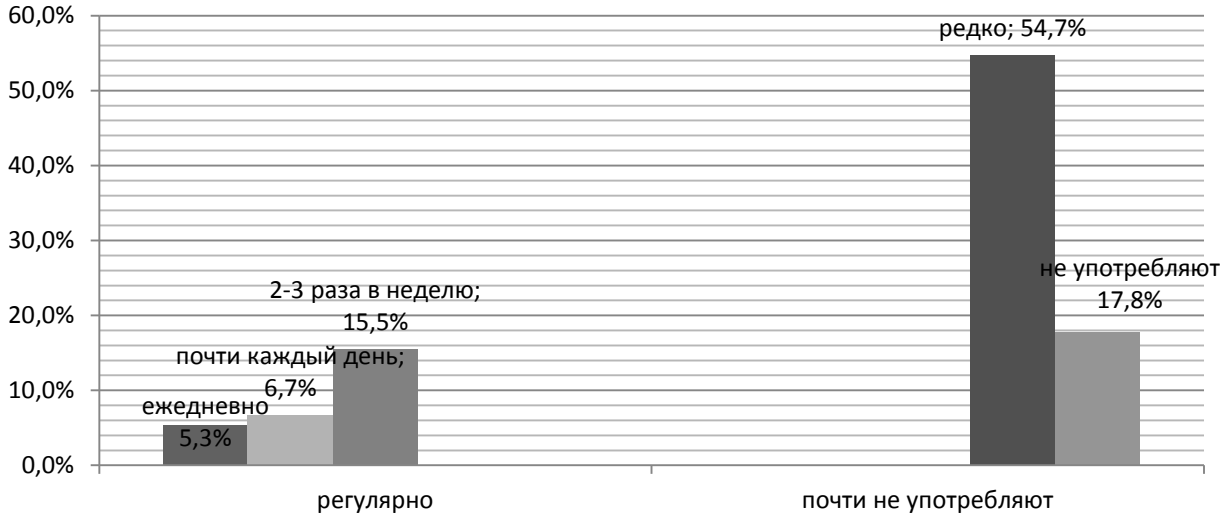


Рисунок 2 – График частоты употребления газированных напитков студентами КрасГМУ.

Также мы выяснили, что средний объем выпиваемый студентами составляет 0,5 литра, однако достаточно большой процент (22,5%) предпочитает бутылки объемом 1 литр и больше (Рис.3).

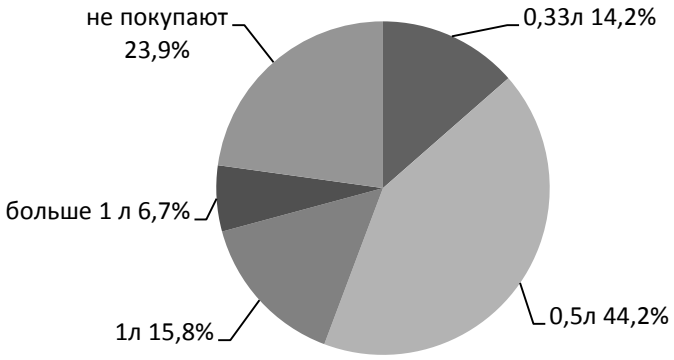


Рисунок 3 - Объем бутылки, приобретаемых газированных напитков.

Основная причина употребления газированных напитков их вкус (57,8% опрошенных пьют газировку, потому что это вкусно), для 19,2% они утоляют жажду, 8,1% напитки бодрят и лишь 2,8% считают, что пить газированные напитки модно (Рис.4).

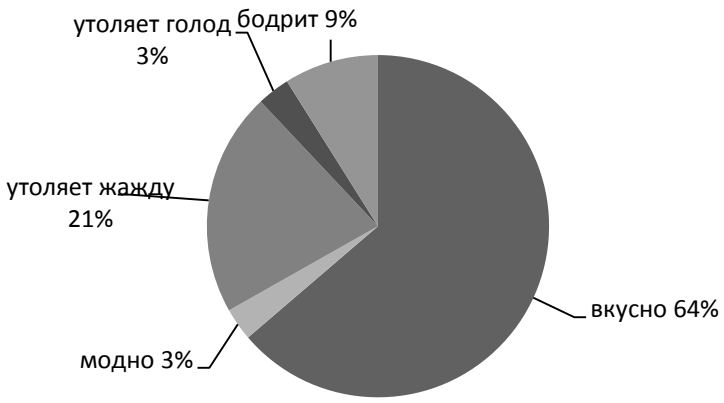


Рисунок 4 - Причины употребления сладких газированных напитков.

Для нас немало важным было выяснить, насколько хорошо студенты осведомлены о заболеваниях, связанных с употреблением газированных напитков. Как оказалось, 72,2% опрошенных считают, что газ. напитки вызывают ожирение, 64,2% - кариес, 56,4% - сахарный диабет 2 типа, 19,7% - остеопороз, и лишь 2,5% - не вредят здоровью. (Рис.5)

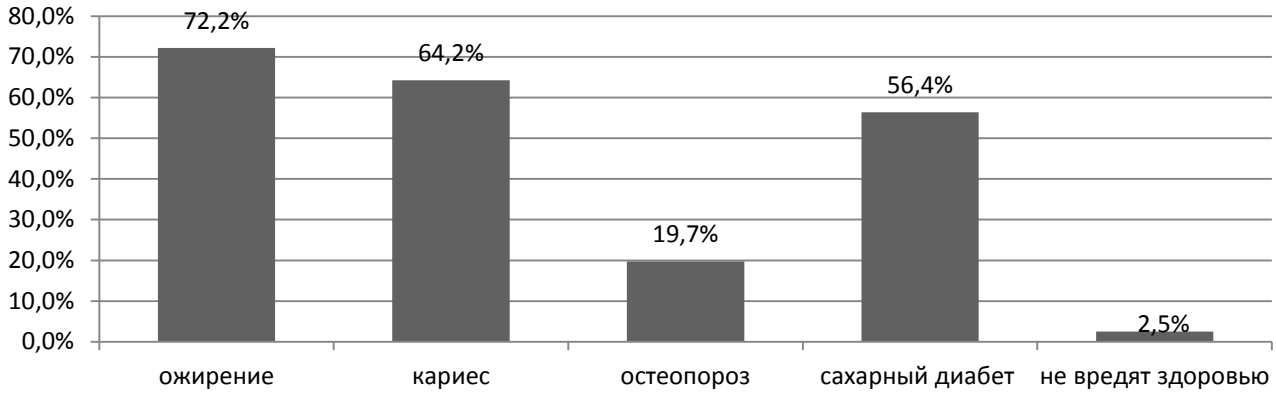
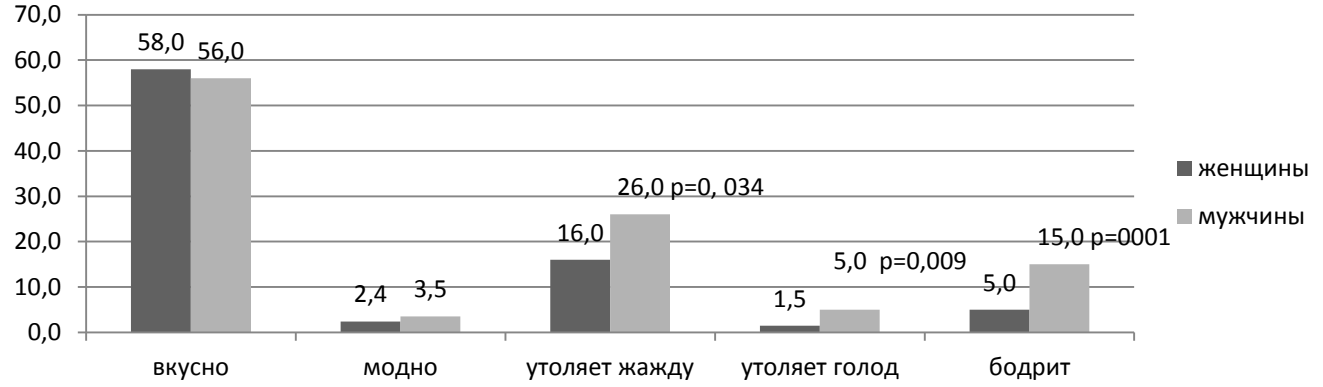


Рисунок 5 – График осведомленности студентов о заболеваниях, связанных с употреблением сладких газированных напитков.

Мы проанализировали особенности употребления газированных напитков студентами КрасГМУ в зависимости от курса. Значимых отличий по всем пунктам анкеты не выявлено. Нельзя не отметить, что студенты 1 курса также хорошо осведомлены о заболеваниях, связанных с употреблением газированных напитков, как и студенты старшего курса.

Затем мы проанализировали особенности употребления газированных напитков в зависимости от пола. Мужчины чаще употребляют газ. напитки с целью утоления жажды, голода или с целью взбодриться (Рис.6).



Риснок 6 – График причин употребления газ. напитков в зависимости от пола

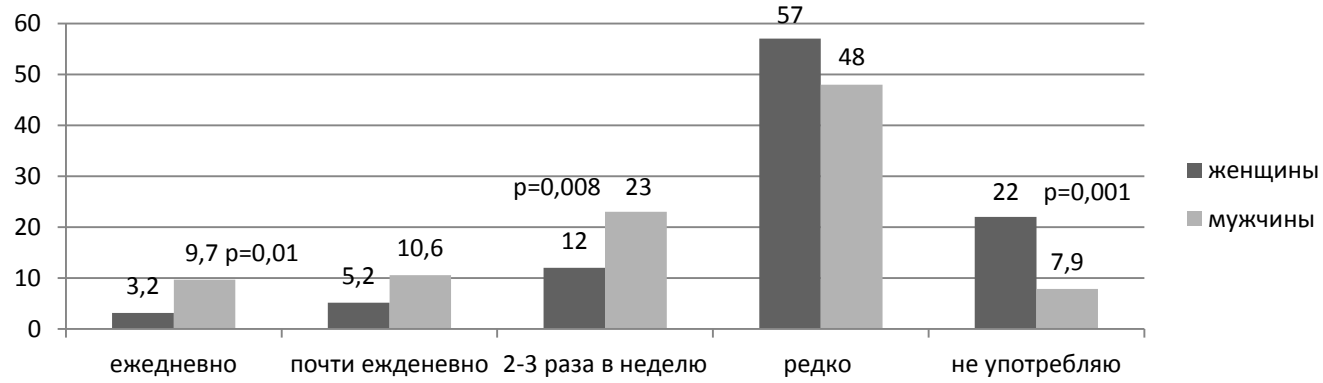


Рисунок 7 - График частоты употребления газ .напитков в зависимости от пола.

Среди мужчин процент лиц регулярно употребляющих газ. напитки оказался значимо больше, чем среди женщин (Рис.7). Мужчины также чаще, чем женщины приобретали бутылки объемом 1 литр и больше (Рис.9). Возможно, это связано с тем, что женщины в большей степени склонны считать употребление сладких газированных напитков причиной ожирения.

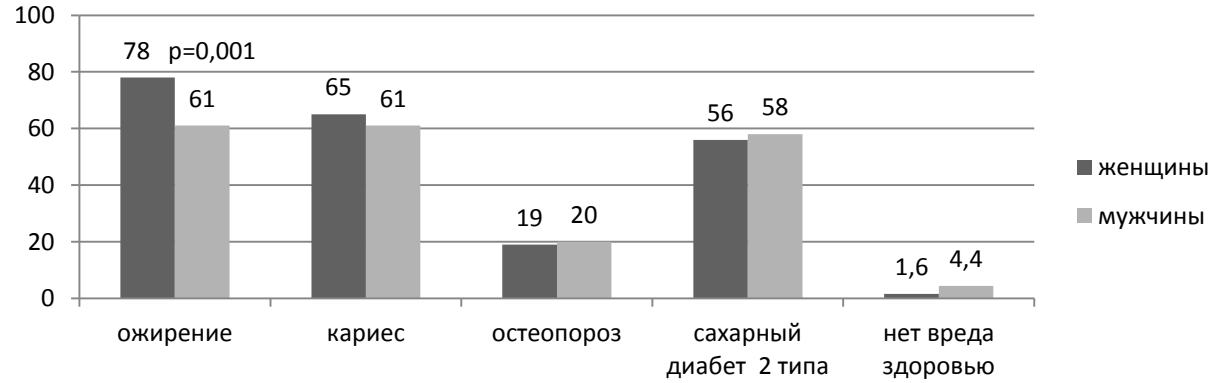


Рисунок 8 – График осведомленности о заболеваниях, ассоциированных с употреблением газированных напитков в зависимости от пола.

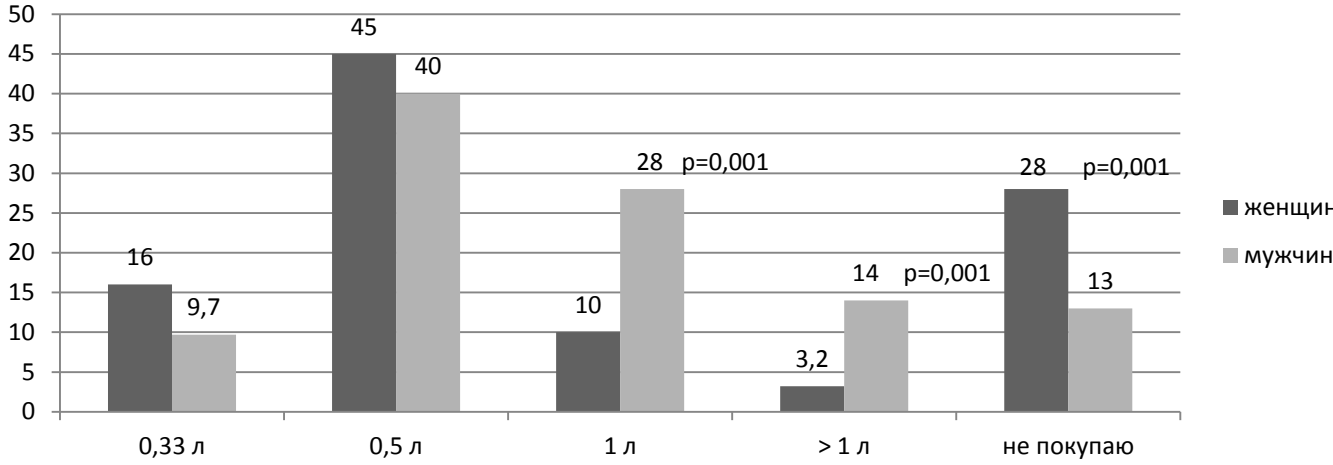


Рисунок 9 – График объема бутылки приобретаемых газ. напитков в зависимости от пола.

В заключение можно сказать, что только 22 % студентов КрасГМУ регулярно употребляют газированные напитки. Большей популярностью они пользуются среди мужчин, среди которых число регулярно употребляющих газированные напитки составило 27,2 %. Мужчины также чаще приобретают бутылки объемом 1 литр и больше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Factors Associated with Sugar-Sweetened Beverage Intake among United States High School Students / S. Park, H.M. Blanck, B. Sherry, at al. // Am J Clin Nutr – 2013 - V. 98. - № 1. - P.180-188.

2. Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: A meta-analysis / V. S. Malik, B. M. Popkin, G. A. Bray, at al. // Diabetes Care. – 2010. - V. 33. – №11. – P.2477-2483.

3. Trends in sugar-sweetened beverage consumption among youth and adults in the United States: 1999–2010/ B. K Kit, T. HI Fakhouri, S. Park at al. // Am J Clin Nutr. – 2013. - V. 98. - №1. – P.180-188.

УДК 616.37-002.2-092

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КГБУЗ КМКБСМП ИМ. Н.С. КАРПОВИЧА ПО ДАННЫМ ЗА 5 ЛЕТ

И.В. Языков, В.В. Кайрыш, Г.Т. Микаиллы
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского
Научные руководители: д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий, к.м.н., доц. Р.Н. Борисов

Проблема острого панкреатита (ОП) является одной из актуальнейших в экстренной хирургии. В Российской Федерации отмечается неуклонный рост заболеваемости ОП, на сегодняшний день она составляет 38 случаев на 100 тыс. населения [3]. Больные ОП составляют 5-13% от общего числа пациентов хирургического профиля, из которых у 5-16% развиваются гнойно-некротические поражения. Летальность при деструктивных формах ОП остаётся высокой, достигая 30%, а при тяжёлом ОП – 70-80%, при стойкой инвалидизации выживших до 40-50% [2, 4, 6].

По данным КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича за 5 лет ОП занимает первое место в структуре острой абдоминальной хирургической патологии (табл. 1), каждый год на лечении находится около 900-1000 больных ОП. За анализируемый период (2010-2014 гг.) на лечении находились 4636 больных ОП, из которых мужчин было 1962 (42,3%), женщин – 2674 (57,7%), в возрасте до 60 лет – 3016 (65,1%).

Таблица 1 – Структура острой хирургической патологии в КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

Заболевание (МКБ 10)	Количество пролеченных больных				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Острый аппендицит (К35)	586	631	646	689	669
Острые заболевания желчного пузыря и желчных протоков (К80-К83)	740	810	771	779	790
Острый панкреатит (К85)	864	1083	867	833	989

При диагностике ОП учитываются следующие показатели [1, 5]:

- Типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли «опоясывающего характера», неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.).
- УЗИ-признаки: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости.
- Лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия).
- Высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2-3 раза превышающая

активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе или лапароскопии.

- Лапароскопические признаки ОП.

Для определения тяжести ОП используются[2]:

- Шкала СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.
- Шкала тяжести панкреатита по Ranson.
- КТ степень поражения по Balthazar.
- APACHE-III, SAPS-II.
- Шкалы полиорганной дисфункции MODS, SOFA.
- С-реактивный белок (маркер панкреонекроза).
- Уровень прокальцитонина (маркер инфицирования).

Диагностику гнойных осложнений тяжёлого ОП проводим по следующим критериям:

- Клинико-лабораторные проявления гнойного очага: прогрессирование клинико-лабораторных показателей ССВО; высокие показатели островоспалительных маркеров (С-реактивного белка и прокальцитонина); ухудшение состояния больного по системам SAPS-II, APACHE-III, SOFA.
- Инструментальные критерии нагноения: КТ-признаки (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, в очаге панкреатогенной деструкции и/или наличие пузырьков газа).

Протокол инструментальной диагностики ОП включает в себя:

- ЭКГ.
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
- ФГДС (с осмотром БДС).
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Консервативное лечение нетяжёлого ОП проводим по согласованному с Министерством здравоохранения Красноярского края протоколом, который включает в себя:

- Голод.
- Аналоги соматостатина (октреотид).
- Анальгетики.
- Спазмолитики.
- Инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела больного с форсированием диуреза в течение 24-48 ч.

Оперативная активность при ОП (табл. 2) не превышает 7%, однако в последние годы отмечается тенденция к её снижению (4,9% в 2014 г.).

Таблица 2 – Оперативная активность при ОП в КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
53/1083	4,9	61/867	7,0	45/833	5,4	48/989	4,9

Хирургическая тактика в фазу токсемии:

- Видеолапароскопия.
- Чрескожная пункция или дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства.
- Декомпрессия билиарного тракта под контролем УЗИ или ЭПСТ.

При этом, важным в лечебной тактике считаем то, что открытые «традиционные» хирургические вмешательства (лапаротомия или люмботомия) в фазу токсемии при тяжёлом панкреатите категорически противопоказаны [2].

Показания к лапароскопии при ОП:

- Перитонеальный синдром, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости.
- Необходимость дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Основные задачи лапароскопия при ОП:

✓ Диагностические:

- Подтверждение диагноза ОП (и, соответственно, исключение других острых хирургических заболеваний брюшной полости).
- Выявление признаков тяжёлого панкреатита.

✓ Лечебные:

- Удаление перитонеального экссудата.
- Дренирование брюшной полости.
- Чрескожная чреспечёночная лапароскопическая микрохолецистостома при остром холецистите или признаках билиарной гипертензии.

Декомпрессия желчевыводящих путей:

- ЭПСТ без ЭРХПГ – при диагностированном резидуальном или рецидивном холедохолитиазе, холедохолитиазе на фоне хронического калькулёзного холецистита, остром обтурационном холангите, папиллите или папиллостенозе.
- Чрескожная чреспечёночная микрохолецистостомия или холангиостомия – при невозможности проведения ЭПСТ (технические ограничения – резекция желудка, гастрэктомия, анатомические особенности зоны БДС, сопутствующий острый

обтурационный холецистит).

Лечение в период гнойных деструктивных осложнений:

- При развитии гнойных осложнений показано срочное хирургическое вмешательство – открытые «традиционные» – дренирующие и санирующие вмешательства. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной.
- Чрескожное дренирование под контролем УЗИ ограниченных гнойных жидкостных образований (жидкостные скопления, панкреатический абсцесс, инфицированная псевдокиста).
- Контроль за эффективностью дренирования проводится с помощью фистулографии, УЗИ и КТ каждые 7-10 дней. Неэффективность дренирования или появление новых гнойных очагов служит показанием к повторной операции с дополнительной некрэктомией и дренированием.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению лапароскопических операций (табл. 3) относительно открытых.

Таблица 3 – Соотношение лапароскопических и открытых операций при ОП в КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2011 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Только лапароскопические операции	6	30,0	21	42,0	27	50,0	18	47,4	21	43,8
Только «открытые» операции	14	70,0	29	58,0	27	50,0	20	52,6	27	56,2

Таблица 4 – Структура летальности при ОПКГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

Летальность	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общая	24/ 864	2,8	26/ 1083	2,4	20/ 867	2,3	11/ 833	1,3	26/ 989	2,6
Послеоперационная	13/ 34	38,2	14/ 53	26,4	12/ 61	19,7	8/45	17,8	19/ 64	29,7
После «открытых»	13/	48,1	13/	41,9	11/	32,4	8/25	32,0	14/	45,2

операций	27		31		34				31	
При гнойных осложнениях	8/11	72,7	5/5	100,0	8/14	57,1	6/9	66,7	6/11	54,5

Наиболее важный показатель результатов лечения ОП – летальность – представлен в таблице 4. Прежде всего, обращает на себя внимание значимое снижение уровня послеоперационной летальности в период с 2010 по 2013 гг. с 38,2% до 17,8%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаев, Б.А. Комплексное лечение острого панкреатита / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 63-66.
2. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // Consilium-medicum. – 2000. – № 2(7). – С 293-298.
3. Фирсова, В.Г. Острый панкреатит: современные подходы к консервативному лечению / В.Г. Фирсова, В.В. Паршиков // Вестн. эксперим. и клинич. хирургии. – 2012. – № 2(5). – С. 323-326.
4. Этапность оказания хирургической помощи при остром деструктивном панкреатите / Э.Х. Байчоров, Р.З. Макушкин, Р.Р. Байрамуков, А.В. Оганесян // Вестн. эксперим. и клинич. хирургии. – 2010. – № 4(3). – С. 479-486.
5. Banks, P.A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P.A. Banks // Postgrad. Med. J. – 1997. – № 71. – P. 472-475.
6. Surgical treatment of infected necrosis / B. Rau, W. Uhl, M.W. Buchler, H.J. Beger // World J. Surg. – 1997. – № 21. – P. 155-161.

УДК 572.5+572.524.12]-055.2-053.9

СОМАТОТИП И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И.С. Якимов, Я.С. Якимова

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

Кафедра анатомии и гистологии человека

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы

Научные руководители: д.м.н., проф. С.Н. Деревцова, к.м.н., доц. Н.В. Тихонова

Важнейшим направлением развития современной медицины является профилактическое направление, а также переориентация медицинской науки на изучение здорового человека и его физического развития, изучение «резерва здоровья» у людей пожилого и старческого возраста [2]. Пожилой возраст представляет собой период индивидуального развития человека, который характеризуется процессом постепенной инволюции организма человека, снижением его адаптивных возможностей, скорость которых определяет уровень физического здоровья и качества жизни в пожилом и старческом возрасте [4]. В этом аспекте представляет большой интерес изучение общей конституции человека, как интегральной характеристики организма и выявление взаимосвязей частных конституций (соматотип, биоимпедансометрическая, дерматоглифическая и т.д.), ассоциированность которых предопределяет существование того или иного конституционального типа. Дерматоглифическая конституция, в частности элементы папиллярного рельефа кожи пальцев человека, может быть использована в качестве критериев типирования интегральной конституции человека в силу своей наследственной детерминированности и относится к абсолютным маркерам, так как является законченным результатом филогенеза [3]. Соматический статус человека во многом предопределяет его функциональные возможности и наиболее интегрально обобщает разноплановые свойства конституции. В связи с этим целью данного исследования явилось определение соматического статуса и особенностей пальцевой дерматоглифики у лиц пожилого возраста.

В исследовании приняли участие женщины пожилого возраста, получавшие санаторно-курортное лечение в геронтологическом центре «Уют». Всего обследовано 43 человека. Средний возраст обследованных женщин составил 66,7±0,54 лет. Проведено антропометрическое и биоимпедансометрическое обследование. Определены: длина и масса тела, обхватные размеры, дистальные диаметры плеч, таза и грудной клетки, компонентный состав тела. С целью оценки соответствия массы тела к росту, вычисляли по формуле индекс массы тела (ИМТ): $М/Н^2$, где М – масса тела в *кг*, Н – длина тела в *м*. ЗначениеИМТменее 18,50 $кг/м^2$ соответствовалодефицитумассытела, от 18,50 до 24,99 $кг/м^2$-нормальноймассетела, от 25,00 до 29,99 $кг/м^2$у обследованных выявляли избыточнуюмассутела, показательИМТсвыше 30,00 $кг/м^2$расцениваликакожирение [6]. Соматотипирование проведено по индексу W.L. Rees – H. Eysenck [5]: ДТх100 / ПДГКх6, где ДТ – длина тела в *см*; ПДГК –поперечный диаметр грудной клетки в *см*; 100 и 6 – поправочные коэффициенты. Показатели индекса W.L. Rees- H. Eysenck позволяют выделить три типа телосложения: астенический (значение индекса >106), нормостенический (значение

индекса > 96 до 106) и пикнический (значение индекса < 96).При дерматоглифическом обследовании проводилась качественная оценка папиллярных узоров дистальных фаланг пальцев рук – тип узора: дуга (A); петля (L); завиток (W); частота их встречаемости и их количественная оценка – дельтовый индекс (Д10), суммарный гребневой счет на 10 пальцах (СГС). Определялись фенотипы пальцевой дерматоглифики: AL – наличие дуг и петель, ALW – наличие дуг, петель и завитков в любой пропорции, 10L – десять петель, LW – наличие петель и завитков при преобладании петель (L≥5), WL – наличие завитков и петель при преобладании завитков W(≥5), 10W – десять завитков. Определяли коэффициент скорости старенияпо методу А.Г. Горелкина, Б.Б. Пинхасова [1]:

$$КСС_{ж} = \frac{ОТхМТ}{ОБхР^{2}х(14{,}7 + 0{,}26хРЛ_{ж} + 0{,}001хРЛ^{2}{}_{ж})},$$

где ОТ — обхват талии в *см*, МТ — масса тела в *кг*, ОЯ — обхват ягодиц в *см*, Р — рост в *м*, РЛ — разница лет между календарным возрастом и возрастом онтогенетической нормы. При КСС от 0,95 до 1,05КСС соответствует норме, при КСС менее 0,95–старение замедленно, при КСС более 1,05 –старение ускоренно. Полученные результаты были обработаны методами математической статистики.

Анализ проведенного обследования показал, что женщины астенического соматотипа выявлены в большем проценте случаев (58,14%), чем представительницы нормостенического (39,53%) и пикнического (2,33%) соматотипов. Индекс массы тела пожилых женщин астенического соматотипа представлен следующим образом: в 68,00% случаев регистрировался избыточный вес и ожирение, 32,00% женщин имели нормальную массу тела. Пожилые женщины нормостенического соматотипа в 94,12% случаев имели избыточный вес и ожирение, нормальную массу тела – 5,88% женщин. Женщины пожилого возраста пикнического соматотипа в 100% случаев имели ожирение III степени. С дефицитом массы тела женщины пожилого возраста в выборке не встречались.

В ходе анализа папиллярных узоров дистальных фаланг пальцев кистей рук обнаружены особенности дерматоглифических показателей женщин пожилого возраста в зависимости от соматотипа (таб.1).

Таблица 1 - Основные признаки пальцевых дерматоглифов у женщин пожилого возраста различных соматотипов (M±m; %)

Соматотип	n	ДИd	ДИs	ДИ10	ТГС	Тип узора, %		
						A	L	W
Астенический	25	6,4±0,46	5,8±0,42	12,2±0,85	124,6±10,24	10,0	57,6	32,4

Нормостенический	17	6,1±0,41	5,9±0,43	12,0±0,82	125,6±11,14	7,1	65,9	27,1
Пикнический	1	5,0±0,56	6,0±0,70	11,0±1,40	127,0±20,08	0	90,0	10,0

У женщин астенического сомататипа петлевые узоры встречались в 57,6% случаев, завитковые узоры – в 32,4% случаев и в меньшем проценте случаев дуговые узоры (10%). У представительниц нормостенического соматотипа в 65,9% случаев отмечались петлевые узоры, завитковые и дуговые узоры регистрировались в 27,1% и 7,1% случаев соответственно. У пожилых женщин-пикников в 90% случаев были зарегистрированы петлевые узоры и в 10% случаев – завитковые узоры.

Дельтовый индекс у обследуемых не имел статистически достоверных различий. Тотальный гребневой счет (ТГС) женщин пожилого возраста различных соматотипов распределился следующим образом: у представительниц пикнического соматотипа он был равен 127±20,08, у лиц нормостенического соматотипа -125,6±11,14, у женщин-астеников-124,6±10,24.

Все фенотипы пальцевых дерматоглифов, представленные в таблице 2, были зарегистрированы у женщин астенического типа телосложения, в группе женщин-нормостеников отсутствовали фенотипы 10W иLA, а у представительниц пикнического соматотипа LW определялся единственным из всех представленных фенотипов дерматоглифических узоров.

Таблица 2 - Распределение фенотипов пальцевых дерматоглифов у женщин пожилого возраста различных соматотипов

Соматотип	n	Фенотипы пальцевых дерматоглифов, %						
		10L	10W	AL	LA	LAW	LW	WL
Астенического соматотипа	25	12,00	4,00	8,00	4,00	16,00	36,00	20,00
Нормостенического соматотипа	17	11,76	0,00	5,88	0,00	23,53	41,18	17,65
Пикнического соматотипа	1	0	0	0	0	0	100	0

Определение коэффициента скорости старения (КСС) позволило установить неравномерность распределения показателя у женщин пожилого возраста в зависимости от соматотипа (рис.1). У представительниц пикнического соматотипа КСС был самым высоким

(1,40±0,06), КСС у женщин нормостенического типа телосложения был равен 1,01±0,05, у женщин астенического соматотипа скорость старения была самой низкой - 0,81±0,03.

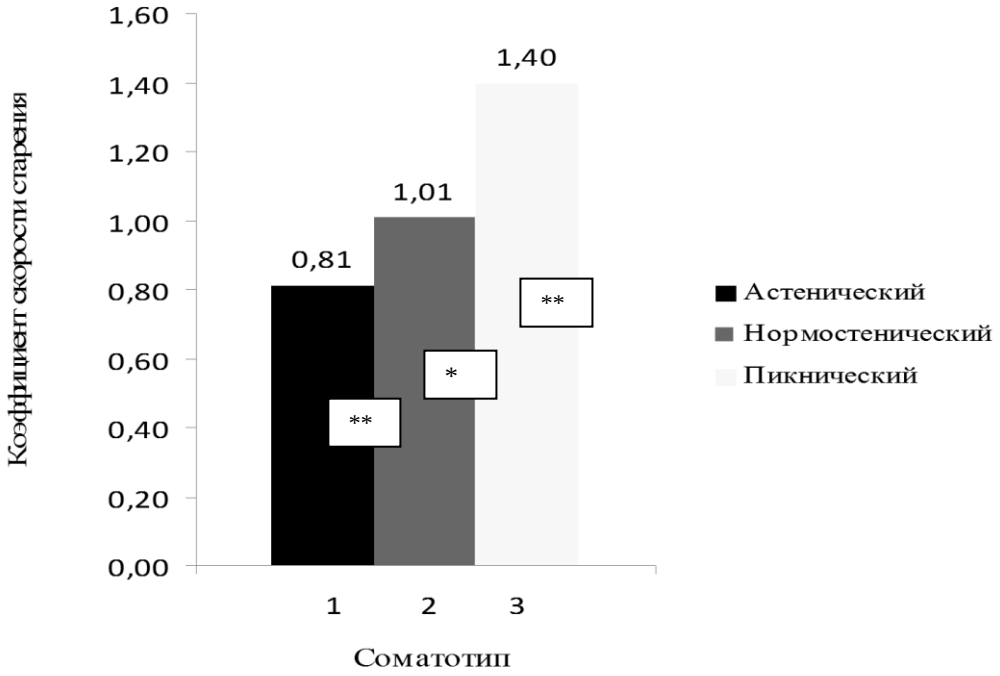


Рис. 1. - Коэффициент скорости старения женщин пожилого возраста в зависимости от соматотипа.

Примечание: ** - $p_{1-2,\ 1-3}<0,001$, * - $p_{2-3}<0,1$ достоверность различий показателя коэффициента скорости старения.

Были выявлены различия в распределении КСС в зависимости от типа пальцевых узоров (таб. 3). Установлено, что наименьшая скорость старения характерна для женщин пожилого возраста, у которых на дистальных фалангах пальцев рук были зарегистрированы дуговые узоры (75,00%), у лиц с петлевыми и завитковыми узорами значения КСС статистически не отличались.

Таблица 3 - Распределение КСС у женщин пожилого возраста с учетом типа рисунка пальцевых дерматоглифов (%)

КСС		Тип узора, %		
		A	L	Ws
замедленный	6	75,00	59,52	57,58
норма		16,67	16,67	18,18

ускоренный	0	8,33	23,81	24,24

Выводы. По результатам исследования было выявлено, что большинство обследуемых женщин пожилого возраста относились к представительницам астенического типа телосложения (58,14%), женщины пикнического типа телосложения встречались всего в 2,33% случаев. У всех обследованных женщин различных соматотипов при оценке ИМТ более чем в половине случаев регистрировался избыточный вес и ожирение. При оценке дерматоглифических признаков пальцев кистей рук в группах обследованных пожилых женщин выявлено наличие всех основных узорных типов с преобладанием петлевых узоров. Представительницы пожилого возраста астенического соматотипа имели наименьший коэффициент скорости старения, достоверно отражающий замедленный темп старения. По результатам дерматоглифического обследования пальцев кистей рук низкие показатели КСС имели пожилые женщины, у которых регистрировались дуговые узоры.

Результаты проведенных обследований могут быть использованы специалистами геронтологических центров при разработке профилактических мероприятий по охране здоровья людей пожилого и старческого возрастов, врачами практического здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Горелкин, А.Г. Способ определения биологического возраста человека и скорости старения / А.Г. Горелкин, Б.Б. Пинхасов // Патент РФ на изобретение №2387374. Бюлл. №12 от 27.04.2010.

2. Николаев, В.Г. Состав тела человека: история изучения и новые технологии определения / В.Г. Николаев, Л.В. Синдеева, Т.И. Нехаева Т.И. и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - № 4 (70). - С. 3-7.

3. Олейник, Е.А. Соматический статус и дерматоглифическая конституция у спортсменок, занимающихся аэробикой / Е.А. Олейник // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2013. - № 4 (98) – С. 109-113.

4. Свищева, Е.Е. Психосоциальная геронтология и методы психосоциальной помощи лицам пожилого и старческого возраста / Е.Е. Свищева // Программа и планы семинарских занятийдля студентов специальности 350500 «Социальная работа». – Курган: Изд-во Курганского государственного университета, 2004 - 13с.

5. Rees, W.L. A factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution / W.L. Rees, H. Eysenck // J. Mental Sci. – 1945. – V. 91, № 386. – P. 8–21.

6.WHOExpertConsultation.AppropriateBodymassIndexforAsianPopulationsanditsImplicationsforPolicyandInterventionStrategies //Lancet. –V. 363. – P. 157–163.

УДК 811.161.1

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО ЯЗЫКА

А. В. Яковлева
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра латинского и иностранных языков
Научный руководитель: к. филол. н., доц. С. В. Волынкина

Проблема возникновения и употребления новых слов как основного маркера изменений в системе языка всегда интересовала лингвистов, особенно в нашу эпоху, которая охарактеризовалась раскрепощённостью языка, ослаблением «внутреннего цензора» и обилием новообразований.

Снижение речевого стандарта наблюдается не только в русском языке. Подобная тенденция прослеживается и в большинстве языков мира, т.е. можно утверждать, что в языке наблюдаются конвергентные тенденции, являющиеся специфической приметой языкового развития современной цивилизации вообще [3].

Любое диахроническое изменение элементов системы русского языка обусловлено двумя основными факторами его развития: экстралингвистическими и лингвистическими.

Развитие языка не может быть полностью автономным: оно зависит от развития общества. Как пишет в своей работе по языкознанию известный швейцарский лингвист Фердинанд де Соссюр, «язык никогда не существует вне общества, ибо язык – это социологическое явление. Его социальная природа – одно из его внутренних свойств»[4].

Внеязыковые социальные факторы влияют на язык не прямо, а через носителя языка. Экономико-политические сдвиги изменяют контингент носителей (социальный субстрат) данного языка, а отсюда вытекает и видоизменение отправных точек его эволюции.

К «социальным факторам» относятся: изменение круга носителей языка, распространение просвещения, развитие науки, крупные технические новшества, влияние СМИ и рекламы, расширение зарубежных связей и др.

Русский язык начала третьего тысячелетия характеризуется рядом речевых тенденций, отличительной особенностью которых является неоднозначность, двойственность,

противоположность. Названные качества проявляются в том, что демократизация и либерализация языка современных носителей граничат с вульгаризацией и криминализацией; креативность граничит со стереотипностью; динамичность – с небрежностью в использовании языковых единиц.

К наиболее важным изменениям двух последних десятилетий принято относить:

— массовое вхождение в русский язык заимствований;
— интенсивные семантические преобразования;
— постоянное сближение кодифицированной сферы языка с разговорной речью;
— проникновение сниженной, жаргонной лексики в печатные и аудиовизуальные СМИ.

Считается, что демократизация и либерализация связаны с ростом вариативности и стиранием границ между социальными группами, что приводит к исчезновению различий между стилями речи. Ряд лексем, считавшихся ранее маркерами непрестижной среды, в настоящее время приобретают статус единиц литературного языка. Однако упрощение языковой системы может приводить к ее расшатыванию, что способствует тому, что недостаточная культура речи начинает рассматриваться как закономерное явление, а ненормативная и жаргонная лексика проникает в литературный язык. Так проявляется противоположная тенденция – тенденция к вульгаризации и криминализации языка (*тёлки, баксы, торчать, туфта, замели, капец, стукач).*

Для развития каждого естественного языка характерен процесс заимствования слов из других языков. Проблема иноязычных заимствований также является важной тенденцией в развитии русского языка. В настоящее время пополнение словарного состава происходит преимущественно за счет заимствованной лексики. С одной стороны, русский язык становится более насыщенным, способным участвовать в диалоге культур, с другой – использование заимствованных слов засоряет родную речь, а то, что звучание такого слова не соотносится с его внутренней формой, ведет к изменению восприятия означаемого (*имидж, мерчандайзер, мультиплекс, презент, скейтборд, миксер, роуминг, хоспис, фристайл*).

Под креативностью понимается возможность использования языковых средств для создания более точного образа. Одним из примеров её проявления является языковая игра, которая часто используется в СМИ, а также лежит в основе системы знаков и символов, использующихся в Интернет-общении (примеры заголовков: *«Дорогая теща: родина вождя мирового пролетариаты переквалифицируется в центр тещеведения и зятелогии», «Пошучено»).*

Динамичность проявляется на всех языковых уровнях: наблюдается необоснованная редукция гласных и упрощение групп согласных звуков, использование универбов – кратких

(свернутых) наименований и распространение усечений основ (*пятиэтажка, кредитка, маршрутка, зачетка, попутка, началка, встречка, вышка, ноут, комп, бук).* Обратной стороной динамичности стала небрежность в использовании языковых единиц, связанная с нарушением различных речевых норм (*более подробнее, двуличная ситуация, служа закону, посетивший с визитом).*

Тенденции к интеллектуализации языка связаны с усложнением сфер речевой коммуникации, использованием новых информационных технологий, компьютерного языка, языка Интернета. Кроме того, в рамках профессионального языка создается сленг, профессиональное арго, что также ведет к общему снижению речевой культуры (*софт, комп, струйник, оперативка, юзер, движок, чайник, глюк, болванка, сносить, зависание, смайлик*).

Таким образом, в связи с неоднозначностью современной языковой ситуации можно выделить негативные и позитивные тенденции развития русского языка на современном этапе.

Положительные тенденции:

- расширение словарного состава языка в области экономической, политической и юридической лексики (*логистика, волатильность, реинвестирование, бинарный опцион, бартер, брокер, ваучер);*
- приближение языка средств массовой информации к потребностям достоверного освещения реальности;
- выход из употребления многих газетных штампов советского времени;
- возвращение некоторым городам и улицам исторических названий (*Ленинград – Санкт-Петербург, Сталинград – Волгоград*).

Положительное влияние на развитие языка оказывает изменение условий публичного общения: отмена цензуры, возможность высказать личное мнение, возможность для слушателей оценить ораторские таланты видных политиков.

Наряду с положительными тенденциями в современной речи массовое распространение получили и отрицательные тенденции:

На грамматическом уровне недостатками современной речи являются:

- замена личных форм глаголов отглагольными существительными с суффиксами – *-ация, -ение, -ание* (*регионализация, фермеризация, криминализация, спонсирование, лоббирование, инвестирование);*
- утрата словами определенного значения (*подвижки, панацея, импульс);*
- замена падежного управления предложным (*конференция показала о том, что…, организовать и руководить оркестром, обвинять и осуждать соседей за бесконечные скандалы*);

— замена косвенного падежа сочетанием со словом *как* (*иногда это является как уступка, он назван как лучший игрок*);

— неправильный выбор падежа (*на основании каких-то материалах; удивляясь его силой*);

На лексическом уровне недостатками речи являются:

— распространение слов с узким (ситуативным) значением (*бюджетник, контрактник, льготник, отраслевик, силовик*);

— употребление заимствований, непонятных многим, иногда и самому говорящему (*брифинг, дистрибьютор, киднепинг*);

— употребление аббревиатур (*УИН, ОБЭП, УВД, ГО, ЧС, МРОТ, ФСБ);*

— изобретение новых ярлыков (*потребительский экстремизм* [о желании граждан получать качественные услуги], *всемирная паутина* [система, предоставляющая доступ к документам, расположенным на различных компьютерах, подключенных к Интернету].

— На стилистическом уровне современная речь характеризуется такими отрицательными чертами:

— превращение метафор в новые шаблоны (*вертикаль власти, политическая арена, духовные скрепы, оздоровление экономики*);

— употребление категоричных слов *(однозначно, безусловно, несомненно);*

— употребление слов, скрывающих суть явлений (эвфемизация) (*социальная незащищенность* [нищета], *привлечение фирм к благотворительной деятельности* [незаконные поборы с предпринимателей]);

— проникновение жаргона в публицистическую и устную официальную речь (дисфемизация) (*подкинуть миллиардик, мочить в сортире, тырить у нас газ* [из официальных выступлений Президента РФ В.В. Путина].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в настоящее время имеются разнонаправленные тенденции в развитии современного русского языка: положительные и отрицательные. К положительным тенденциям можно отнести то, что язык стал более динамичным, интеллектуальным, средства массовой информации стали использовать более доступный для понимания обществом язык и т.п., но в тоже время отрицательных тенденций гораздо больше. Так, например, отрицательными тенденциями являются использование неоправданных заимствований, являющихся лишь данью моде; проникновение сленга в СМИ и т.п.

В качестве мер, способствующих стабилизации языковой ситуации в стране, можно назвать следующие:

— развитие у современной молодежи интереса к классической литературе;

— проведение в школах кружков, спецкурсов, посвящённых чтению и обсуждению художественной литературы (так называемых «литературных посиделок»);

— повышение требований к профессиональной деятельности журналистов в отношении соблюдения языковых норм;

— проведение различных мероприятий, направленных на повышение грамотности населения, таких, например, как ежегодный «Тотальный диктант».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крысин, Л. П. О некоторых изменениях в русском языке конца XX века / Л. П. Крысин// Исследования по славянским языкам. — Сеул, 2000. — № 5. — С. 63-91

2. Крысин, Л. П. О русском языке наших дней/Л. П. Крысин // Изменяющийся языковой мир. — Пермь, 2002.

3. Нещименко, Г. П. Динамика речевого стандарта современной публичной вербальной коммуникации: Проблемы, тенденции развития /Г. П. Нещименко// ВЯ. — 2001. — № 1.

4. Соссюр, Фердинанд де. Курс общей лингвистики /Фердинанд де Соссюр// Пер. с французского А. М. Сухотина, под редакцией и с примечаниями Р. И. Шор. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 256 с.

УДК:612.82-057.875

ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЬФА РИТМА У ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Яковлева К.Д., Соломатова Е.С., Газенкамф К.А.

ГБОУ ВПО КрасГМУим.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск.

Научные руководители:

Заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО-д.м.н., проф. Н.А.Шнайдер,

руководитель НОЦ «Морфология»-д.м.н., проф., Н.Н. Медведева,

Введение: Обучение в высшем учебном заведении в современном обществе достаточно сложный, как в физическом, так и в эмоционально-интеллектуальном плане, процесс. Студент постоянно испытывает эмоциональное и физическое напряжение, которое в сочетании с трудной умственной работой, большими объёмами информации, ненормированным графиком, уменьшением времени, отводимом на отдых, делает его обучение крайне сложной и трудной задачей. Все эти факторы оказывают значимое влияние на психическое и физическое здоровье студента.

Во многом умение переносить все трудности обучения определяется степенью нейрофизиологической зрелости коры головного мозга, процесс созревания которой в норме продолжается до 21 года.

Для определения степени нейрофизиологической зрелости коры используют частотные характеристиками альфа-ритма.

Альфа-ритм является одним из основных ритмических компонентов электроэнцефалограммы (ЭЭГ),соответсвующий состоянию пассивного бодрствования, наиболее полно проявлющийся в состоянии покоя с закрытыми глазами. Частота этого ритма лежит в диапазоне 8-12 Гц, амплитуда равна 100мкВ. Регистрируется у 85 -95% здоровых взрослых. Лучше всего выражен в затылочных отделах, по направлению кпереди амплитуда постепенно угасает. В более ранних исследованиях была показана связь индивидуальных особенностей альфа-ритма и некоторых психологических характеристик и особенностей мышления. Работы, проводимые в последние годы подтверждают полученные ранее данные, распространяя полученные знания на возможную связь между частотой альфа-ритма и индивидуальными способностями к обучению и интеллектуальной деятельности.

Цель исследования: изучить частотные характеристики альфа-ритма по данным спектрального и мощностного анализа компьютерной ЭЭГ и уровень нейрофизиологической зрелости коры головного мозга у студентов 1-2 курсов высшего учебного заведения.

Материалы и методы: Собственные лабораторные исследования проводилось 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 совместного проекта УИРС в рамках работы НОЦ «Морфология» КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (далее – КрасГМУ).

Объектом исследования выбрана совокупность здоровых молодых людей (добровольцев). Все обследуемые были осмотрены нами активно и 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 центральной нервной системы (ЦНС) в анамнезе.

Всего обследовано 65 добровольцев. Возраст испытуемых варьировался от 17 до 27 лет, средний возраст составил 18,9±0,97 [18;19] лет. Распределение по полу: девушки – 43 (67%), юноши – 21 (33%) 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. Исследование проводилось в дневное время суток, бесплатно и не представляло риска для здоровья испытуемых. Исследование проводилось с учетом принципов конфиденциальности и беспристрастности.

Исследование состояния биоэлектрической активности головного мозга проводилось с использованием отечественного компьютерного диагностического оборудования - электроэлектроэнцефалографического 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 60 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. Полученные карты подвергались визуальному и математическому анализу.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных, и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICAv. 7 (StatSoft, США).

Результаты и обсуждение: В ходе проведенного исследования было выявлено, что средняя частота альфа-ритма по затылочным отделам головного мозга – О1 и О2 (в монополярном ипсилатеральном отведении) у студентов КрасГМУ составила 10.26 ± 0.69 Гц. Распределение испытуемых по частоте встречаемости субдиапазонов частот альфа ритма было следующим: α_1-субдиапазон(8 - 9,4 Гц) – 6 человек 9%, средний субдиапазон α-ритма (9,5 - 10,4 Гц) – 29 человек 45%, α_2 субдиапазон (10,5 - 11,5 Гц) – 29 человек 45%. Статистически значимо чаще встречался средний и высокий субдиапазоны частот альфа-

ритма – суммарно 90% случаев ($p < 0,05$), что свидетельствует о нейрофизиологической зрелости корковой ритмики студентов нашего университета и их высоком познавательном (когнитивном) потенциале, а также о высокой пластичности высшей нервной деятельности.

Выводы: Согласно проведенному исследованию спектральных, мощностных и амплитудных характеристики альфа-ритма как показателя нейрофизиологической зрелости биоэлектрической активности головного мозга студентов 1-2 курсов КрасГМУ, нами показано, что состояние корковой ритмики у испытуемых в исследуемой случайной выборке находится в пределах вариабельности допустимой возрастной нормы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Березовин Н.А., Морозова Л.И. Адаптация первокурсников к педагогическому процессу вуза //Педагогика высшей и средней специальной школы. -В.2.-Минск, 1988.

2.Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М.: 2004. 51с.

3.Ротштейн В. Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан, М. Е. Суетин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, №2. – С. 56-58.

4.Щербакова Л.С., Васильева Е.Э., Газенкампф К.А., Говорина Ю.Б., Пен О.В., Пищиков О.В., Щитова Т.Т.Характеристика уровня нейрофизиологической зрелости биоэлектрической активности головного мозга студентов первых курсов медицинского университета // 78-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 95-летию со дня рождения профессора Ю.М. Лубенского.- Красноярск, Сборник материалов.- 2014.- С.750-751.

УДК 616.831-082 (571.51-21 Красноярск)

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ В КРАСНОЯРСКЕ, ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Г.В. Якубович, Е.А.Фатеева

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно – Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

Кафедра медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО, Университетская клиника

Научные руководители: д.м.н., проф., Н. А. Шнайдер., асс., Ю. Б. Говорина.

Актуальность проблемы: эпилепсия, являясь хроническим заболеванием головного мозга, характеризуется не только повторными эпилептическими приступами, сопровождающимися различными клиническими и параклиническими проявлениями, но и снижением качества жизни, высокой «стигматизацией», наличием социальных ограничений, необходимостью длительное время принимать противоэпилептические препараты (ПЭП) и соблюдать режимные ограничения [1]. Таким образом, оказание помощи пациенту, страдающему эпилепсией, требует комплексного подхода.

Цель: оценка состояния существующей медицинской помощи, предоставляемой больным эпилепсией, с позиции врачей функциональной диагностики (клинических нейрофизиологов).

Материалы и методы исследования: авторами была адаптирована анкета для врачей [2], принимающих участие в оказании диагностической, лечебной и медико-социальной помощи больным эпилепсией. В пилотном исследовании приняли участие 12 врачей функциональной диагностики, работающих в Красноярском крае в муниципальных учреждениях здравоохранения. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы SPSS Statistics 17.0, рассчитывался средний балл, проведено ранжирование.

Полученные результаты: наиболее высокие оценки врачей функциональной диагностики получили: соответствие стандартам лечения, доступность медицинской помощи, преемственность в ведении и системный подход к лечению пациентов с эпилепсией. Наименьший ранг имели: интеграция с социальными службами, психологическая и эмоциональная поддержка больных, просветительская работа среди пациентов и членов их семьи (таблица 1). То есть именно эти аспекты оказания медицинской помощи являются наиболее уязвимыми на настоящий момент, хотя они являются крайне важными в достижении приверженности к лечению, длительной ремиссии и повышении качества жизни пациентов, учитывая необходимость регулярного приема ПЭП и роль стресогенных факторов, а также режимных нарушений, в провоцировании эпилептических приступов.Обращает внимание, что, несмотря на выделение рангов, все критерии оценки состояния медицинской помощи больным эпилепсией в Красноярском крае, по мнению врачей функциональной диагностики, были достаточно низкими, и оценены как удовлетворительные, а по некоторым аспектам даже неудовлетворительные. При этом

соответствие стандартам лечения в настоящее время более важно, чем доступность оказания специализированной медицинской помощи, что отметили опрошенные врачи функциональной диагностики. Таким образом, возникает противоречие между их стремлением следовать стандартам и персонализированной медициной.

Таблица 1 – Оценка врачами функциональной диагностики состояния медицинской помощи, предоставляемой больным эпилепсией и эпилептическими синдромами в Красноярском крае

Критерий	Средний балл	Ранг
Соответствие стандартам лечения	3,6	1
Доступность медицинской помощи	3,5	2
Преемственность в ведение больного (педиатр, детский невролог, невролог, психиатр, нейрохирург)	3	3
Системный подход (т.е. профилактика, амбулаторное, при необходимости стационарное лечение, реабилитация)	3	3
Помощь комплексная (консультирование и ведение несколькими специалистами)	2,8	4
Просветительская работа среди пациентов и членов их семьи	2,7	5
Психологическая и эмоциональная поддержка больных	2,6	6
Интеграция с социальными службами	2,4	7

Учитывая, что эпилепсия является гетерогенным по этиологии заболеванием (по данным Д.В. Дмитренко и соавторов, 39,5% случаев эпилепсии, зарегистрированных в Красноярском крае, являются симптоматическими, развивающимися на фоне различной органической патологии) возникает вопрос о необходимости комплексного ведения пациента несколькими специалистами [3,4].

При ранжировании на первом месте по степени необходимости консультаций оказался клинический нейрофизиолог, на втором месте – клинический психолог/психотерапевт, и на третьем – врач функциональной диагностики. В меньшей степени врачи отмечали потребность в консультациях иммунолога, кардиолога-аритмолога и оториноларинголога. Необходимость в консультации клинического фармаколога, психиатра, терапевта/педиатра занимает промежуточное положение (таблица 2). Данные результаты указывают на низкую осведомленность опрошенных врачей об эпидемиологии и этиологии эпилепсии в

Красноярском каре, то есть заболевания, в дифференциальной диагностике которого они (врачи функциональной диагностики) принимают непосредственное участие.

«Таблица 2 - Нуждаемость больных эпилепсией в консультации других специалистов (по мнению врачей функциональной диагностики)»

Специалист	Средний балл	Ранг
Клинический нейрофизиолог	4,7	1
Клинический психолог/ психотерапевт	4,6	2
Врач функциональной диагностики	4,5	3
Клинический фармаколог	4,3	4
Психиатр	4,2	5
Терапевт/педиатр	4	6
Сомнолог	3,9	7
Медицинский генетик	3,9	7
Эндокринолог	3,7	8
Оториноларинголог	3,2	9
Кардиолог-аритмолог	3,1	10
Иммунолог	2,8	11

Данные проведенного анкетирования о важности параклинических методов диагностики эпилепсии и эпилептических синдромов показали, что на первом месте стоит магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (высокопольная по программе диагностики эпилепсии), на втором – электроэнцефалография (ЭЭГ), и на третьем - нейропсихологическое тестирование тревоги и депрессии. Не менее важным в диагностике является проведение таких исследований как терапевтический лекарственный мониторинг, МРТ головного мозга (обзорная) и патопсихологическое тестирование. Наименее важными оказались такие исследования как кардиореспираторный мониторинг, серологическое исследование, респираторный мониторинг с пульсоксиметрией и исследование иммунного статуса пациента. Полученные данные так же можно трактовать как низкую осведомленность врачей функциональной диагностики Красноярского края, принявших участие в настоящем исследовании, не только о новых методах диагностики, но и существующих стандартов диагностики и лечения эпилепсии, в целом. Так, ЭЭГ является «золотым» стандартом диагностики эпилепсии и эпилептических синдромов, однако этот метод функциональной диагностики по рангу уступил свое место методу нейровизуализации.

Выводы: таким образом, проведенное нами пилотное исследование позволяет констатировать низкую осведомленность врачей функциональной диагностики муниципальных лечебно-профилактических учреждений г. Красноярска о состоянии противоэпилептической помощи в Красноярском крае. Несмотря на то, что врачи функциональной диагностики хорошо осведомлены о наиболее информативных методах диагностики эпилепсии (МРТ, видео-ЭЭГ-мониторинг, терапевтический лекарственный мониторинг, нейропсихологическом тестировании), они не уделяют должного внимания ЭЭГ-исследованию. Выявлено противоречие между их стремлением следовать стандартам и персонализированной медициной, которая активно развивается в эпилептологии в течение последних лет и требует участия клинического фармаколога, медицинского генетика. Хотя важная роль комплексного подхода в лечении больных с эпилепсией признается всеми врачами функциональной диагностики, принявшими участие в исследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. А. Карлов Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. М.: Медицина, 2010. , с.518-526, 707-717.
2. О. С. Мишина Организация оказания медицинской помощи // Справочник врача общей практики. 2014. №7. С. 15-24.
3. Н. А. Шнайдер Состояние медицинской помощи больным эпилепсией во взрослой популяции города Красноярска /, О. И. Шевченко, Д. А. Россиев, А. В. Шульмин, Д. В. Дмитренко // Клиническая эпилептология. 2009. №1. С.85–91.
4. N. A. Shnayder Epidemiological studies on epilepsy in Siberia / Dmitrenko D.V., Sadykova A.V., Sharavii L.K., Shulmin A.V., Shapovalova E.A., Pilyugina M.S., Darsavelidze O.K. // Medical and health science journal. 2011. Vol. 6. pp.35-42. http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume6/201104050030_07_V6_MHSJ_RU_Shnayder_et_al_Epilepsy_Siberia.pdf

МОЛОДОЙ ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сборник научных трудов студентов и молодых учёных, посвящённый памяти профессора В. К. Сологуба

ЭПОХА СОЛОГУБА

Среди многих достойных организаторов здравоохранения Красноярского края, которые внесли весомый вклад в создание и установление современного многопрофильного лечебно-диагностического учреждения, каким является Красноярская краевая клиническая больница, личность Владимира Константиновича Сологуба представляется наиболее значимой. Об этом говорят все его свершения в должности главного врача, а годы работы в первой Краевой сотрудники больницы, трудившиеся под его руководством, образно назвали «эпохой Сологуба».

К этому можно ещё добавить, что В. К. Сологуб «сделал себя сам», о чём неоспоримо свидетельствует вся его творческая биография. Владимир Константинович родился в простой белорусской семье 15 июля 1918 г. в г. Бобруйске. После окончания школы в 1934 г. и получения квалификации слесаря он начинает работать по избранной специальности. Но непреодолимое влечение к медицине побудило его связать всю дальнейшую судьбу с самой гуманной профессией. И уже в 1936 г. он становится студентом Смоленского медицинского института. Сразу же после успешного окончания и получения диплома врача 15 июля 1941 г. В. К. Сологуб был отправлен на фронт в качестве начальника санитарной службы бронетанковой дивизии. Прослужив в армии всю войну, демобилизовавшись в октябре 1945 г., Владимир Константинович работал главным врачом областной больницы. В 1949 г. по распоряжению Министерства здравоохранения был направлен на работу в Красноярск, где возглавил МСЧ № 7. С назначением на должность главного врача Краевой клинической больницы 10 марта 1954 г. начинается качественно новый этап в жизни краевой больницы. Здесь в полной мере раскрылся талант В. К. Сологуба не только как опытного врача-хирурга, но и как крупного организатора здравоохранения, общественного деятеля и одарённого учёного.

С этого момента укрепляется материальная база больницы, мощность её достигает 470 коек, начинают внедряться новые формы и методы работы, разворачиваются строительство и расширение больничного комплекса. Благодаря энергичным усилиям нового руководителя при активной поддержке заведующих клиниками медицинского института профессоров А.М. Дыхно, Н.В. Розовского, И.И. Исакова и др. Краевая клиническая больница последовательно превращается в крупное многопрофильное медицинское учреждение.

В сентябре 1959 г. было открыто первое на востоке Сибири отделение грудной хирургии, позже преобразованное в отделение сердечно-сосудистой хирургии. Шестидесятые годы прошлого столетия, пожалуй, явились годами наибольшего взлёта и творческих решений «эпохи Сологуба». В период 1962–1967 гг. на территории больницы было выстроено три лечебных корпуса, что позволило расширить больницу до 1100 коек. Это дало возможность открыть новые профильные отделения: гематологическое, нефрологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое, кардиологическое и эндокринологическое. Подобные же изменения произошли и в педиатрии. По инициативе В.К. Сологуба при больнице организуется медицинское училище для подготовки и пополнения кадров младшего и среднего медицинского персонала. В этот же период в больнице создано второе рентгенологическое отделение, заведующим которым был назначен асс. И.В. Красицкий. А несколько ранее в цокольном этаже хирургического корпуса для лечения больных онкозаболеваниями был открыт кабинет гамматерапии.

Осуществились и более мелые намерения главного врача. Расцветом специализации краевой больницы, у истоков которой стоял В. К. Сологуб, явилось создание в 1967 г. одного из первых в России медицинских учреждений принципиально нового типа – лёгочно-аллергологического центра на 200 коек с отделением торакальной хирургии.

Словом, больница обретала размах, стремилась соответствовать современным тенденциям.

Кроме огромных заслуг В.К. Сологуба в решении многих проблем организационно-методического характера, необходимо отметить его работу в качестве хирурга, выполнявшего сложные операции, нередко по экстренным показаниям. В связи с этим его можно было видеть в больнице в любое время суток, в выходные и праздничные дни. И ещё В. К. Сологуб проявил себя как способный и прозорливый организатор медицинской науки в краевой больнице. С целью проведения научно-исследовательских и экспериментальных работ по его инициативе был открыт виварий.

«Эпоха Сологуба» оставила глубокий и неизгладимый след в медицинской жизни Красноярска, явилась предтечей новых свершений в духе лучших традиций, заложенных Владимиром Константиновичем, дала импульс для дальнейшего развития флагмана медицины, каковым сегодня является Краевая клиническая больница – ведущее учреждение здравоохранения Красноярского края.

Старший преподаватель
кафедры общественного здоровья
и здравоохранения
с курсом социальной работы КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Т.М. Челнокова

УДК 615.12:004.9

ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ Г. КРАСНОЯРСКА НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Л.В. Антонова, В.О. Вайцель

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

Фармацевтический колледж

В современных условиях развития фармацевтического рынка и новых информационных технологий (ИТ) фактором успешного развития аптечных предприятий является активное использование информационных и коммуникационных технологий как для взаимодействия с клиентами и поставщиками, так и во внутренних процессах [1,3]. Оказание качественной лекарственной помощи населению, эффективное управление аптечным предприятием тесно связано с правильной организацией информационно-коммуникативной деятельности на фармацевтическом рынке [2].

Анализ государственной политики России в сфере информатизации позволил установить, что организация информационного обеспечения фармацевтической отрасли на основе использования компьютерной техники и современных коммуникационных технологий, является особенно актуальной в настоящее время (концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г). В Концепции подчеркивается, что существующий в настоящее время уровень информатизации системы здравоохранения не позволяет оперативно решать вопросы планирования и управления отраслью. Важная роль отводится мониторингу использования ИТ в здравоохранении и фармации [4].

На Российском фармацевтическом форуме 2013 «В поисках новых стратегий для успешного роста» были обозначены тенденции для решения ряда проблем и выделены факторы оптимизации фармацевтических организаций: систематизация программного обеспечения в фармацевтической деятельности, разработка комплекса мер по подготовке достаточного количества квалифицированных специалистов в области ИТ, широкие возможности использования коммуникационных средств связи [5,6].

С учетом актуальности темы и обозначенных факторов **цель** нашего исследования – разработка путей оптимизации деятельности аптечных организаций на основе использования современных информационных технологий.

В связи с поставленной целью нами определены следующие задачи:

1. Изучить удовлетворение информационных потребностей работников аптек с помощью новых ИТ и разработать портрет специалиста-пользователя ИТ.

2. Изучить программно-техническое оснащение и эффективность его использования.

3. Разработать модель информационного обеспечения аптек г. Красноярска на основе современных информационных технологий.

Всего было исследовано 36 коммерческих и унитарных аптек Красноярского края. Исходной информацией служили 36 анкет, заполненных специалистами аптек, результаты опроса руководителей 21 аптек, 29 провизоров, 54 фармацевтов. Результаты исследования обработаны с помощью современных ИТ на ПК в Windows 7 2007 (Excel 7,0).

Установлено, что 50% руководителей аптек не удовлетворяет обеспеченность информацией по вопросам управления ассортиментом и кадрами, мерчандайзинга, маркетинговых исследований и нормативной документации. 70 % провизоров и фармацевтов испытывают недостаток информации по свойствам новых препаратов, фармакотерапии и фитотерапии. Кроме того, провизорам необходимы нормативные документы. Таким образом, уровень информационной обеспеченности по большинству значимых аспектов не удовлетворяет работников аптек. Анализ перспективных – с точки зрения работников аптек – источников и каналов передачи информации выявил, что большая часть респондентов предпочитает приобрести новые справочные издания по ЛС, но среди молодых специалистов до 25 лет преобладает Интернет; степень удовлетворенности АИС нормативно-правового характера, Интернет-сайтами. По результатам анкетирования сотрудников аптек установлено, что Интернет с профессиональными целями используют большинство специалистов. Сформирован портрет специалиста-пользователя сети Интернет (таблица 1).

Таблица 1 – Портрет специалиста-пользователя сети Интернет

Структура портрета	Доля пользователей, %
Возраст 25-40 лет	54,1
Высшее образование	89,9
Используют Интернет на работе и вне ее	69,8
Используют Интернет не реже 1 раза в неделю	71,0
Цели использования Интернета:	
– E-mail	95,6
– Интернет-справочники ЛС	59,7
– изучение рынка ЛС, БАД, ИМН	47,8
Информация, получаемая из Интернета:	

– нормативные документы, консультации	87,4
– свойства ЛС, БАД, ИМН, в т.ч. новых	69,2
– контроль качества ЛС, БАД, ИМН	35,2
Удовлетворены Интернетом как источником информации	82,4
Доступ в Интернет улучшил информационное обеспечение	84,9

Как видно из таблицы 1, чаще всего сотрудники ищут информацию в Интернет, касающуюся нормативных документов и свойств лекарственных препаратов.

Изучение программно-технического оснащения аптечных организаций состояло из оценки оснащенности рабочих мест специалистов персональными компьютерами (ПК) и характеристиками программного обеспечения. На основе ситуационного подхода была составлена характеристика программного обеспечения (ПО) в аптеках: 100% аптек, оснащенных ПК, имеют 1 из версий операционной системы Windows, InternetExplorer, ПО электронного заказа товаров у поставщиков; 62,5% используют ПО для доступа к АИС по ЛС территориального СИЦ; 50,0% имеет АСУ (в т.ч. Е-фарма - 44,4%, ИнфоАптека - 5,6%);50% - антивирусное ПО; 38,9% - ПО льготного отпуска ЛС; 11,1% - АИПС нормативно-правового характера («КонсультантПлюс» и «Гарант»).

Изучение степени использования имеющегося в аптекахПО было проведено на базе 36 аптечных организациях г. Красноярска. Установлено, что Интернет-браузеры используются в 93,5% аптек; антивирусное ПО – в 78,8% имеющих их аптек; 100% аптек, имеющих АСУ, используют только ее основную функцию – ведение учета товара; автоматическое выявление товаров с истекающим сроком годности – 87,2% аптек, забракованных ЛС – 66,0%, остальные функции используют менее 50,0% аптек.

Таким образом, проведенное изучение информационных потребностей специалистов аптек и использования материально-технической базы аптечных организаций показало, что на современном этапе аптеки недостаточно эффективно используют большинство АИП, имеют низкоскоростную технологию подключения к сети Интернет, что препятствует совершенствованию их деятельности.

Идти в ногу со временем и оставаться конкурентоспособными на рынке аптечным организациям может помочь оптимизация деятельности. Оптимизация деятельности предприятия – это комплексная работа, которая включает: формулирование требуемой цели, измерение и учет результатов (в том числе ведение статистики), анализ оптимизируемого объекта, изменение оптимизируемого объекта, отслеживание результатов. Объектов

оптимизации несколько: это процессы и системы предприятия. Начинать необходимо с оптимизации бизнес-процессов, так как именно они дают результат. На основе выделенных бизнес-процессов, информационной потребности специалистов аптек г. Красноярска, мы предлагаем следующую модель обеспечения аптек на основе современных информационных технологий (рисунок 1).

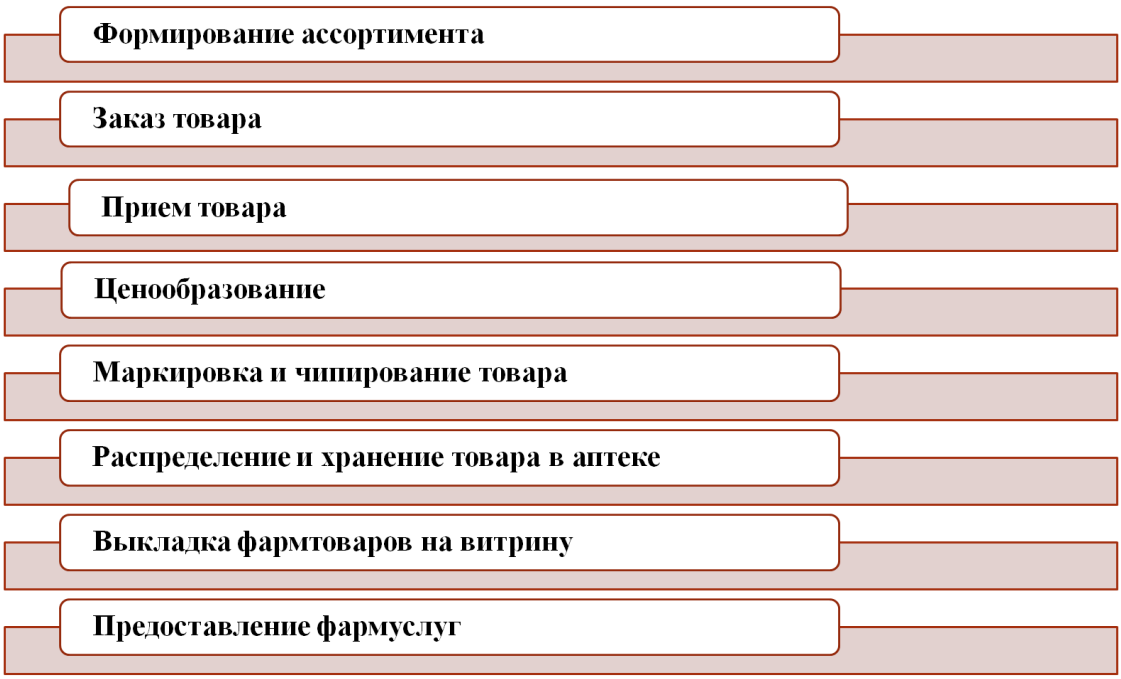


Рисунок 1 – Основные бизнес-процессы в аптеке.

В связи с этим рекомендуем использовать специализированное программное обеспечение «е-Фарма», которое предназначено для комплексной автоматизации розничной и мелкооптовой торговли в аптечных предприятиях, с возможностью гибкой настройки с учетом специфики деятельности организации. Программа е-Фарма построена на базе конфигурации «1С Предприятие» и, кроме реализации основных бизнес-процессов аптеки, содержит обширный спектр возможностей:

Исходя из информационных потребностей специалистов аптек, мы предлагаем создать единое информационное пространство аптек г. Красноярска, включающее в себя автоматизированный информационный поиск (свойства лекарственных препаратов, нормативные документы, наличие лекарственных препаратов) и Интернет-сайты аптек.

Учитывая выше сказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Уровень информационной обеспеченности по большинству значимых аспектов не удовлетворяет работников аптек.

2. Изучены программно-техническое оснащение и эффективность его использования, дана оценка экономической эффективности внедрения АСУ в аптеках

3. С целью оптимизации деятельности аптек г. Красноярска разработана модель информационного обеспечения аптек на основе современных информационных технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ежова, Т.В. Информационные потребности работников аптечных организаций/ Т.В. Ежова, Н.Е. Ставская// Новая Аптека. - 2005. – № 11. - С. 23-27.

2. Ежова, Т.В. Интернет- технологии в аптечном бизнесе / Т.В. Ежова, Н.Е. Ставская // Новая Аптека. – 2007.– №3.– С. 58-66.

3. Ставская, Н.Е. Изучение обеспеченности аптек компьютерной техникой и доступом в Интернет//Сб. науч. работ студ. и молодых ученых ЯГМА.– Ярославль, 2006. – С. 122.

4. http://topmedicina.ru/health/koncepciya/

5. http://www.mcfr.ru/journals

6. http://www.slideshare.net/LisPavel/ss – 7255974

УДК 616.831 – 005.4 – 036.22 – 053.13

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ-ИШЕМИИ

Л.Р. Гайфуллина, В.В. Волкова, К.А. Житенева

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., доц. Малиновская Н. А.

Ежегодно в мире в состоянии асфиксии рождается около 4 млн. младенцев. Это обусловливает примерно 1 млн. летальных исходов у новорожденных и эквивалентное число тяжелых неврологических осложнений в послеродовом периоде [5]. Перинатальная гипоксия-ишемия служит пусковым механизмом целого ряда патологических реакций, приводящих к широкому спектру нейросоматических отклонений в последующие возрастные периоды [2]. Она представляет собой патологическое состояние плода и

новорожденного, связанное с дефицитом кислорода либо недостаточной тканевой перфузией [2,3]. Газообмен плода зависит от концентрации кислорода в материнской крови, кровоснабжения матки, плацентарной передачи газов и их транспорта в тканях плода. Нарушение любого из этих звеньев приводят к гипоксии плода и сопутствующему ацидозу. Современные статистические данные показывают, что у 20-50% новорожденных, которые во внутриутробном периоде и/или во время родов имели системную гипоксию, развиваются морфофункциональные нарушения со стороны центральной нервной системы (ЦНС).

Целью исследования являлся анализ эпидемиологической ситуации и современных представлений о патогенезе гипоксии у новорожденных.

Демографическая ситуация в стране расценивается как неблагополучная [6]. Известно, что медицинская помощь определяется, прежде всего, системой организации здравоохранения. Охрана здоровья женщины и плода является одним из главных задач учреждений родовспоможения и государства в целом. Основной целью отечественной перинатологии с момента ее создания считалось снижение репродуктивных потерь, иосновные усилия были направлены на организацию реанимационной неонатальной службы встране снижение смертности и повышение качества перинатальной помощи.За прошедшее десятилетие в РФ значительную долю (81-82%) среди причин перинатальной смертности занимает патология перинатального периода. Из них основной является внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах. Внутриутробная гипоксия плода представляет серьезную клиническую проблему: занимает третье место в структуре смертности (14,7% на 2012г.) после внутричерепных родовых травм и инфекционных заболеваний и второе место в структуре заболеваемости (94% на 2011г.) после неонатальных желтух.

Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы (до недавнего времени перинатальная энцефалопатия) являются наиболее часто регистрируемой патологией у детей первого года жизни. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в Санкт-Петербурге, частота постановки диагноза «перинатальная энцефалопатия» достигает 712:1000 детей до года. В качестве основного и сопутствующего заболевания данный диагноз выставляется более, чем 90% детей, получающих лечение в неонатологических стационарах. В то же время, по данным большинства зарубежных авторов, частота гипоксических поражений у доношенных новорожденных составляет не более 6:1000 и колеблется от 33% до 70% у недоношенных детей. Среди причин перинатального поражения ЦНС решающая роль принадлежит гипоксии плода, протекавшей преимущественно в форме церебральной ишемии – 32 случая (25 %), у недоношенных в 48 случаях (30 %) выявлены внутричерепные кровоизлияния.

В развитии гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных играют роль как гипоксия, так и ишемия, тесно взаимосвязанные, при этом преобладание того или иного фактора исключительно индивидуально. При перинатальном гипоксически-ишемическом поражении головного мозга средней и тяжелой степени наблюдаются необратимые структурные повреждения ЦНС, проявляющиеся клинически в виде различных форм гидроцефалии, вторичной микроцефалии, детского церебрального паралича, судорожных синдромов. Они практически всегда сопровождаются задержкой психомоторного развития различной степени выраженности [1]. В результате сочетанного воздействия гипоксии и ишемии в веществе мозга новорожденного возникает ряд нейрохимических процессов, которые заключаются в анаэробном метаболизме глюкозы, дефиците АТФ и АТФ-зависимых насосов, образовании свободных радикалов, потере внутриклеточного $К^+$ и деполяризации пресинаптических нейронов, выбросе в синаптическую щель возбуждающих аминокислот (глутамата и аспартата). Кроме того, накопление внутриклеточного Ca^{2+} способствует активации фосфолипазы и окиси азота, потенцируя перекисное окисление липидов с распадом липидной составляющей мембраны, итакже приводит к гибели нервной клетки. Воздействие внутриклеточного тока Ca2+ на эндотелий капилляров артериол способствует вазоспазму и усугублению ишемии с повторением указанных процессов по принципу порочного круга [5]. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС всегда сопровождается нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и выходом нейроспецифических белков (НСБ) в периферический кровоток, вследствие чего динамическое определение содержания НСБ в сыворотке крови может быть целесообразным для определения степени тяжести поражения ЦНС и прогноза течения заболевания у детей с этим заболеванием.

Таким образом, проведен обзор литературных источников по эпидемиологии и патогенезу перинатальной гипоксии. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС – это процесс, который не ограничивается первыми месяцами жизни: перенесшие его дети в дальнейшем могут иметь заметные неврологические нарушения и структурные нарушения в ЦНС, выявляемые методами нейровизуализации. Считается, что определенную роль при этом может играть развитие аутоиммунных процессов вследствие элиминации НСБ в системный кровоток и спинномозговую жидкость. В свою очередь, выход нейроспецифических антигенов из ткани мозга в кровь обусловлен нарушением проницаемости ГЭБ для крупномолекулярных соединений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барашнев, Ю.И. Патогенетические основы перинатальных поражений плода // Акушерство и гинекол. – 1993. – №3. – С. 14-18.

2. Баранюк, А.Т. Неонатальная неврология: действительность, иллюзии и надежды // Акушерство и гинекология – 2005. – №1. – С.11-67.

3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. – Репродуктивные потери. – М., «Триада-Х», 2013. – №2.– С.66-89.

4. Володин Н.Н. Перинатальная неврология – проблемы и пути решения // Журналневрологии м психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – №10. – С. 4-8.

5. Гончарова О.В., Баканов М.И., Муталов А.Г. Современные биохимические критерии диагностики перинатальных гипоксических поражений ЦНС у новорожденных детей // Рос.педиат. журн. – 2007. – № 4.– С.13-18.

6. Перспективы иммунохимического определения нейроспецифических белков для диагностики перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных / С. О.Рогаткин и др. // Педиатрия. – 2001. – №4. – С. 35-42.

7. Сотникова К.А. – Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных-«Медицина», 2006. – № 1. – С.18-35.

8. Семёнова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. – М.: Антидор, 2003. – №2. – С.22-81.

9. Семёнова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – № 7. – С.34-51.

10. Massicotte M. L., Bauman M. E. Dynamic and structural formation of a thrombus: the inciting event of arterial ischemic stroke // J. Child Neurol.-2011.-Vol. 26, №9. – P. 1199–1202.

УДК 614.2:004

ПОТРЕБНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПЕРСОНАЛОМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.И. Иванова

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

Кафедра медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО

Аннотация: Встатье рассматриваются вопросы оценки уровня владения информационными технологиями работниками здравоохранения. Проводится анализ потребностей и возможностей использования информационных технологий врачей и медсестер на базе крупнейших бюджетных учреждений здравоохранения г. Красноярска.

Ключевые слова: информатизация здравоохранения, непрерывное профессиональное образование, компьютерная грамотность.

Актуальность. На протяжении 2011-2012 гг. в Красноярском крае действовала программа модернизации здравоохранения. Раздел данной программы «Внедрение современных информационных систем в здравоохранении» направлен на повышение эффективности управления системой здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи на основе развития и совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских организаций, их персонала посредством внедрения электронной истории болезни, электронных магнитных карт, электронной записи на прием к врачу и др. Вместе с тем не исключено, что ожидаемый эффект, который в условиях информатизации фиксируется достаточно четко, получен не будет. Так как, информационные технологии в современных условиях рассматриваются как ключевой ресурс и условие для повышения качества системы здравоохранения. В исследовании мы анализируем уровень готовности кадров к реализации вышеуказанного раздела программы.

Цель исследования – провести анализ уровня владения и использования информационных технологий работниками системы здравоохранения**.**

Задачи исследования:

1. Определить уровень общей компьютерной грамотности работников системы здравоохранения.
2. Изучить обращаемость к Интернет-ресурсам работников системы здравоохранения, в том числе, для решения профессиональных задач.

На базе краевых бюджетных учреждений здравоохранения г. Красноярска: «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона», городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича, Красноярская краевая клиническая больница – проведено анкетирование 1578 медицинских работников, в числе которых 935 медицинских сестер и 540 врачей.

По результатам анкетирования выявлено, что 37,8% медицинских сестер и 20,2% врачей не умеют работать на компьютере.

60,7% врачей и 39,3% медсестер освоили работу на компьютере самостоятельно. Обращались за помощью к друзьям, родственникам – 39,9% и 41,8% соответственно. Работодатель организовывал и оплачивал компьютерные курсы лишь в 3,37% случаев от общего числа проанкетированных.

Не имеют компьютера на рабочем месте 42,5% медицинских сестер и 25,4% врачей. У 5,1% медсестер и 5,8% врачей рабочее место оснащено компьютером, но они не используют его при выполнении своих профессиональных обязанностей. 42,5% медсестер и 35,4% врачей указали на то, что на их рабочем месте есть компьютер, но за ним работают ещё другие сотрудники. И только 10% медсестер и 33,4% врачей имеют персональный компьютер на рабочем месте.

Никогда не обращались к Интернет-сервисам 27% медсестер и 11% врачей (Рисунок 1), и только 9,7% медицинских сестер и 14,4% врачей имеют возможность ими пользоваться с рабочего компьютера.

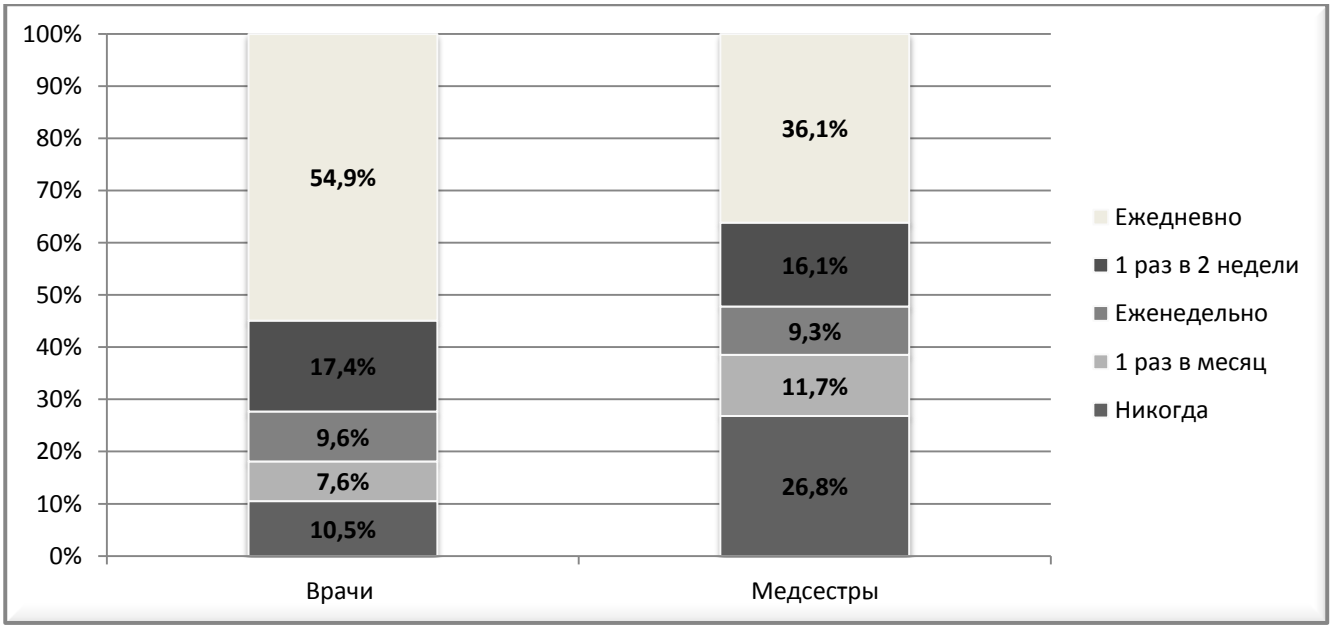


Рисунок 6 – Периодичность обращения медицинских работников к Интернет-сервисам

Среди служб Интернета, в равной степени у медсестер и врачей, наибольшей популярностью пользуются: электронная почта (58% медсестер и 76% врачей), социальные сети (69% медсестер и 42% врачей), энциклопедические и справочные ресурсы (56% медсестер и 68% врачей), досуг (музыка, видео, игры) (48% медсестер и 35% врачей).

На вопрос: «С какими профессиональными намерениями Вы используете Интернет?» большинство анкетируемых ответили, что никогда (98,3% медсестер и 91,3% врачей) и (1,7% и 8,7% соответственно) редко участвуют в телеконференциях или вебинарах. Регулярно

осуществляют поиск информации в биомедицинских журналах 26% врачей, у медицинских сестер этот показатель составил 3,8%. Хотя бы однажды осуществляли обучение через Интернет 12,3% медицинских сестер и 22,5% врачей.

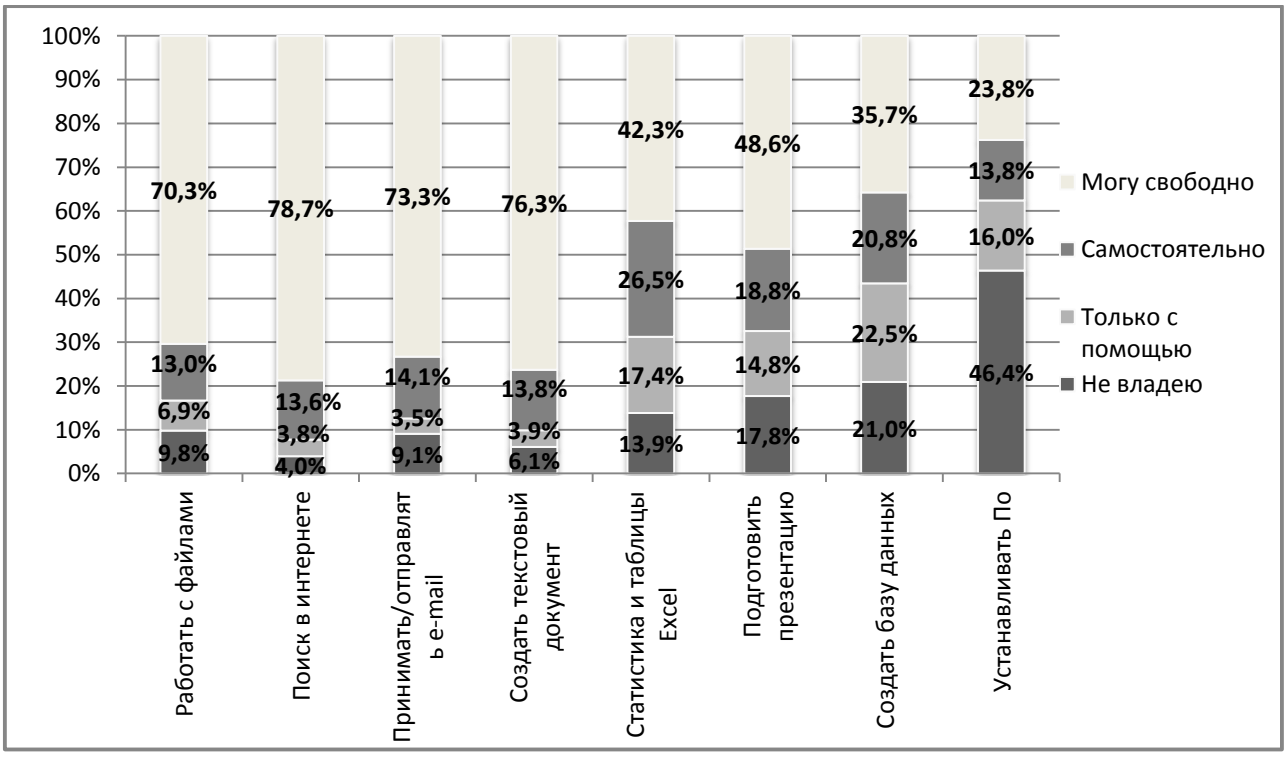


Рисунок 7 – Самооценка уровня владения информационными технологиями (Врачи).

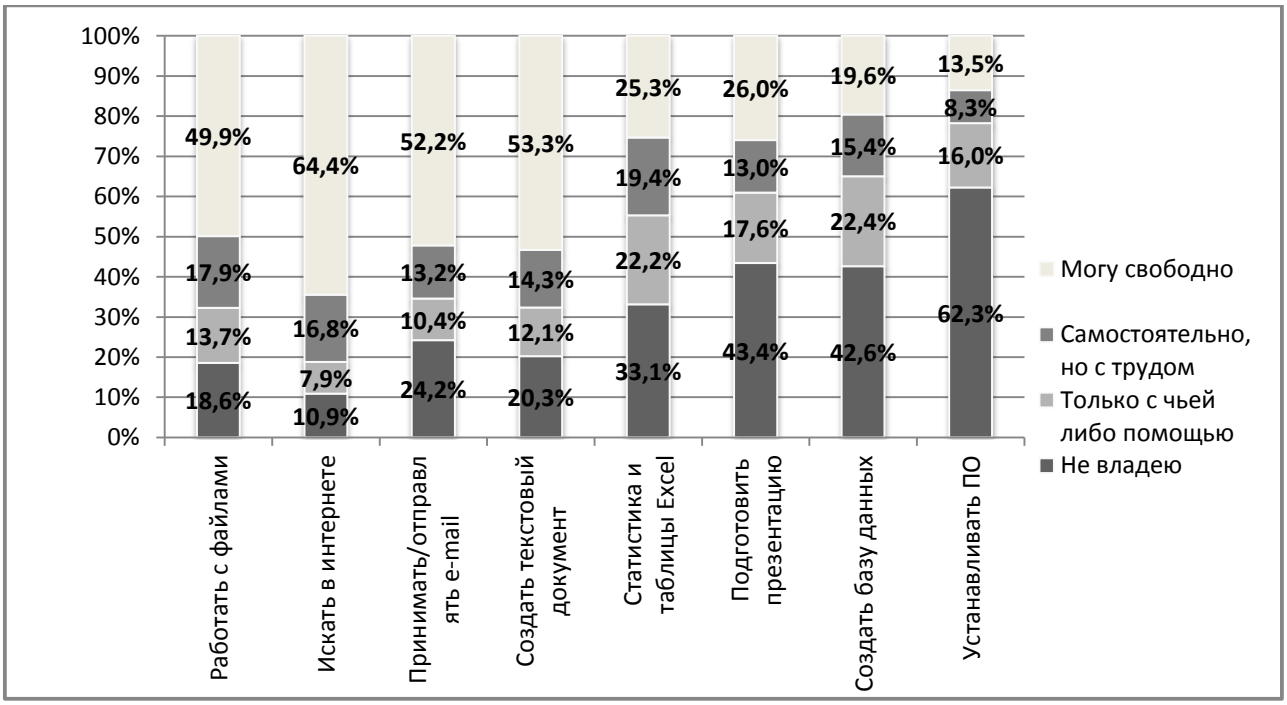


Рисунок 8 – Самооценка уровня владения информационными технологиями (Медсестры)

Необходимо отметить, что уровень владения информационными технологиями у врачей выше (рисунок 3), чем у медицинских сестер (рисунок 2). Наименьшие затруднения вызывают поиск информации в Интернете и создание текстового документа, наибольшие – установка программного обеспечения.

На вопрос о том, с чем связаны трудности, испытываемые при работе за компьютером, большинство респондентов ответили, что им недостаточно знаний и/или опыта. Также отмечались такие трудности, как работа на устаревших компьютерах, проблемы со зрением.

Выводы**.** Таким образом, несмотря на то что на первый вопрос анкеты об умении работать на компьютере, большинство респондентов ответили утвердительно, в дальнейшем часть утвердительно ответивших респондентов, оценивая свой уровень владения каждым из навыков, указали на то, что выполняют их с трудом или только с чьей-либо помощью.

Обращение к сервисам Интернета, как правило, не связано с профессиональной деятельностью, а ограничивается общением в социальных сетях и проведением досуга.

Низкий уровень оснащённости компьютерами рабочих мест, недостаточный уровень владения компьютерными технологиями и их использования для обмена профессиональной информацией и развития профессиональных компетенций свидетельствует о необходимости дальнейшего укрепления материально-технической базы, информационно-методического сопровождения медицинских работников в процессе информатизации здравоохранения, а также организации обучения информационным технологиям в системе непрерывного профессионального образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кудрина, В.Г. Оценка потребности и возможностей использования информационных технологии персоналом системы здравоохранения / В.Г Кудрина, Т.В Андреева, Н.Г Дзеранова // Врач и информационные технологии. – 2011. – №6. – С. 15-24.

2. Постановление Правительства Красноярского края "О внесении изменений в постановление Правительства Красноярского края от 29.03.2011 № 152–п "Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011–2012 годы".

УДК 616-021-036.12(571.54)

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА БАЗЕ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ЦЕНТР ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ», РЕСПУБЛИКА БУРЯТИЯ

Л.А. Ильина, Ж.Е. Турчина
ГАУЗ Республиканская клиническая больница восстановительного лечения «Центр восточной медицины», г. Улан-Удэ, Россия.
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия.
кафедра сестринского дела и клинического ухода

Актуальность проблемы: на современном этапе в мировом здравоохранении, наряду с развитием медицины высоких технологий, видна тенденция к консолидации медицинских знаний, точнее, интеграции медицинских систем, когда опыт традиционных методов лечения используется в сочетании с академической медициной. Применение традиционных методов лечения наиболее успешно происходит в сфере реабилитационно-восстановительной медицины [2]. Реабилитационные программы играют исключительную роль на завершающем этапе восстановления пациента [3]. Сохранение и восстановление здоровья человека требуют развития программы диагностики состояния индивидуальных резервов организма и поиска средств, способствующих их оптимальной коррекции. Одной из наиболее важных задач восстановительной медицины является оценка эффективности применения восстановительных технологий [1].

Восточная медицина в Бурятии – это сочетание тибетской, монгольской, китайской, бурятской традиций врачевания. В Бурятии научное изучение тибетской медицины проводится с 1970 г. в различных подразделениях Бурятского научного центра СО РАН. Результатом фундаментальных исследований стала организация центра восточной медицины (ЦВМ) в 1989 году. В 2012 году учреждение приобрело статус государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница восстановительного лечения «Центр восточной медицины». В 2013 году ГАУЗ «РКБВЛ» «Центр восточной медицины» включено в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, что позволило увеличить длю пациентов из других регионов РФ. Организация медицинской помощи на базе ЦВМ на современном этапе представлена стационарной и амбулаторно-поликлинической моделью, требующая оптимизации на некоторых этапах восстановительного лечения больных, что и вызвало интерес к данному научному исследованию.

Цель исследования: обоснование и разработка предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями на базе клинической больницы восстановительного лечения «Центр Восточной медицины».

Задачи исследования:

1. Изучить структуру организации работы РКБВЛ «Центр Восточной медицины».
2. Изучить социально-гигиеническую характеристику больных хроническими неинфекционными заболеваниями, проходивших реабилитацию на базе клинической больницы восстановительного лечения «Центр Восточной медицины» за 2011-2013 гг.
3. Изучить основные направления деятельности медицинского персонала в оказании медицинской помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями на базе клинической больницы восстановительного лечения «Центр Восточной медицины».

Материалы и методы исследования:

Годовые статистические отчеты ГАУЗ «РКБВЛ «Центр восточной медицины», журналы учета процедур. Методы исследования**:** статистический анализ, выкипировка данных.

Результаты исследования: структура организации работы ГАУЗ «РКБВЛ «Центр Восточной медицины» представлена следующей моделью: клиника п. Верхняя Березовка на 70 коек; бальнеологическая клиника восстановительного лечения п. Горячинск на 30 коек; поликлиника; аптека лекарственных трав, отделение медико-оздоровительного туризма на 25 мест, что представлено на Рисунок 1-2. В 2013 г. Центр вошел в систему ОМС, для чего было выделено 28 коек, из них неврологического профиля – 15 коек, терапевтического – 13 коек.

Запись на госпитализацию пациентов проводится не только после отбора на врачебной комиссии, но и по телефону (в основном жителей других регионов), что представлено на Рисунок 1. Объем обследования и лечения производится в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Бурятия по основному заболеванию.

Рисунок 1 – Порядок госпитализации в стационар ЦВМ

Социально-гигиеническая характеристика больных хроническими неинфекционными заболеваниями, проходивших реабилитацию на базе клинической больницы восстановительного лечения «Центр Восточной медицины» за 2011-2013 гг. (данные по стационару «Верхняя Березовка») представлена следующем образом: при распределении контингента по полу в сравнении за 2011-2013гг. доминируют женщины, что составило 65%, мужчин – 35 %, что отражено на Рисунке 2.

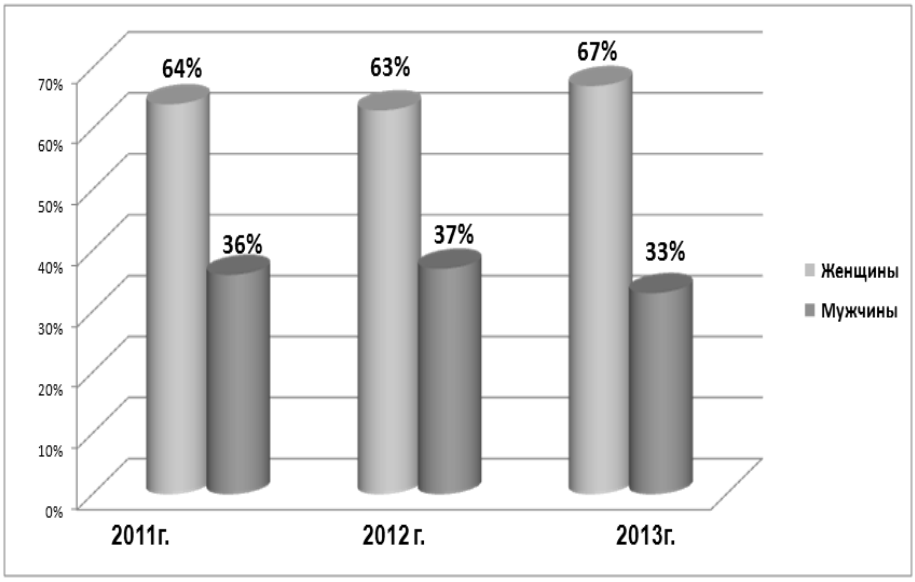


Рисунок 2 – Структура распределения контингента по полу в сравнении с 2011-2013 гг.

По возрастной характеристике за 2013 год доминируют категории « 41-50», «51-60», «61 и старше», что составило 1948 пациентов, данные представлены на Рисунок 3.

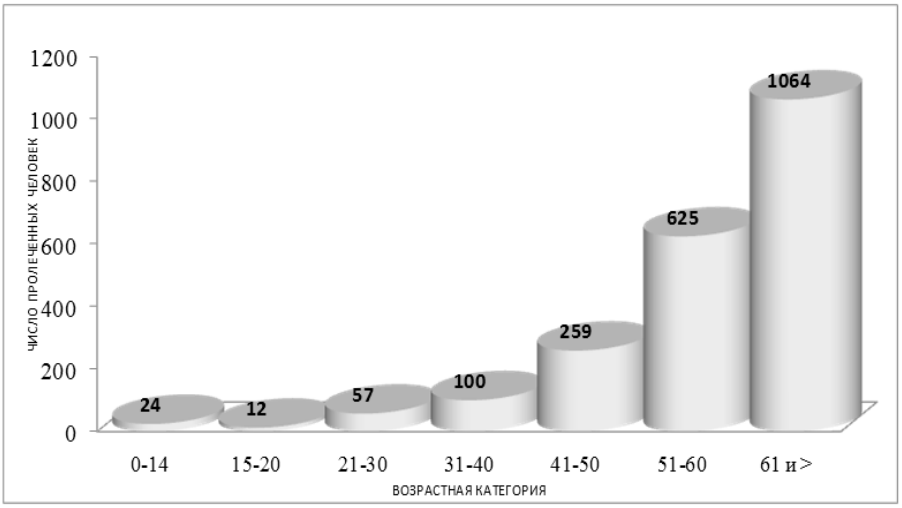


Рисунок 3 – Возрастная структура пролеченных больных в стационарных условиях по данным 2013 г. (данные по стационару «Верхняя Берёзовка»)

В структуре иногородних жителей в разрезе регионов РФ преобладают жители Забайкальского края (17, 5%); Иркутской (34, 8%) и Амурской областей (16, 0%), что можно объяснить близким географическим положением с республикой Бурятия.

Соотношение больных по классам заболеваний за 3 года (2011-2013 гг.) не меняется:

1 место занимают болезни костно-мышечной системы (43,0% – 49,4% – 52,6%);

2 место – болезни системы кровообращения (37,7% – 30,9% – 32,5%);

3 место – болезни органов дыхания (5,4% – 6,7% – 4,5%);

4 место – болезни нервной системы (3,8% – 2,8% – 4,2%), что представлено на Рисунке 4.

Рисунок 4 – Структура нозологических заболеваний за 2013 г. (данные по стационару «Верхняя Берёзовка»)

Основные направления деятельности медицинского персонала в оказании медицинской помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями на базе клинической больницы восстановительного лечения «Центр Восточной медицины» можно представить следующим образом:

1. В ЦВМ оказывается амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь по терапии, неврологии, педиатрии, дермато-венерологии с применением методов традиционной медицины (рефлексотерапия, мануальная терапия, массаж, гирудотерапия, фитотерапия); проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

2. Стационарная медицинская помощь для пациентов терапевтического и неврологического профилей; активно используются методы рефлексотерапии**,** физиотерапии, ЛФК и мануальной терапии; различные методы функциональной и лабораторной диагностики.

Интегративные технологии медицинской реабилитации включают в себя методы современной медицины, воздействующие на конкретную патологию, и методы традиционной медицины, оказывающие в основном обще-регуляторное системное действие.

Выводы**:** таким образом, на базе ГАУЗ «РКБВЛ «ЦВМ» проходят медицинскую реабилитацию пациенты с различными хроническими неинфекционными заболеваниями, ежегодно наблюдается рост общего числа пролеченного контингента, а также возможность пройти восстановительное лечение из различных регионов РФ.

Предложения для администрации ГАУЗ «РКБВЛ «Центр восточной медицины» по совершенствованию организации оказания медицинской помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями:

1. Оптимизировать санитарно-просветительную работу различными методами и формами с населением по пропаганде методов традиционной медицины по привлечению пациентов не только из Бурятии и Российской Федерации, но и из числа иностранных граждан, особенно из числа проживающих в странах бывших республик СССР.

2. Разработать проект долговременной программы дальнейшего развития Центра «Восточной медицины» с расширением коечного фонда для сокращения сроков «ожидания» на госпитализацию наиболее востребованных в стационарной помощи больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.

3. Внедрить в работу Центра «Восточной медицины» методики по грязелечению в реабилитации больных хроническими неинфекционными заболеваниями.

Данная статья написана по результатам научного исследования (дипломного проекта) соавтора Ильиной Л.А., выпускницы факультета медицинской кибернетики и организации в здравоохранении КрасГМУ 2014г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайцев, А.А. Метод прогнозирования эффективности восстановительного лечения на основе дерева решений /А.А. Зайцев, Е.Ф. Левицкий, И.А. Ходошинский// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры – 2010. – №5 – С. 35-37.

2. Митина, А.К. Традиционная медицина в практическом здравоохранении /А.К. Митина

// Материалы 4-рой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Развитие традиционной медицины в России».– Улан-Удэ: Изд-во ГБУЗ РЦМП МЗ РБ, 2014. – С.9-15.

3. Пономаренко, Г.Н. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – инструмент научной оценки эффективности медицинской реабилитации /Г.Н. Пономаренко// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. – №12 – С. 57-62.

УДК 617.721.6-006.81

МЕЛАНОМА ХОРИОИДЕИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКА: ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Ю.В. Козина

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

Кафедра офтальмологии с курсом ПО имени профессора М.А. Дмитриева

Меланома хориоидеи (МХ) известна как одна из наиболее злокачественных опухолей органа зрения. Ее агрессивность, склонность к метастазированию нередко обуславливает быстрый летальный исход. В России показатель заболеваемости по обращаемости находится в пределах от 8 до 13,3 на 1 млн. населения [3], что несколько выше среднеевропейского – 5 – 8 случаев на 1 млн. жителей [4, 8]. По данным А.И. Кириличева частота внутриглазных меланом на территории Урала и Западной Сибири доходит до 22,3 человек на 1 млн. проживающего там населения [1]. Количество вновь регистрируемых случаев

новообразования возрастает с каждой декадой жизни, достигая пика в 55-75 лет. По данным WilkesS.R. и соавторов ежегодная заболеваемость среди населения в возрасте до 50 лет в 7 раз ниже, чем в возрасте старше 50 лет – 3,0 и 21,0 на 1 млн. населения, соответственно [7].

По данным ряда авторов среди пациентов с МХ преобладают женщины (соотношение мужчин к женщинам – 1:1,31), по данным других исследователей каких-либо гендерных различий в частоте выявления МХ не обнаружено [2, 4, 5]. Однако «стандартизированные по возрасту» исследования заболеваемости увеальной меланомой в США и Швеции указывают на большее вовлечение в неопластический процесс мужского населения [6, 9].

Ранняя диагностика МХ нередко затруднена ввиду отсутствия жалоб со стороны органа зрения почти у половины заболевших [4]. Кроме того, увеличение частоты диагностики МХ ассоциируется с большей доступностью качественной офтальмологической помощи населению, с средним и высоким социально-экономическим уровнем жителей региона [10].

По мнению большинства исследователей, прогноз заболевания зависит от многих факторов, но преимущественно от гистологического типа опухоли, ее локализации и размеров.

Цель работы – оценить первичную заболеваемость по обращаемости, структуру и клиническую характеристику хориоидальной меланомы у жителей г. Красноярска.

Проведен ретроспективный анализ учетных и медицинских документов всех больных МХ, жителей краевого центра, обратившихся в Красноярскую краевую офтальмологическую клиническую больницу в период за 2003-2013 гг. Изучали половозрастную структуру, анамнез заболевания, состояние органа зрения больных МХ, в зависимости от района проживания.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 13.0 по методикам для обработки данных, не имеющих нормального распределения**.**

Всего по поводу МХ за указанный период времени в ККОКБ обратилось 128 пациентов, в возрасте от 18 до 92 лет. Средний возраст больных составил 62 [44; 76] года. Первичная заболеваемость по обращаемости составила 0,13 на 10 000 взрослого населения г. Красноярска.

Среди обратившихся больных МХ преобладали женщины (61,7 % и 38,3 %, соответственно; $p<0,01$). При этом мужчины и женщины были сопоставимы по возрасту ($p=0,69$). При анализе интенсивных возрастно-половых показателей первичной заболеваемости МХ установлено, что в сравнение с женщинами мужчины заболевали МХ в 1,2 раза реже (0,13 на 10 000 мужского населения и 0,16 на 10 000 женского населения г. Красноярска, соответственно), что является статистически недостоверным ($p > 0,05$).

Принимая во внимание увеличение частоты онкологических заболеваний по мере старения населения, проанализированы показатели заболеваемости МХ в г. Красноярске в зависимости от возраста пациентов. Так, значения показателя первичной заболеваемости МХ среди лиц трудоспособного возраста составили 0,05 на 10 000 трудоспособного населения, среди лиц пенсионного возраста - 0,46 на 10 000 населения пенсионного возраста. Таким образом, риск развития МХ у лиц пенсионного возраста в 9 раз выше ($p < 0,01$). Несмотря на сопоставимые показатели распространенности хориоидальной меланомы у мужчин и женщин, наименее уязвимыми в плане ее развития оказались женщины трудоспособного возраста – 0,04 на 10 000 соответствующего населения. Значения данного показателя у трудоспособных мужчин оказались равными 0,1, у женщин пенсионного возраста – 0,42, а у мужчин пенсионеров – 0,56 на 10 000 соответствующего населения.

В ходе анализа заболеваемости МХ в зависимости от района проживания в г. Красноярске были получены следующие результаты: значения изучаемого показателя в Кировском районе составили 0,219 на 10 000 взрослого населения данного района (0,219 женщины и 0,219 мужчины), в Центральном районе – 0,197 на 10 000 (0,149 женщины и 0,264 мужчины), в Ленинском районе – 0,185 на 10 000 (0,239 женщины и 0,116 мужчины), в Октябрьском районе – 0,172 на 10 000 (0,202 женщины и 0,134 мужчины), в Свердловском районе – 0,128 на 10 000 (0,112 женщины и 0,148 мужчины), в Советском районе – **0,097** на 10 000 (0,135 женщины и 0,053 мужчины), в Железнодорожном районе – **0,050** на 10 000 (0,047 женщины и 0,060 мужчины). Таким образом, заболеваемость МХ была достоверно ниже у жителей Советского и Железнодорожного районов в сравнении с данным показателем в Кировском районе г. Красноярска ($p<0,05$). Данная ситуация может быть обусловлена с одной стороны большим числом жителей пенсионного возраста в Кировском районе, с другой стороны лучшей укомплектованностью офтальмологическими кадрами поликлиник этого района в сравнение с другими территориями, в том числе Центрального района города, имеющего самое «возрастное» население.

Рассмотрев результаты офтальмологического обследования больных МХ при их первичном обращении к офтальмологу, можно говорить о достаточно поздней их обращаемости за медицинской помощью. Так, при средних значениях остроты зрения 0,08 [0; 0,7] 18,75 % больных были абсолютно слепыми, остаточные зрительные функции в виде светоощущения с неправильной и правильной проекцией имели 12,5 % больных. Острота зрения на уровне 0,001-0,005 зафиксирована у 6,25 % обратившихся, на уровне 0,01-0,09 у 13,5 % больных, на уровне 0,1 и выше у 49 % пациентов. То есть половина пациентов с МХ впервые обратилась к офтальмологу, имея существенное снижение зрения. При этом, у

четверти из них временной промежуток с момента потери зрения до обращения за медицинской помощью составил 1,5 месяца.

Максимальное число больных МХ с практически полной потерей зрительных функций было выявлено в Кировском районе, минимальное число таких же пациентов – в Железнодорожном и Свердловском районах города, что также может быть обусловлено различной возрастной структурой населения указанных территорий. Пациентов с МХ, имеющих остроту зрения 0,4 и выше, чаще других выявляли в Свердловском районе г. Красноярска.

Характеризуя клинический офтальмологический статус больных МХ, необходимо отметить выраженную взаимосвязь между состоянием зрительных функций и размерами опухоли, что представляется естественным [1, 2, 6, 7]. Снижение остроты зрения, изменение периферического зрения наиболее тесно связаны с проминенцией образования ($r = -0,74$; $p < 0,05$) и горизонтальным диаметром опухоли ($r = -0,48$; $p < 0,05$). Рост опухоли, способствует снижению электрофизиологических показателей – повышению порога электрической чувствительности сетчатки ($r = 0,28$; $p < 0,05$), уменьшению значений лабильности зрительного нерва ($r = -0,46$; $p < 0,05$), критической частоты слияний мельканий ($r = -0,52$; $p < 0,05$).

Признаки вторичной глаукомы с размахом ВГД от 28 до 70 мм рт. ст. имела четвертая часть пациентов. Ее развитие было сопряжено, прежде всего, с проминенцией новообразования ($r = 0,48$; $p < 0,05$), и обусловливало крайне низкие зрительные функции. Как правило, именно эта категория пациентов отличалась поздним обращением к офтальмологу ввиду выраженного болевого синдрома на «почти или давно ослепшем глазу», о чем говорилось выше.

В 2,5 раза реже меланому выявляли в глазах с миопической рефракций в сравнение с глазами с эмметропией и гиперметропией – 16,4 % против 42,9 % и 40,7 %, соответственно ($p<0,01$), что, возможно, связано с более мощной хориоидальной выстилкой у последних.

Принимая во внимание клиническую картину и размеры опухоли, 60,1 % пациентам была проведена энуклеация. По результатам гистологического исследования в подавляющем большинстве случаев был диагностирован веретеноклеточный тип МХ, отличающийся менее агрессивным течением и более благоприятным прогнозом. Тем не менее, у 32 % больных, оперированных по поводу МХ, наступил летальный исход вследствие как метастазирования основного заболевания, так и по причине генерализации злокачественных опухолей иного гистологического строения.

Выводы:

1. Первичная заболеваемость по обращаемости меланомой хориоидеи в г. Красноярске соответствует верхней границе показателя в Российской Федерации.

2. Несмотря на то что офтальмологическая служба г. Красноярска в целом соответствует общепринятым стандартам по укомплектованности офтальмологическими кадрами, уровню квалификации врачей, достаточной степени оснащения диагностическим оборудованием, сохраняется необходимость повышения онкологической настороженности как у врачей-офтальмологов, так и у врачей других специальностей, активизации санитарно-просветительной работы среди населения.

3. Целесообразным является поиск новых разноплановых факторов, определяющих характер течения заболевания, его прогноз и, в конечном счете, обуславливающих увеличение продолжительности жизни больных меланомой хориоидеи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболеваемость внутриглазными меланомами в регионе обслуживания Оренбургского межобластного офтальмоонкологического центра (Урал – Западная Сибирь) / А.И. Кириличев, С.В. Дегтярева, Т.Ф. Макарова, Е.В. Рябова // Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения. – М., 1990. – С. 29-30.

2. Котелянский, Э.О. Внутриглазные опухоли / Э.О. Котелянский. – М.: Медицина, 1974. – 223 с

3. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова и др. М.: ГЭОТАР– Медиа, 2008. – 940 с.

4. Офтальмоонкология: Руководство для врачей / А.Ф. Бровкина, В.В. Вальский, Г.А. Гусев и др.; Под ред. А.Ф. Бровкиной. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.

5. Сомов, Е.Е. Клиническая офтальмология / Е.Е. Сомов. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 392 с.

6. Epidemiologic aspects of uveal melanoma / K.M. Egan, J.M. Seddon, R.J. Glynn et al. // Surv. Ophthalmol. – 1988. – V. 32, № 4. – P. 239-251.

7. Incidence of uveal malignant melanoma in the resident population of Rochester and Olmsted County, Minnesota / S.R. Wilkes, D.M. Robertson, L.T. Kurland, R.J. Campbell // Am. J. Ophthalmol. – 1979. – V. 87, № 5. – P. 639-641.

8. Incidence of uveal melanoma in Europe / G. Virgili, G. Gatta, L. Ciccolallo et al. // Ophthalmology. – 2007. – V. 114, № 12. - P. 2309–2315.

9. Singh, A.D. Incidence of uveal melanoma in the United States: 1973–1997 / A.D. Singh, A. Topham // Ophthalmology. – 2003. –V. 110, № 5. - P. 956–961.

10. Socioeconomic factors and diagnosis of uveal melanoma in the mid-southern United States / Y. Shildkrot, F. Thomas, A. Al-Hariri et al. // Curr. EyeRes. – 2011. – V. 36, № 9. – P. 824-830.

УДК 616.5-006.81-07

НЕОБХОДИМОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

А.В. Козлова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского

Кафедра патологической физиологии им. В.В. Иванова.

Меланома кожи – злокачественное новообразование кожи, которое характеризуется стремительным ростом с агрессивным течением, быстрым метастазированием лимфогенным и гематогенным путями. Данное заболевание имеет высокую вариабельность клинических проявлений, что не всегда дает возможность врачам дерматологам, онкологам на первых этапах обследования пациентов выставить правильный диагноз, тем самым усугубляя прогноз для пациента.

Как показывают современные статистические данные в 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%), следуя за раком молочной железы (19,8%) [1]. В последние годы замечен стремительный рост заболеваемостью меланомой кожи в разных странах, включая и Российскую Федерацию, где за 2000-е гг. она выросла в 1,5 раза, составив 42,6 на 100.000 населения. Ежегодно в России заболевают свыше 7700, а умирают – более 3000 пациентов [2]. На сегодняшний день основной принцип лечения меланомы кожи – это хирургическое иссечение опухоли и только на ранних стадиях развития прогноз для пациента может быть благоприятным. 5- и 10-летняя выживаемость среди пациентов с I стадией меланомы кожи составляет 65,4 и 52,5% у мужчин и 72,3 и 55,3% соответственно у женщин. Такие факторы как глубина инвазии опухоли, наличие изъязвления и наличие метастазов усугубляют прогноз в худшую сторону [3].

В период с 2013 по 2014 год выполнялся клинический анализ пациентов Красноярского краевого онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского с установленным диагнозом: меланома кожи. Оценивались следующие критерии: период с момента обращения к врачу до окончательного установления диагноза, наличие онкологических заболеваний у близких родственников, частота пребывания на солнце за последние 5 лет, стадия меланомы по классификации AJCC.

Классификация по AJCC (n=82)	Длительность существования новообразования до обращения к врачу, мес.	Период с момента обращения к врачу до окончательного установления диагноза, мес.	Отягощенный онкологический анамнез у близких родственников			Частота пребывания на солнце за последние 5 лет, недели.
IA –30,3% IB –12,3% IIA – 15,1% IIB – 6% III – 24,2% IV – 12,1%	19 (+/- 4,3)	7,5 (+/- 3)	есть 20 %	отрицают 10%	нет информа-ции 70%	12,9 (+/- 4,5)

Период с момента обращения к врачу до окончательного установления диагноза в среднем составил 7,5 месяцев, что подтверждает сложность в дифференциальной диагностике пигментных новообразований кожи. Длительность существования новообразования до обращения к врачу составляет в среднем 19 месяцев, такие данные говорят о слабой информированности населения в отношении злокачественных новообразований кожи. Длительное отсутствие квалифицированной медицинской помощи повышает риск развития генерализации процесса. На сегодняшний день меланома кожи требует усовершенствования мер ранней диагностики, ежегодный профилактический осмотр населения врачами онкологами и дерматологами, знание вариабельности клинических проявлений данного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанова, А.А. Место злокачественных новообразований кожи в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов // Вестник дерматологии и венерологии – 2007. – №6. – С. 19-24.

2. Вишневская, Я.В. Современная морфологическая, иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая диагностика меланомы кожи / Я.В. Вишневская, Я.А. Машенкина, Ю.В. Полуэктова, А.И. Сендерович, А.М. Строганова // Вестник московского онкологического общества – 2011. – № 9. – С. 2-4.

3. Марочко, А.Ю. меланома кожи I стадии: факторы прогноза и отдаленные результаты хирургического лечения / А.Ю. Марочко // Дальневосточный медицинский журнал – 2009. – №1. – С. 49-51.

УДК 614.2/.3:622.87(571.51)

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ КОНТИНГЕНТУ ЗОЛОТОДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

М.С. Лисовская, Ж.Е. Турчина

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

Кафедра сестринского дела и клинического ухода

Актуальность проблемы: одной из важнейших проблем современной России является снижение смертности и сохранение здоровья населения трудоспособного возраста. Среди факторов, оказывающих влияние на причины и уровни смертности работающего населения, важная роль принадлежит условиям труда [4].

Предприятия горнодобывающей, металлургической промышленности являются базовыми и в значительной степени определяют экономические показатели страны. Они успешно работают, имеют высокий рост объёмов выпускаемой продукции, поэтому проблема создания здоровых условий труда, проведения мероприятий по профилактике профессиональных заболеваний на большинстве предприятий весьма актуальна [3].

Обеспечение сохранения здоровья работающих – одно из приоритетных направлений профилактической медицины, федеральной программы «Здоровье работающего населения России на 2004-2015гг.» [1,2,5].

Золотодобывающее предприятие ООО «Соврудник» Северо-Енисейского района Красноярского края – общество с ограниченной ответственностью, является динамично развивающимся предприятием, занимает второе место по объемам золотодобычи в Красноярском крае и входит в двадцатку крупнейших золотодобывающих предприятий России. Район является регионом Крайнего Севера и принадлежит к числу наиболее крупных территориально – административных единиц Красноярского края, на котором по данным статистических отчётов в течение последних пяти лет остается неизменной высокая обращаемость по заболеваниям ЛОР - органов, верхних дыхательных путей (ВДП), сердечнососудистой и костно-мышечной системы. В некоторой оптимизации нуждается и система организации медицинской помощи работающему контингенту предприятия, что и обуславливает актуальность данной проблемы [6].

Цель исследования – разработать предложения по совершенствованию организации оказания медицинской помощи работающему контингенту золотодобывающего предприятия ООО «Соврудник» Северо-Енисейского района Красноярского края.

Задачи исследования:

1.Изучить социально-гигиенический портрет работающего контингента золотодобывающего предприятия ООО «Соврудник» в 2010-2012 гг.

2.Изучить показатели обращаемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих золотодобывающего предприятия ООО «Соврудник» в 2010-2012 гг.

3. Изучить основные направления деятельности медицинского персонала в оказании медицинской помощи работающим на золотодобывающем предприятии.

Материалы исследования: годовые статистические отчеты здравпункта, журнал учета процедур, журнал амбулаторного приема больных, анкеты (100 единиц).

Методы исследования: статистический метод (выкопировка данных, статистический анализ), анкетирование.

Социально-гигиенический портрет работающих ООО «Соврудник» за 2012 г. представлен следующим образом: основным работающим контингентом предприятия являются мужчины – 1173 человека, что составляет (78,20%) от всего коллектива; женщин 327 человек (21,80%). Наибольшая часть коллектива в возрасте от 18 – 35 лет – 643 человека (42,9%). На золотодобывающем предприятии ООО «Соврудник» два режима работы – вахтовый метод-1085 человек (72,3%), и постоянный метод работы – 415 человек (27,7%).

Согласно штатному расписанию, распределение работающего контингента по подразделениям, следующее: управление – 89 человек (5,93%), золотоизвлекательная фабрика (ЗИФ) – 409 человек (27,27%), горный участок тяжёлых машин (ГУТМ) – 187

человек (12,46%), ремонтно-монтажный цех (РМУ) – 50 человек (3,33%), административно-бытовой комплекс (АБК) – 235 человек (15,67%), автотранспортный цех (АТЦ) – 412 человек, служба безопасности – 88 человек (5,87%), работники карьеров – 30 человек (2%).

Общее количество обращений в здравпункт предприятия по заболеваниям работающих за 2010-2012 гг. увеличивается, что представлено на Рисунке 1.

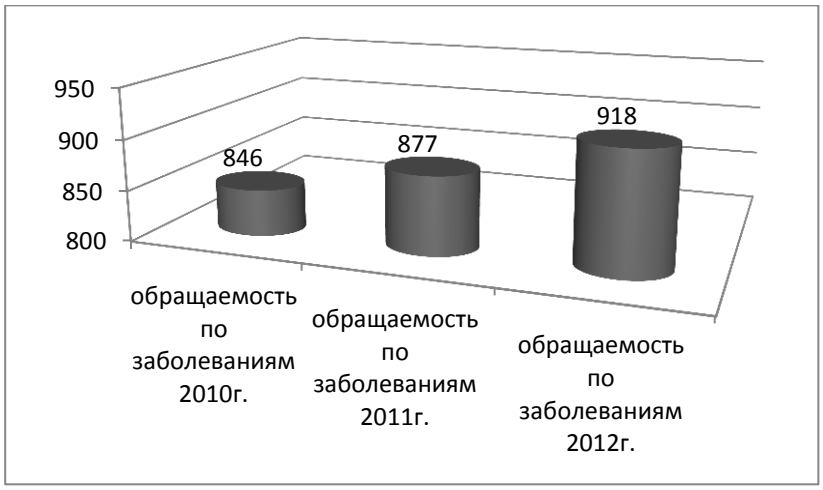


Рисунок 1 – Общее количество обращений по заболеваниям за 2010 – 2012 гг. (абсолютное число).

Первые три места по обращаемости занимают заболевания ЛОР органов и верхних дыхательных путей (в 2010 г. – 259, 2011 г. – 247, 2012 г. – 250 на 1000 раб.); сердечно-сосудистой системы (2010 г. – 163, 2011 г. – 177, 2012 г. – 171 на 1000 раб.); костно-мышечной системы (2010 г. – 151, 2011 г. – 165, 2012 г. – 163 на 1000 раб.), что представлено на Рисунке 2.

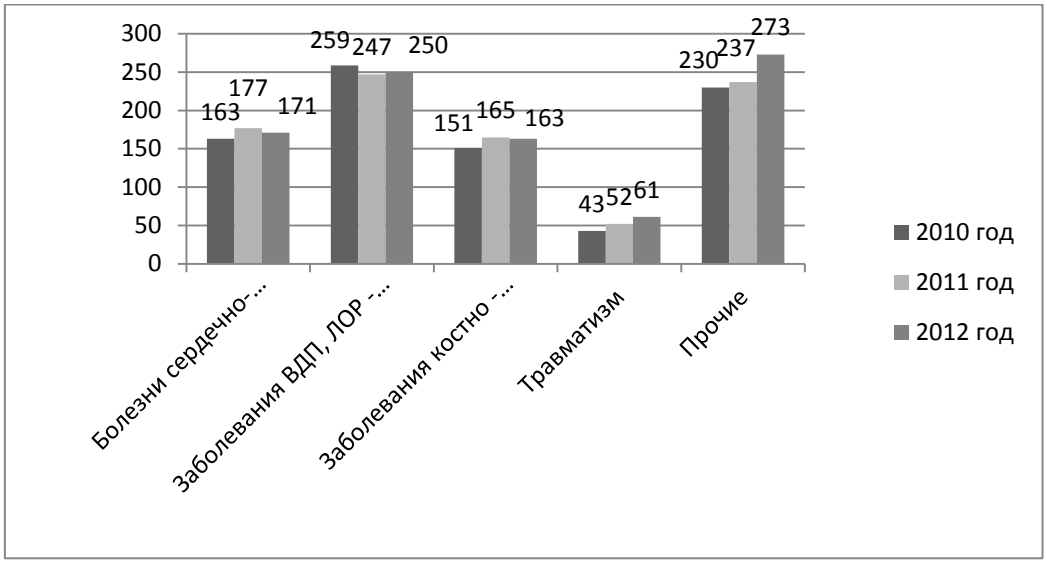


Рисунок 2 – Обращаемость на 1000 работающих по нозологическим группам за 2010 – 2012 гг.

Алгоритм организации медицинской помощи работающему контингенту предприятия представлен следующим образом: амбулаторно-поликлинический этап включает здравпункт предприятия и поликлинику ЦРБ; при необходимости используется санитарная авиация (специализированная медицинская помощь). Стационарный этап представлен стационаром ЦРБ. Санаторно-курортное лечение обеспечивается выдачей льготных путевок предприятием.

По данным обращаемости в здравпункт в (95,0%) медицинская помощь является плановой, в (5,0%) неотложная медицинская помощь, что отражено на Рисунке 3.

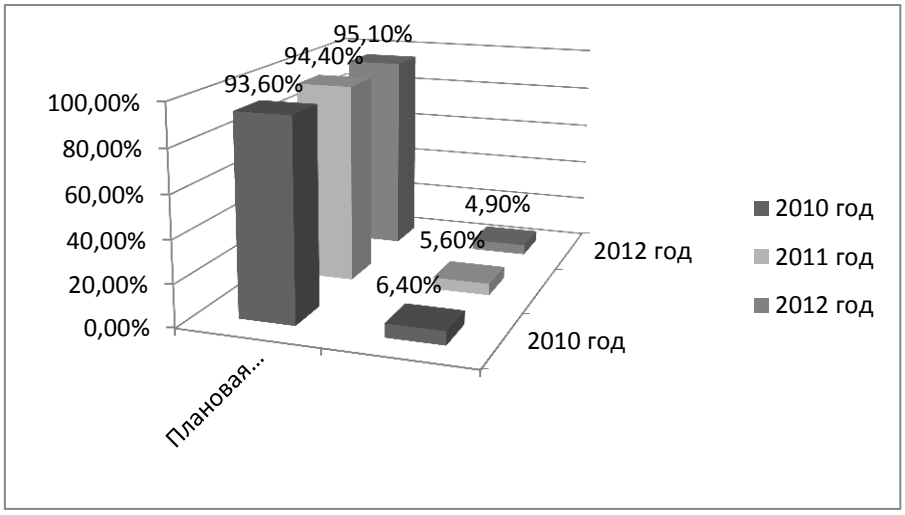


Рисунок 3 – Медицинская помощь (по данным обращаемости в здравпункт).

Одним из важных направлений деятельности медицинского персонала, является профилактическая работа. На Рисунок 4. представлено распределение профилактической работы за 2010 – 2012гг. По сравнению с 2010 г. санпросвет работа стала проводиться намного активнее. Ввели практические занятия с работниками своего предприятия по оказанию само- и взаимопомощи при травмах, кровотечениях, клинической смерти и другие. Увеличилось количество бесед. Количество санбюллетней в 2010 г. составило – 3 на каждый кабинет, а в 2012 г. – 5. Активно работают в данном направлении фельдшера и средние медицинские сёстры здравпункта предприятия.

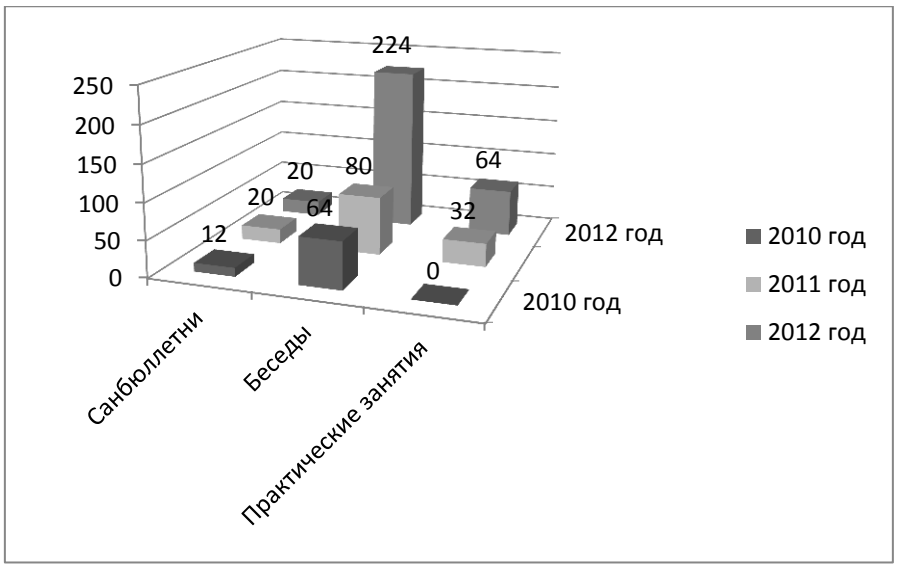


Рисунок 4 – Число профилактических мероприятий здравпункта предприятия в 2010 – 2012 гг.

Выводы: организация медицинской помощи работающим золотодобывающего предприятия включает три этапа: амбулаторно-поликлинический, стационарный, санаторно-курортный; в (95%) медицинская помощь является плановой; основными поводами обращений работающих являются выполнение различных манипуляций, перевязки; увеличилось в динамике число проведённых профилактических мероприятий здравпункта, а также бесед и практических занятий, отмечена существенная роль среднего медицинского персонала.

При оценке качества медицинской помощи отмечено, что выполнение процедур получило наивысший средний балл – 4,64. Проведение же медицинских осмотров получило наименьший средний балл – 4,14.

По результатам научного исследования для администрации и заведующего здравпунктом предприятия были разработаны предложения по оптимизации оказания медицинской помощи работающему контингенту:

1. Для организации проведения периодических медицинских осмотров работающего контингента, учитывая высокую обращаемость по доминирующим заболеваниям (ЛОР-органов и ВДП; заболевания сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы) в состав комиссии необходимо включать следующих специалистов: кардиолога, ЛОР врача, пульмонолога, невролога.

2. Учитывая вредные и опасные производственные факторы (вибрация, вынужденная рабочая поза, физические перегрузки, производственная пыль), организовать на базе здравпункта кабинет ЛФК, физиотерапевтический кабинет (ингаляторий, соляная камера).

3. Организовать введение индивидуальных и коллективных паспортов здоровья согласно приказу 320-Н от 12 апреля 2011 г.

4. Фельдшерам здравпункта формировать группы риска из числа работников с большим стажем работы на вредном производстве, хроническими заболеваниями, возрастной группы 50 лет и старше, имеющих вредные привычки.

Данная статья написана по результатам научного исследования (дипломного проекта) соавтора Лисовской М.С., выпускницы факультета высшей медицинской бизнес школы КрасГМУ 2013 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вагин, В.А. Профессиональная непригодность моряков Сахалинской области / В.А. Вагин // Медицина труда и промышленная экология.– 2012.– №5.– С.28-33.

2. Измеров Н.Ф. Сбережение здоровья работающих и предиктивно-превентивно-персонифицированная медицина/ Н.Ф. Измеров, И.В. Бухтияров, Л.В. Прокопенко и др. // Медицина труда и промышленная экология.– 2013.– №6.– С.7-12.

3. Прокопенко, Л.В. Проблемы оздоровления условий труда, профилактики профессиональных заболеваний на предприятиях ведущих отраслей экономики /Л.В. Прокопенко, Н.П. Головко, А.Г. Чеботарёв // Медицина труда и промышленная экология – 2012.– №9.– С.6-13.

4. Тихонова, Г.И. Смертность населения трудоспособного возраста в промышленных городах в зависимости от специфики градообразующих предприятий / Г.И. Тихонова, Т.Ю. Горчакова, А.Н. Чуранова // Медицина труда и промышленная экология.– 2013.– №10.– С.9-13.

5. Тихонова, Г.И. Профессиональный риск по показателям производственного травматизма в России / Г.И. Тихонова, Т.Ю. Горчакова, А.Н. Чуранова // Медицина труда и промышленная экология.– 2012.– №3.– С.9-14.

6. официальный сайт ООО «Сотрудник». – URL: http://www.sovrudnik.ru

УДК 616.248-022.8-08-039.78:615.37

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО И СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

М.М. Локтионова, А.Г. Айвазян
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО
Научные руководители: д.м.н., проф. И.В. Демко, д.м.н., доц. Е.А. Собко,
к.м.н., асс. О.П. Ищенко

Актуальность проблемы. Несмотря на глобальные достижения в фарминдустрии за последние десятилетия, а также постоянно совершенствующиеся методы диагностики и лечения аллергических заболеваний, бронхиальная астма (БА) до сих пор остается одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире, требующих огромных социально-экономических затрат [6]. На сегодняшний день аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) является единственным патогенетически оправданным методом лечения данного заболевания [1,3]. Показано, что под влиянием успешной АСИТ уменьшаются симптомы БА, улучшаются показатели функции внешнего дыхания, снижается бронхиальная гиперреактивность, сохраняется длительная ремиссия заболевания [5]. Однако, помимо клинической эффективности любой медицинской технологии, необходима фармакоэкономическая экспертиза ее целесообразности [8].

Цель исследования – изучить клиническую эффективность и провести фармакоэкономический анализ АСИТ у пациентов с аллергической бронхиальной астмой.

Задачи исследования.

1. Изучить клиническую эффективность АСИТ у больных атопической БА в зависимости от степени тяжести и особенностей течения заболевания.

2. Оценить характер изменения базисной противоастматической терапии на фоне проведения АСИТ.

3. Рассчитать коэффициент затратной эффективности лечения пациентов в зависимости от назначения специфической иммунотерапии.

Материалы и методы. **О**бследовано 108 больных аллергической БА легкого и среднетяжелого течения в возрасте от 18 до 35 лет. В зависимости от степени тяжести заболевания и метода лечения нами было предложено 4 модели исследования (таблица 1).

Таблица 1 – Анамнестические данные пациентов исследуемых групп

Показатель	Легкая АБА	Средняя АБА

	Пациенты, получающие АСИТ (n=35)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=22)	Пациенты, получающие АСИТ (n=17)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=34)
Мужчины	26	11	7	12
Женщины	9	11	10	12
Средний возраст	26[23;30]	22[20;24]	29[25;35]	27,5[24;32]
Дебют заболевания	10[5;13]	16[9;21]*	15[12;18]	21[15;22]*
Длительность заболевания	1[1;4]**	6[1;13]	12[2;16]**	6,5[3;15]
Длительность АСИТ	6[3;9]		4[3;5]	

Примечание. Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни, n - число наблюдений, *- достоверность между исследуемыми группами, при $p < 0,05$, ** - достоверность различий внутри исследуемых групп при $p < 0,05$.

Параметры функции внешнего дыхания оценивали методом спирометрии с бронходилатационным тестом. АСИТ проводилась в соответствии с международными стандартами смесью лечебных аллергенов вводимых подкожно [4].

При методологии клинико-экономического анализа использовались отраслевые стандарты «Клинико-экономические исследования», действующие в РФ. Метод фармакоэкономического анализа заключался в анализе «стоимость – эффективность» (Cost-EffectivenessAnalysis) [7].

В качестве параметра, описывающего эффективность АСИТ, использовали значения теста АСТ, отражающего уровень контроля над заболеванием, а также показатель функции внешнего дыхания $ОФВ_1$.

Для каждого из альтернативных методов лечения производился расчет коэффициента затратной эффективности (Keff), как результат отношения стоимости к эффективности. Формула расчета следующая:

$$Keff = Cos\,t / Eff$$

где Cost – суммарные затраты, Eff – эффективность [2].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ IBMSPSSStatistics 19.

Полученные результаты. Результаты теста АСТ на фоне проведения АСИТ показали, что клиническая эффективность данного метода зависит от времени появления первых симптомов заболевания. По мере нарастания длительности астмы наблюдается снижение

частоты встречаемости отличных и хороших результатов от проводимого лечения ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что проведение АСИТ в первые три года от начала клинических проявлений дает более высокие показатели, в сравнении с группой больных, получивших АСИТ с длительностью клинических проявлений более 10 лет ($p<0,05$).

Мы проанализировали уровень контроля над заболеванием до и после проведения АСИТ в зависимости от степени тяжести заболевания. На момент включения в исследование контроль над заболеванием был частичным практически у всех больных. Через 12 месяцев наблюдения в группе больных с АБА легкой степени тяжести на фоне АСИТ полный контроль зарегистрирован у 71,4% человек. В группе больных с АБА средней степени тяжести на фоне АСИТ контролируемое течение отмечено у 41% пациентов. Позитивным является тот факт, что в данных группах количество больных с низким уровнем контроля снизилось до 2,9% и 11,8% соответственно.

При изучении характера базисной противоастматической терапии на фоне проведения АСИТ нами были получены следующие результаты (Рисунок 1).

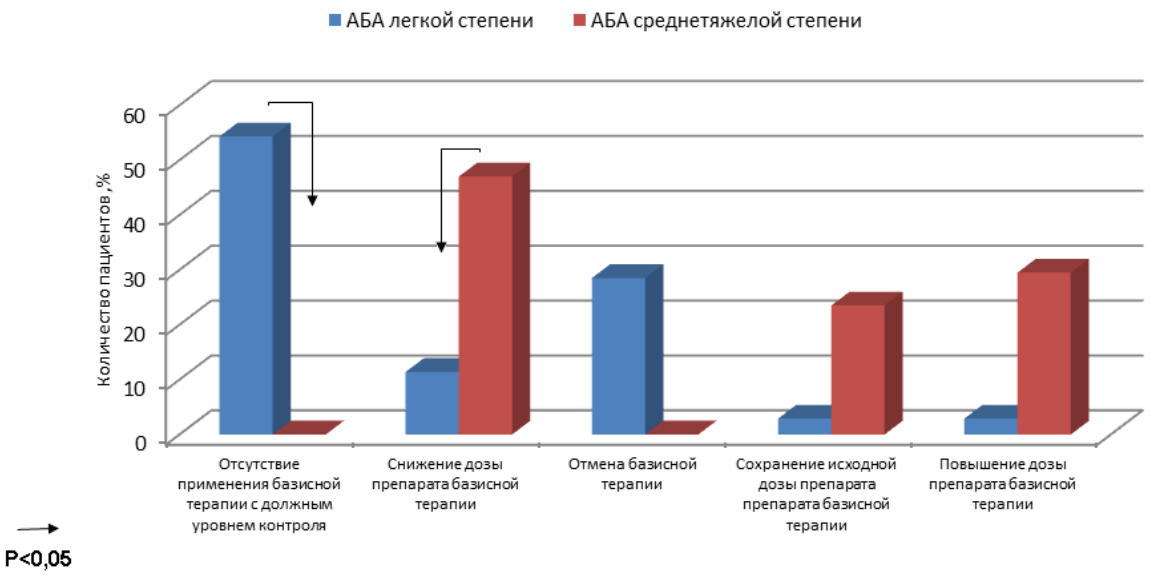


Рисунок 1 – Динамика противоастматической терапии на фоне проведения АСИТ в исследуемых группах в течение 12 месяцев наблюдения.

Полученные результаты, свидетельствует об эффективности АСИТ, позволяющей достигнуть контролируемого течения заболевания, и изменить характер лекарственной противовоспалительной терапии у больных БА как легкого, так и среднетяжелого течения.

В рамках данного исследования была проведена оценка прямых медицинских затрат, включающих стоимость лекарственной терапии и госпитализаций у пациентов сАБА легкой

и средней степени тяжести в течение 12 месяцев. Показано, что стоимость лечения БА значительно зависит от степени тяжести заболевания (таблица 2).

Таблица 2 – Оценка стоимости и эффективности лечения у пациентов АБА в зависимости от назначения АСИТ.

Показатель	Легкая АБА		Средняя АБА	
	Пациенты, получающие АСИТ (n=35)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=22)	Пациенты, получающие АСИТ (n=17)	Пациенты, получающие базисную терапию (n=34)
Стоимость	7500[7500;8300]*	4537[4537;4537]*	15950[11727;23259]*	28184[20879;32684]*
Показатель АСТ-теста	25[25;25]*	21[20;23]*	24[19,5;24]*	15[20;23]*
Показатель ОФВ1, %	111[110;112]	95[88;103,7]	80,3[73;120]	92,1[74,1;170,6]
Коэффициент АСТ	300[300;352]*	226,8[197,3;227,8]*	839,5[488,6;969,1]*	1426,3[1031,2;1898]*
КоэффициентОФВ1	74,3[68,8;77,3]	49,3[44,9;63]	198,6[132,9;318,6]	291,4[194;374,5]

Примечание. Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия Манна-Уитни, n - число наблюдений., *- достоверность между исследуемыми группами, при $p<0,05$, ** - достоверность различий внутри исследуемых групп при $p<0,05$.

При оценке коэффициента затраты-эффективность в зависимости от показателя $ОФВ_1$статистически значимых различий между группами не выявлено. Однако, анализируя данный коэффициент согласно результатам АСТ-теста, мы установили, что в группе больных АБА средней тяжести проведение АСИТ в сочетании с базисными препаратами экономически более рентабельно по сравнению с использованием только базисной терапии (839,5[488,6;969,1] и 1426,3[1031,2;1898] соответственно, $p<0,05$), что свидетельствует об эффективности АСИТ не только в плане клинического аспекта, но и материального.

Несмотря на большее значение коэффициента затратной эффективности, при применении АСИТ для лечения АБА легкого течения, следует учитывать тот факт, что

специфическая иммунотерапия препятствует прогрессированию заболевания, что в дальнейшем будет компенсировать стоимость данного метода лечения.

Выводы.

1. АСИТ – высокоэффективный метод лечения у больных атопической бронхиальной астмой. Проведение АСИТ в первые 3 года от начала заболевания повышает ее клиническую эффективность.

2. Проведение АСИТ у больных атопической БА положительно влияет на характер противовоспалительной терапии, позволяя снизить дозу базисного препарата.

3. АСИТ характеризуется высокой клинической эффективностью в терапии атопической бронхиальной астмы и приемлемой эффективностью дополнительных затрат (особенно при назначении в первой линии терапии).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. GINA- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2011 г. Российское респираторное общество. М., 2012.

2. Авксентьева М. А., Герасимов Б. В., Сура М. В. Клинико- экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управления качеством медицинской помощи)/под ред. П. А. Воробьева. М.: Ньюдиамед, 2004. 404 с.

3. Воробьева О.В., Гущин И.С. Контролируемые исследования эффективности и безопасности аллергенспецифической иммунотерапии: исторический аспект // Рос.аллергол. журн. - 2011. - №4. – С.3-14.

4. Горбовской Ф.В., Воржева И.И., Буйнова С.Н. Возможности аллергенспецифической иммунотерапии в оптимизации лечения тяжелой атопической бронхиальной астмы у детей // Сиб. мед.журн. – 2012. – Т. 114, № 7. - С. 29-33.

5. Гущин И.С., Курбачева О.М. Аллергия и аллерген-специфическая иммунотерапия // Аллергия. М.: «ФармарусПринт Медиа». - 2010. - 228 с.

6. Квятковская С.В;, Шестакова Е.В. // Медицинская иммунология.- 2009.- Т. 11, № 23.- G.279-286;

7. Об утверждении отраслевого стандарта «Клинико- экономические исследования. Общие положения»: приказ от 27.05.2011 № 163 Министерства здравоохранения Российской Федерации.

8. Оценка медицинских технологий/ под общ. ред. Ю. Б. Белоусова. М.: ОКИ, 2013. 40 с. Хабриев Р. У., Ягудина Р. И., Правдюк Н. Г. Оценка технологий здравоохранения. М.: ООО «Медицинское ин-формационное агентство», 2013. 416 с.

УДК 616-009

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ЛОКУСА *9P21.3* С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Д.А. Никулин, В.А. Шульман, С.В. Прокопенко, С.Ю. Никулина, А.А. Чернова, И.М. Платунова, Т.А. Пируева, А.С. Базарова

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №1

На сегодняшний день острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из важнейших эпидемиологических и общественных проблем здравоохранения. Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из самых высоких в мире и составляет 374 человека на 100 тыс. населения [3]. Последствия ОНМК зачастую приводят к снижению качества жизни больных, инвалидизации, и, как следствие, к высоким экономическим затратам [1]. Современная наука всё больше склоняется к генетической теории развития многих заболеваний, в связи с чем активно проводятся исследования, посвященные генетическому аппарату человека. Так, зарубежные ученые обнаружили гены, ассоциированные с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), в частности, Karvanenetal. выявили высокий риск развития инсульта у больных ИБС, носителей *rs1333049*[5]. Имеются данные о большей частоте развития атеросклероза у носителей данного полиморфизма [4,6]. Общие генетические варианты 9 хромосомы повышают риск развития ишемического инсульта [7].

Исходя из этих данных, можно сказать, что ОНМК являются одной из самых актуальных проблем в наше время. В этой ситуации наиболее значимыми становятся методы ранней диагностики и профилактики ССЗ. Генетическая диагностика, основанная на определении генов-предикторов развития ОНМК, может стать совершенно новым методом, который позволит открыть новые возможности в плане диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Цель исследования – изучить влияние полиморфных аллельных вариантов *rs1333049*локуса *9p21.3*на риск развития ОНМК.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту встречаемости генотипов по однонуклеотидному полиморфизму *rs1333049* локуса *9p21.3*у больных с ОНМК и лиц контрольной группы.

2. Провести сравнительный анализ частот встречаемости патологических генотипов и аллелей исследуемых генов в группах мужчин и женщин.

3. Провести сравнительный анализ частот встречаемости патологических генотипов и аллелей исследуемых генов в группах больных с ишемическим и геморрагическим видами инсульта.

В исследование включен 121 больной с острым нарушением мозгового кровообращения, удовлетворяющих основным критериям включения: 1) наличие подтвержденного диагноза ОНМК; 2) место основного проживания – г. Красноярск; 3) способность к выполнению основных процедур; 4) подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

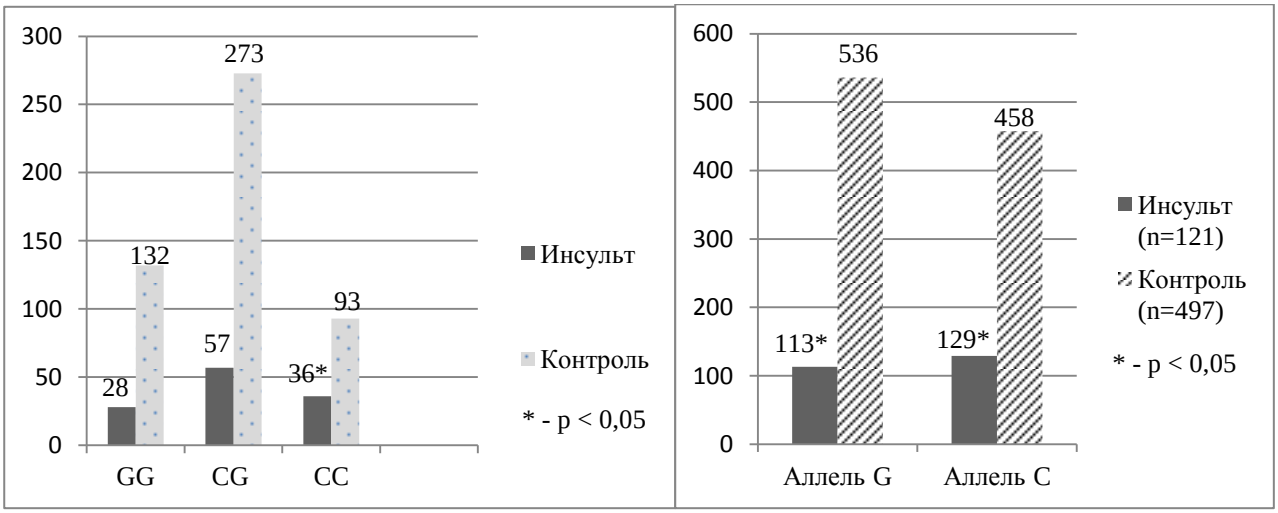
Больные из основной группы были подразделены на две подгруппы в зависимости от вида инсульта: подгруппа I – больные с ишемическим инсультом, составила 92 человека; подгруппа II – больные с геморрагическим инсультом в количестве 29 человек. Средний возраст больных в основной группе составил: в подгруппе I - 58,41±11,39 лет, в подгруппе II - 54,61±11,98 лет. Среди участников было 73 мужчины и 48 женщин.

При исследовании полиморфизмов у больных с ОНМК в качестве контрольной группы использовали популяционную выборку здоровых лиц в количестве 497 человек (медиана возраста 56,12 лет), обследованных в рамках международного проекта ВОЗ «MONICA» (Мониторинг заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний). Всем пациентам были проведены стандартные методы исследования в кардиологии: ЭКГ, холтеровскоемониторирование, велоэргометрия, эхокардиоскопия.

У всех больных был проведен молекулярно-генетический анализ. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови фенол-хлороформным методом. Полиморфизм генов тестировали с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени в соответствии с протоколом фирмы производителя. Изучен однонуклеотидный полиморфизм *rs1333049*, расположенный в локусе *9p21.3*.

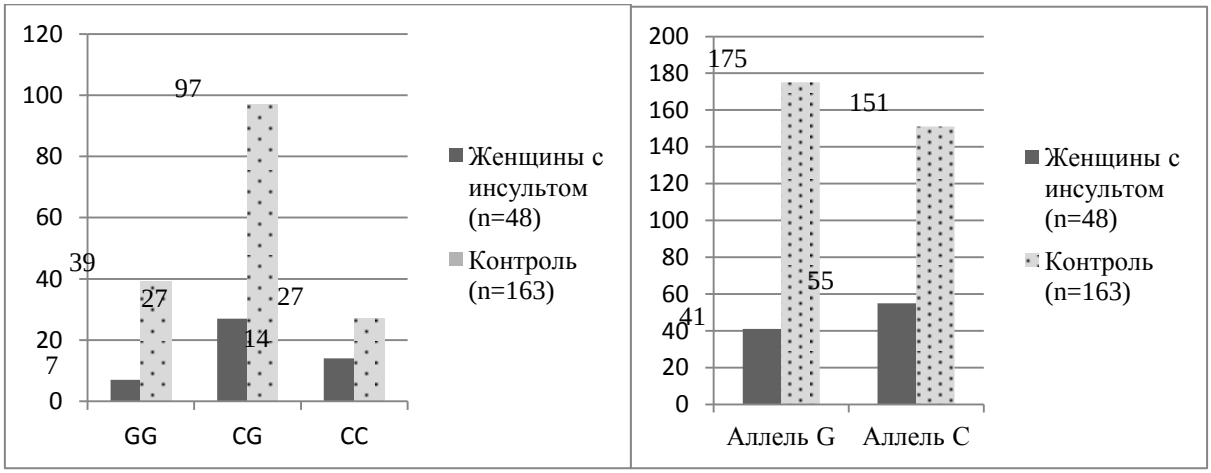
Данные генотипирования предоставлены ФГБУ «НИИТПМ» СО РАМН (г. Новосибирск) и получены в рамках договора о сотрудничестве в соответствии с Хельсинской декларацией, для проведения исследования получено разрешение Локального Этического комитета при Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, а также информированное согласие на проведение молекулярно-генетического исследования

Результаты анализа CGполиморфизма среди больных инсультом и в контрольной группе представлены в диаграммах 1 и 2.



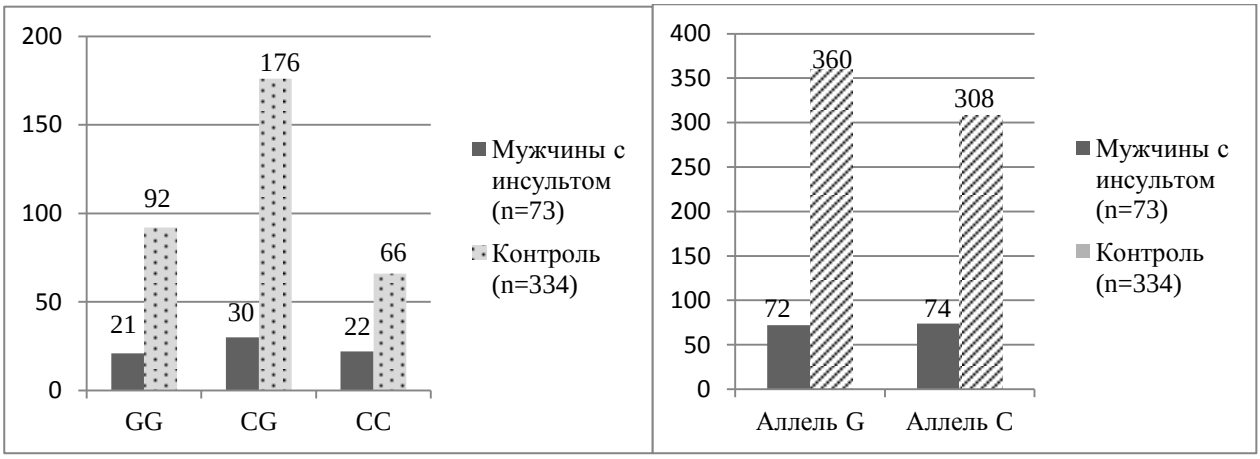
Диаграммы 1, 2 – Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма *rs1333049* среди больных с инсультом и лиц контрольной группы

По результатам исследования установлено статистически значимое преобладание носителей гомозиготного генотипа CC по редкому аллелюсреди больных с инсультом (29,8%±4,2) по сравнению с группой контроля (18,7%±1,7), а также аллеля C в группе больных (53,3%±3,2) в сравнении с контролем (46,1%±1,6).



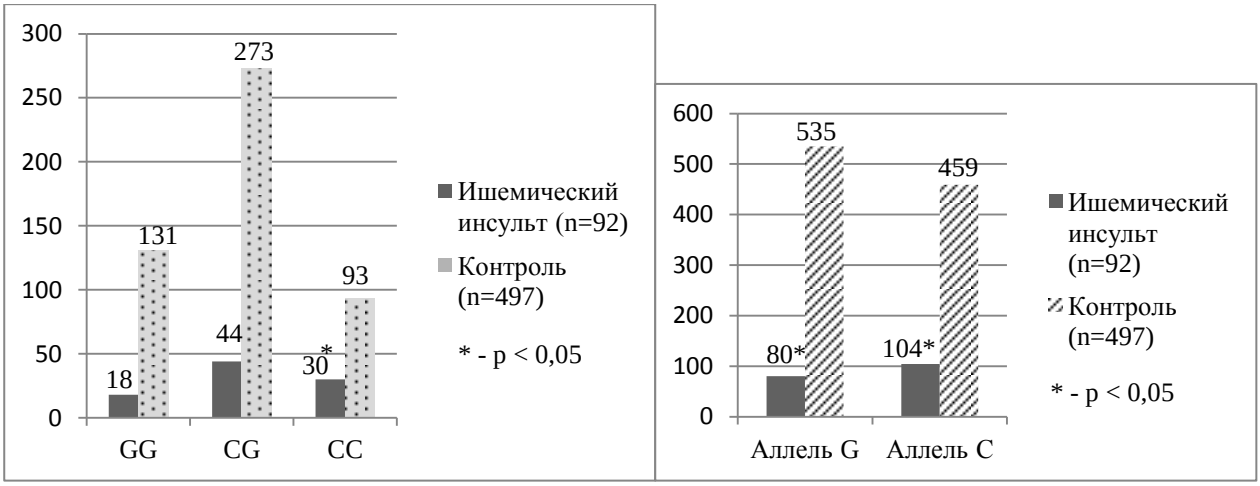
Диаграммы 3, 4 – Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма *rs1333049* среди женщин с инсультом и женщин контрольной группы

Установлено преобладание аллеля G среди женщин с инсультом (57,3%±5,0) в сравнении с группой контроля (46,3%±2,8), статистически незначимое (таблица 2).



Диаграммы 5, 6 – Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма rs 1333049 среди мужчин с инсультом и лиц контрольной группы

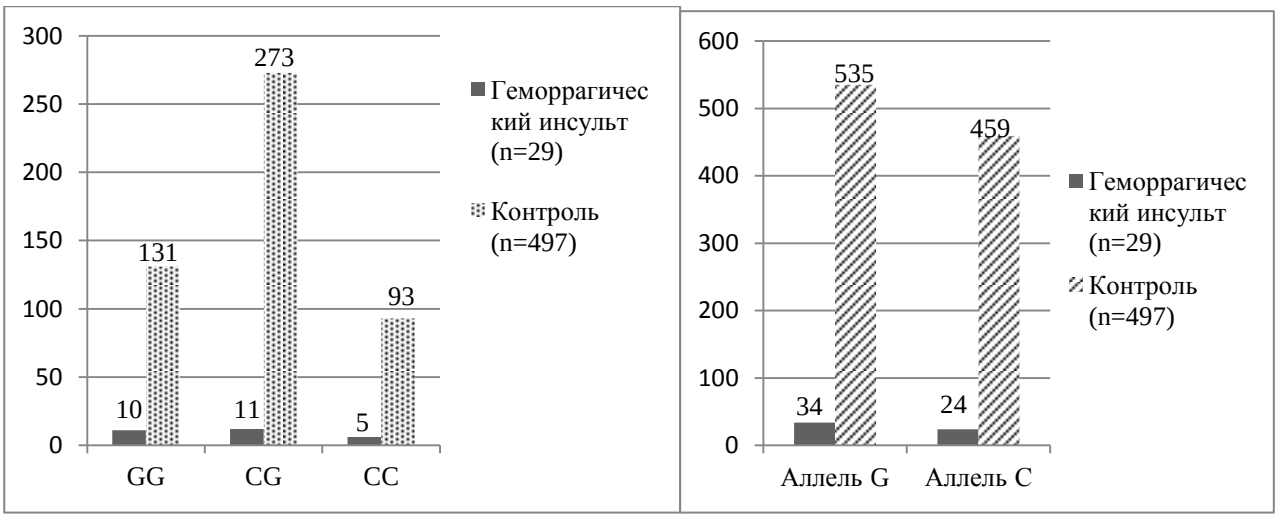
По результатам исследования не установлено статистически значимого преобладания ни одного из генотипов среди мужчин с инсультом в сравнении с группой контроля (диаграммы 5, 6).



Диаграммы 7, 8 – Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма *rs1333049* среди больных с ишемическим инсультом и лиц контрольной группы

По результатам исследования установлено статистически значимое преобладание носителей гомозиготного генотипа CC по редкому аллелюсреди больных с ишемическим инсультом (32,6%±4,9) по сравнению с группой контроля (18,7%±1,7) (p=0,009), а также аллеля C (56,5%±3,7) в сравнении с контрольной группой (46,2%±1,6), p=0,012.

Помимо этого, частота носителей аллеля G в группе больных с ишемическим инсультом (43,5%±3,7) была статистически значимо ниже по сравнению с группой контроля (53,8%±1,6) (таблица 4).



Диаграммы 9, 10 – Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма *rs1333049* среди больных с геморрагическим инсультом и лиц контрольной группы

Не установлено статистически значимого преобладания ни по одному из генотипов между больными с геморрагическим инсультом и лицами группы контроля (диаграммы 9,10).

Выводы:

1. Генетическим предиктором риска развития ОНМК является гомозиготный генотип по редкому аллелюCC*rs1333049*локуса *9p21.3*.

2. При рассмотрении групп мужчин и женщин статистически значимого преобладания аллелей CC, CG, GG не выявлено.

3. Преобладание гомозиготного генотипа CC наблюдается у больных с ишемическим инсультом, но не с геморрагическим.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генетические аспекты ишемического инсульта / О.В. Кобылина, А.Б. Гехт, О.О. Фаворова и др. // Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). - 2008. – № 23. – С. 49-56.

2. Кузнецова, Т.Ю. Роль генетической предрасположенности в инсульте / Т.Ю. Кузнецова, А.А. // Медицинский альманах. – 2009. – №1. – С. 109-120.

3. Стародубцева, О.С. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий / О.С. Стародубцева, С.В. Бегичева // Медицинские науки. – 2012. – №8. – С. 424-427.

4. Genetic variants at the 9p21 locus contribute to atherosclerosis through modulation of ANRIL and CDKN2A/B / A. Congrains, K. Kamide, R. Oguro, K. Miyata et al. // Atherosclerosis. – 2012.- №6. P.449-455.

5. The impact of newly identified loci on coronary heart disease, stroke and total mortality in the MORGAM prospective cohorts / J. Karvanen, K. Silander, F. Kee, H. Schunkert et al. // Genetic Epidemiology. – 2009. - №3. – P.237-246.

6. Single polymorphism nucleotide rs1333049 on chromosome 9p21 is associated with carotid plaques but not with common carotid intima-media thickness in older adults / M. Plichart, J.P. Empana, J.C. Lambert, P. Amouyel et al. // Atherosclerosis. – 2012. - №1. - P.187-190.

7. Common genetic variants on chromosome 9p21 confers risk of ischemic stroke a large-scale genetic association study / J.G. Smith, O. Melander, H. Lövkvist, B. Norrving, A. Lindgren et al. // Circulation: Cardiovascular Genetics. – 2009. – №2. – P. 159-164.

УДК : 613.84:616-002.5:338.14

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ТАБАКОКУРЕНИЕМ, В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

М.С. Пешков

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

В настоящее время в России ситуация по туберкулёзу является нестабильной. В Красноярском крае показатели заболеваемости, распространённости и смертности от туберкулёза превышают таковые по России в 1,5-2 раза, что ставит эту проблему в число важнейших задач Министерства Здравоохранения Красноярского края. Курение табака ежегодно убивает в России 400 000 человек. А туберкулёз является одним из заболеваний, прямо связанных с курением табака.

По данным исследований доля активных курильщиков, среди больных туберкулёзом, составляет 70-75%. Причём риск инфицирования у них увеличивается в 2-3 раза. [1]

У курящих пациентов, больных туберкулёзом:

– более выражена клиника туберкулёза

– больший объём поражения лёгочной ткани

– большая частота бактериовыделений, в связи с более агрессивным течением туберкулёза, характеризующихся большим объемом распада лёгочной ткани и меньшей частотой закрытия полостей[1]

– чаще выявляется туберкулёз внелёгочной локализации

– изменена фамакокинетика ряда основных и дополнительных противотуберкулёзных препаратов [3]

– больше возбудителей с множественной лекарственной устойчивостью

Таким образом, курящие, больные туберкулёзом, представляют большую эпидемическую опасность, чем некурящие пациенты с этим заболеванием. [1]

Цель данной работы: определить прямые затраты системы здравоохранения на оказание помощи пациентам с туберкулезом, ассоциированным с табакокурением в Красноярском крае.

Задачи исследования:

– сбор и обработка статистической информации

– расчёт специальных показателей, отражающих связь риска развития туберкулёза с табакокурением

– расчёт экономических затрат на лечение туберкулёза и выделение из них той доли затрат, которая связана с туберкулёзом, ассоциированным с табакокурением

Для проведения исследования была разработана анкета "Изучение влияния курения как фактора риска потребления медицинской помощи", которая включала: паспортную часть, блок по активному и пассивному курению, блок об осведомленности анкетируемых о действии Федерального закона №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Статистическая обработку данных проводилась в программе MS Excel.

Были рассчитаны:

1) популяционный атрибутивный риск (PAR), который отражает дополнительную заболеваемость в популяции, связанную с фактором риска (табакокурение).

PAR определялся по формуле:

$$PAR = \frac{p_0 + p_1 \cdot RR - 1}{p_0 + p_1 \cdot RR} \cdot 100\%$$

где p_0 – доля некурящих лиц, p_1 – доля курящих в настоящее время, RR – относительный риск заболеваний у курящих по сравнению с некурящими. [2]

2) относительный риск (RR) развития туберкулеза при курении. Относительный риск является отношением риска возникновения туберкулёза у лиц, подвергшихся воздействию фактора курения, по отношению к контрольной группе.

3) индекс пачек лет (ИПЛ) для больных туберкулёзом, по формуле:

ИПЛ = (кол-во лет курения)*(кол-во выкуриваемых сигарет в день) /20

Была проанализирована доля заболеваемости туберкулёзом, непосредственно обусловленная курением, а также количество госпитализаций, амбулаторных посещений, ассоциированных с курением при туберкулезе. Для этого число зарегистрированных больныхс туберкулёзом, количество госпитализаций и койко-дней, умножали на PAR – популяционный атрибутивный риск курения.

Были рассчитаны затраты системы здравоохранения, связанные с амбулаторными посещениями и госпитализациями при туберкулезе в пределах Красноярского края, путем умножения количества амбулаторных посещений на стоимость одного посещения, и путем умножения количества койко-дней, проведенных в стационаре, на стоимость одного койко-дня и на количество пациентов.

В итоге были рассчитаны затраты системы здравоохранения Красноярского края, связанные с лечением туберкулеза, ассоциированного с курением. Эти данные получаются при умножении суммарных затрат на медицинскую помощь на показатель популяционного атрибутивного риска (PAR).

Результаты:

– с диагнозом туберкулёз активных курильщиков и бросивших курить 69,22 ± 1,82%.

– из них на момент опроса курили 29,5±2,3%

– у большинства (82,8±3,1%) отказ происходит только при уже значительном ухудшении здоровья, у остальных (17,2±3,1%) под влиянием близких

– отказ собственным решением воли происходил у 94,44 ± 2,7%, с помощью медикаментов у 2,78 ± 0,8%, с помощью психологического воздействия у 2,78 ± 0,8%

Осведомлённость о ФЗ №15:

– 97,25 ± 0,75% знают о полном запрете на курение во всех закрытых помещениях и на территориях медицинских и образовательных учреждений

Влияние ФЗ № 15 на курящих:

– бросили курить (8,43 ± 1,25 %)

– думают бросить курить в ближайшее время (35,34 ± 2,14 %)

– обсуждают вопрос о вреде курения с близкими (25,1 ± 1,94 %)

– никак не повлиял (31,12 ± 2,07 %)

Расчёты показывают, что в Красноярском крае туберкулёз ассоциирован с курением на 52,8%.

Затраты системы здравоохранения на лечение туберкулёза в пределах Красноярского Края:

– на госпитализацию за год – 254 млн. 260 тыс. руб., из них на туберкулёз, ассоциированный с курением,– 134 млн. 250 тыс.руб.

– на амбулаторную помощь – 165 млн. 741 тыс. руб., из них на туберкулёз, ассоциированный с курением, – 87 млн. 511 тыс. руб.

– суммарные – 420 млн. руб., из них на туберкулёз, ассоциированный с курением, – 221 млн. 760 тыс. руб. (52,8%)

Вывод:

Экономический ущерб от табакокурения в Красноярском крае составляет более половины затрат (52,8%), направляемых на лечение туберкулёза. В 2013 они превысили 220 млн. рублей. Цифры огромные. Они показывают нам, что без упорной системной борьбы с табакокурением, справиться с туберкулёзом только за счёт медикаментозной терапии оказывается невозможным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К.С. Красовский // Киев. – 2004. – 224 с., С. 77-78

2. Концевая, А. В. Затраты системы здравоохранения России, ассоциированные с курением / А. В. Концевая, А. М. Калинина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – № 3. – С. 306-312.

3. Шпрыков, А.С. Клиника и эффективность лечения туберкулеза и бактериальных заболеваний легких в условиях хронической табачной интоксикации (экспериментальные и клинические исследования) // Автореферат дис. докт. мед.наук. Москва. – 2011. – 46 с.

УДК: 616-053.31-001-073.75:33.13

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РОДОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

А.В. Плахотников

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

Кафедра судебной медицины ИПО

Кафедра патологической анатомии им. П.Г. Подзолкова

Снижение младенческой смертности является одним из целевых показателей, отмеченных Указом Президента РФ от 7.05.2012г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству РФ.

Реализация этого Указа нашла свое отражение в распоряжении Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012г., утверждающего государственную программу «Развитие здравоохранения», начав ее поэтапную реализацию с 21.09.13 до 2020 г., стратегической целью которой является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения.

Родовая травма в структуре заболеваемости новорожденных составляет 26,3 – 41,9%, а у умерших доношенных новорожденных 37,9% [1,5]. Таким образом, раннее выявление родовой травмы новорожденных с последующими лечебными и реабилитационными мероприятиями является приоритетной задачей в педиатрической практике, а разработка диагностического алгоритма - в организации работы педиатрического стационара.

Существующая на сегодняшний день клиническая классификация перинатальных повреждений нервной системы у новорожденных и их последствий у детей первого года жизни состоит из четырех основных групп неврологических нарушений, патогенез которых различен (гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные) [3].

Большинство авторов придерживаются мнения, что при неблагополучном течении анте- и интранатального периодов универсальным этиопатогенетическим фактором выступает только внутриутробная асфиксия [3,6,7], при этом часть авторов в своих работах приводят данные о повреждении нейроваскулярной единицы [2,6,8], патогенез которого одинаков как при механической травме, так и при внутриутробной асфиксии. Однако, на наш взгляд, в перинатальном повреждении нервной системы ведущую роль играет ее сочетанная родовая травма с вторичным аноксическим поражением нейроваскулярной единицы, что подтверждено рядом морфологических исследований [4].

По данным ретроспективного анализа, из 320 историй болезни детей до 3-х месяцев жизни, проходивших лечение в МБУЗ «Городской детской клинической больницы №1» г. Красноярска выявлено, что 69,7% детей были рождены через естественные родовые пути, в числе основных неврологических синдромов у детей были выделены: внутрижелудочковые кровоизлияния, судорожный синдром, срыгивания и рвоты, церебральная ишемия, гипервозбудимость, внутричерепная гипертензия, повышенная нервно-рефлекторная,

церебральная возбудимость, токсико-метаболические, двигательные, вегето-висцеральные, глазодвигательные нарушения.

При анализе заключений врачей-рентгенологов имеющихся в историях болезни рентгенологических снимков нами были выявлены изолированные повреждения черепа в 12,2% наблюдений, изолированные повреждения шейного отдела позвоночника – в 13,7% наблюдений, сочетанные повреждения черепа и шейного отдела позвоночника отмечались в 41,9 % случаев.

Используя рентгенологические маркеры родовых повреждений черепа, судебно-медицинские алгоритмы рентгенологического исследования позвоночного столба и свода черепа, нами были проанализированы все рентгенологические снимки историй болезни из неврологического стационара. Данные описаний из историй болезни сравнились с результатами нашей оценки рентгенологических снимков по общепринятому алгоритму в судебно-медицинской практике. Так, по историям болезни рентгенологический перелом сквама-латерального синхондроза был выявлен только у 19 детей. Мы же обнаружили ступенчатую или углообразную деформацию контура черепа с наличием разной степени выраженности ступеньки между чешуей и латеральной частью затылочной кости на всех рентгенограммах. Указанный признак говорит о разрывных повреждениях сквама-латерального синхондроза и сдвиговой деформации нижнего края чешуи затылочной кости у всех детей.

По описаниям рентгенограмм, подвывихи и вывихи шейных позвонков диагностированы у 46 детей, пересмотр рентгенограмм подтвердил эти цифры, в 54 случаях качество укладки ребенка не позволяло со 100% вероятностью утверждать о деформации шейного отдела позвоночника. Ни в одной из историй болезни кефалогематома не расценивалась, как проявление перелома костей свода черепа.

По данным Парилова С.Л. 2012г [9], перелом сквама-латерального синхондроза является одним из 12 обязательных повреждений (см. ниже), составляющих комплекс морфологических маркеров родовой травмы:

1. Кровоизлияния в коже и под апоневрозом волосистой части головы в области «проводной точки» родов;
2. Кефалогематома в области «проводной точки»;
3. Повреждения твердой мозговой оболочки области стока пазух;
4. Выраженная конфигурация головы;
5. Кровоизлияния в переднюю и заднюю атлантозатылочные мембраны;
6. Кровоизлияния в связки атлантозатылочных и атлантоаксиального суставов;
7. Локальные эпидуральные кровоизлияния в позвоночном канале;

8. Деформация позвоночного столба и кровоизлияния в межсуставные связки шейного отдела;

9. Повреждения позвоночных артерий;

10. Гипоксические или травматические повреждения вещества спинного мозга;

11. Переломы и трещины в краях синхондрозов основания черепа;

12. Интрадуральные кровоизлияния и надрывы перегородочных частей твердой мозговой оболочки.

Из всего перечисленного следует, что всем обследованным детям возможно достоверно выставить диагноз родовой кранио-веребральной травмы на основании выявления одного из обязательных морфологических маркеров родовой травмы рентгенологическим методом (перелом сквама-латерального синхондроза и деформация ШОП). Следовательно, появление отсроченной неврологической симптоматики является следствием механической травмы черепа и ШОП, однако, диагноз «родовая травма черепа и шейного отдела позвоночника» при выписке из стационара фигурировал лишь в 29% от всех историй болезни.

Таким образом, в 71% случаев основной диагноз при выписке не соответствовал истинной причине заболевания, что, вероятнее всего, отразилось на дальнейшей лечебной тактике и исходе заболевания.

Результаты приведенного исследования свидетельствуют о чрезвычайной актуальности ранней диагностики родовой травмы, как одного из важнейших аспектов в структуре младенческой смертности, а значит, экономической целесообразности проведения рентгенографии черепа и ШОП, как обязательного метода исследования, у детей с выделенными нами неврологическими синдромами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власюк, В.В Родовая трава и перинатальные нарушения мозгового кровообращения / В. В. Власюк // Спб.: Нестор-История, 2009.

2. Касаткин, Д.С. Нейроваскулярная еденица как точка приложения действия некоторых вазоактивных и нейропротективных препаратов / Д. С. Касаткин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – №9. – С. 103-107.

3. Классификация перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни (методические рекомендации российской ассоциации перинатальной медицины) / А.С. Буркова, Н.Н. Володин, Л.Т. Журба и др. // Вопросы практической педиатрии. – 2006. – №5. – С. 38-70.

4. Кравченко Е.Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты / Е. Н. Кравченко // М., «ГЭОТАР-МЕДИА», 2009.

5. Маркеры повреждения нейронов и астроцитов в плазме крови новорожденных при церебральной ишемии разной степени тяжести / И.М. Демьянова, Т. Е. Таранушенко, А. Б. Салмина и др. // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – №2. – С. 27-31.

6. Пальчик А. Б. Гипоксически – ишемическая энцефалопатия новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабанов //Спб. Питер, 2001. – 219 с.

7. Патоморфологическое обоснование клинических маркеров родовой травмы нервной системы грудных детей / И. В. Аверченко, А. В. Плахотников, Е. А. Трофимова, С. Л. Парилов// Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – 2012. – №18. – С. 162-169.

8. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение головного мозга вызывает нарушение глутаматергической сигнальной трансдукции, сопряженной с активностью АДФ – рибозилциклазыв нейронах / А. Б. Салмина, О. С. Окунева, С. В. Михуткина и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2010. – №11. – С. 512-516.

9. Рентгенологическая диагностика родовых переломов костей черепа у новорожденного / И. В. Аверченко, А. В. Плахотников, Е. А. Трофимова, С. Л. Парилов// Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – 2012. – №18. – С. 169-174.

УДК: 616.5-022-085: 579.61

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ: СОЦИАЛЬНО– ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.М. Плахотникова

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

Кафедра общей хирургии

В последние годы особую социально-экономическую значимость приобретает разработка методов борьбы с возбудителями хирургических инфекций, в т.ч. наиболее распространенной локализации - кожи и мягких тканей. Основными бактериальными агентами, выделяемыми из гнойных ран, являются полирезистентные стафило- и стрептококки, энтеробактерии, а также представители группы неферментирующих грамотрицательных бактерий [1, 5]. Одним из самых совершенных механизмов защиты микроорганизмов от губительных факторов окружающей среды является формирование микробного сообщества – биопленки [7]. На данный момент поиск методов бактерицидного

воздействия на микроорганизмы в составе биопленок является приоритетной задачей в хирургии. Особое значение в комплексной терапии хирургических больных уделяется местной санации очага.

В составе биопленок микроорганизмы проявляют высокую устойчивость к антисептическому воздействию. В исследовании Bonez P.C. и соавт. (2013) на биопленках, сформированных *Acinetobacter baumannii, Escherichia coli, Pseudomonasa eruginosa, MRSA,* установлено, что хлоргексидин обладает высокой антимикробной активностью только по отношению к планктонным формам микроорганизмов [10]. Воздействие катионными антисептиками, (хлоргексидином, бензалкония хлоридом) в субингибирующих концентрациях может стимулировать рост сообществ *Staphylococcus epidermidis* [19]. При оценке эффективности других распространенных антисептиков (повидон-йода, перекиси водорода, пропанола, спиртового растворахлоргексидина) на биопленках *Staphylococcus epidermidis* была показана сравнительно низкая эффективность повидон-йода [14].

Широкое применение в хирургической практике нашли бактерицидные свойства медицинского озона

В исследовании Лызикова А.Н. и соавт. (2006 г.), установлена высокая резистентность клинических штаммов *Pseudomonas aeruginosa* по сравнению с *Escherichia coli, Staphylococcusaureus, Enterobacter spp., Proteus vulgaris, Candida spp., Klebsiella pneumoniae* к обработке газообразным озоном: минимальная подавляющая экспозиция при концентрации окислителя 15 мг/л достигала 40 минут, при концентрации 2, 5 мг/л – 50 минут [2].

Кузнецовой М.В. и соавт. (2011 г.) отмечено, что 10-минутная обработка нозокомиальных штаммов *Pseudomonasaeruginosa*озонированным физиологическим раствором с концентрациями 2,5-5,0 мг/л способствовала увеличению пленкообразующей способности микроорганизма. При этом штаммы, подвергнутые обработке озонированным раствором, характеризовались большей чувствительностью к антибактериальным препаратам.Концентрация озона 7,5 мг/л значимо замедляла процесс пленкообразования планктонными формами *Pseudomonas aeruginosa* и приводила к практически полному разрушению сформированных биопленок [8].

Винником Ю.С. и соавт. (2011, 2013) изучено влияние озоно-кислородной газовой смеси в концентрации 40 мг/л на планктонные и структурированные в биопленку клинические штаммы *Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii*и *MRSA.* Показано, что в отличие от широко применяемых на практике растворов антисептиков (в т.ч. озонированного физиологического раствора в концентрации 8 мг/л), озоно-кислородная газовая смесь с концентрацией 40 мг/л способствует эффективной неспецифической эрадикациисообществ вышеуказанных микроорганизмов[3, 6]. Результаты исследования

Fontes B. и соавт. (2012) свидетельствуют об эффективной эрадикации колоний *Escherichia coli;MRSA;MSSA;*ванкомицинрезистентного *Enterococcus faecalis; Klebsiella pneumoniae,*продуцирующей β-лактамазы расширенного спектра; карбапенемрезистентного *Acinetobacterbaumannii* и чувствительной только к карбапенемам *Pseudomonas aeruginosa* после пятиминутного воздействия озоно-кислородной газовой смесью в концентрации 20 мг/л [15].

К настоящему времени накоплен большой клинический опыт местного применения ферментных препаратов для быстрого очищения ран и трофических язв. При изучении действия лизоцима и декстраназы на *Escherichiacoli* и *Klebsiellapneumoniae* в составе монобактериальных сообществ показано преимущество лизоцима, а также острофазового белка лактоферрина в ликвидации биопленочной формы *Klebsiellapneumoniae.* Штаммы *Escherichia coli* в составе микробных биопленок проявляли устойчивость к обработке вышеуказанными соединениями [13]. Значительно затрудняет процесс формирования биопленок *Staphylococcus aureus* присутствие фермента α-амилазы [12]. Большой эффективностью в отношении лизиса компонента пептидогликана стафилококковых клеток, а также структур матрикса биопленки обладает эндопептидазализостафин. Вместе с тем, авторами отмечено существование лизостафин-резистентных штаммов *Staphylococcus aureus* [22]. В исследовании на биопленках штаммов *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*, в том числе метицилленрезистентных, доказано, что лизостафин в комбинации с оксациллином действуют синергически [21].

Установлено увеличение чувствительности к гентамицину, ципрофлоксацинубиопленочных форм мультирезистентных штаммов *Pseudomonasaeruginosa* в присутствии фермента лактоназы [17].

Современным методом борьбы с инфекциями кожи и мягких тканей является воздействие плазменным потоком.

Механизмом бактерицидного действия плазменного потока является поляризация в зоне разряда. При этом бактерии оказываются в газовой фазе в окружении активных и заряженных частиц, а также под действием сильного электрического поля, способного осуществить электропорацию клеточной стенки. Помимо собственно электрической активности плазменного потока, на мембрану бактериальной клетки обрушивается мощный поток свободных радикалов: O^-, OH^-, OOH^-, H^+, а также экзогенного оксида азота (NO).

Установлено, что микромолярные концентрации экзогенного NO подавляют процесс пленкообразования *Lactobacillus plantarum* [4].

Поток низкотемпературной плазмы быстро инактивирует свободно живущие, планктонные формы *Escherichia coli* и *Staphylococcus aureus*, в том числе

метицилленрезистентные, а также микроорганизмы, структурированные в биопленках. Необходимо отметить несколько большую, по сравнению со стафилококками, резистентность *Escherichia coli* к подобному воздействию [11].

Эффективность воздействия плазменного потока на биопленку зависит от времени экспозиции и мощности потока на единицу поверхности. При оценке кривой выживаемости бактерий отмеченее двухфазный характер. Первая фаза характеризуется стремительным увеличением скорости уничтожения бактерий, вторая - ее постепенным снижением [20, 18]. В целом, по сведениям Alkawareek M.Y. и соавт. (2012) отмечено, что инактивация пленочных форм грам-отрицательных бактерийпри помощи плазменного воздействия требует более длительной экспозиции плазменного потока по сравнению с грам-положительными [9].

Одним из наиболее изученных физических методов воздействия на очаг хирургической инфекции является применение низкочастотного ультразвука. При моделировании монобактериальных биопленок *Pseudomonas aeruginosa* на поверхности гнойных ран в эксперименте у кроликов достигнуто разрушение сообществ под действием низкочастотного ультразвука [23].

Изучена эффективность применения низкочастотного ультразвука в отношение биопленок *Escherichia coli* в комбинации с антибактериальными препаратами. Ультразвук низкой частоты (28 - 48 кГц) и малой мощности (300 мВт/см^2) при воздействии в течение 24 часов в комбинации с аминогликозидными антибиотиками приводил к значительному снижению биомассы биопленки, сформированной *Escherichia coli*, но вызывал умеренное повреждающее действие на ткани [25]. Отмечено, что экспозиция ультразвука 1,0 Вт/см^{2}иобработка биопленки *Staphylococcus epidermidis* ванкомицином способствует более значительному снижению биоассы, чем аналогичные изолированные воздействия [16]. Результаты исследований Dong Y. и соавт. (2013) подтверждают синергизм низкочастотного ультразвука и ванкомицина в действии против биопленочных форм *Staphylococcus epidermidis* [24].

Таким образом, описанные методы антисептического воздействия на возбудителей в составе биопленок являются эффективными и целесообразными в комплексном лечении хирургических больных. Обзор современных научных исследований свидетельствует о экономической целесообразности их применения в лечебно-профилактических учреждениях хирургического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клейн, К.В. Общеклиническое обследование пациентов с гнойными ранами в условиях ЦРБ / К.В. Клейн, А.Е. Бачманов //Прикладные информационные аспекты медицины. – 2009.– №11. – С. 113-117.

2. Лызиков А.Н. Модификация аппарата местной дарсонвализации для локальной озонотерапии гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей/ А.Н. Лызиков, А. Г.Скуратов А.Г// Новости хирургии. - 2006. - №3. – С. 23–32.

3. Адгезивная активность микроорганизмов в выборе дренажного полимера и местных антисептиков при инфицированном панкреонекрозе/ Ю. С. Винник, О. В. Теплякова, О. В. Перьянова и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. - №4: - С.100-108.

4. Влияние экзогенного и эндогенного оксида азота на образование биопленок у Lactobacillusplantarum/Д. Р. Яруллина, Л. В. Вакатова, Л. В. Криворучко и др.//Микробиология. – 2013. - №4. –С. 417.

5. Выбор антибактериальной терапии в лечении гнойных осложнений синдрома диабетической стопы/ М. Д. Дибиров, Р. У. Гажимурадов, В. В. Лебедев и др. // Инфекции в хирургии. – 2013. – №2. –С. 31-36.

6. Значение пленкообразующей способности культур стафилококков в выборе дренажного полимера и местных антисептиков при инфицированном панкреонекрозе/ Ю. С. Винник, О. В. Теплякова, О. В. Перьянова и др. //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. - №4. –С. 643-647.

7. Микробные биопленки в хирургии: механизмы образования, лекарственная устойчивость, пути решения проблемы / Ю. С. Винник, О. В., Перьянова, Е. В. Онзуль, О. В. Теплякова // Новости в хирургии.– 2010. -№6. – С. 115-125.

8. Формирование биопленок нозокомиальными штаммами Pseudomonasaeruginosa/ М. В. Кузнецова, Н. В. Николаева, С. М. Розанова, Т. И. Карпунина// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2011. -№4. –С. 8-14.

9. Application of atmospheric pressure nonthermal plasma for the in vitro eradication of bacterial biofilms./M. Y. Alkawareek, Q. T. Algwari, S. P. Gorman et al. // FEMS immunology and medical microbiology. - 2012. - №2. – P. 381-384.

10. .Chlorhexidine activity against bacterial biofilms /P. C. Bonez, C. F. Dos Santos Alves,T. V. Dalmolin et al. // American journal of infection control. – 2013/ - №12. –P. 119-122.

11. .Control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in planktonic form and biofilms: a biocidal efficacy study of nonthermal dielectric-barrier discharge plasma /S. G. Joshi,M. Paff, G. Friedman et al. // American journal of infection.- . 2010. - №4. – P. 293-301.

12. Craigen B. The use of commercially available alpha-amylase compounds to inhibit and remove Staphylococcus aureus biofilms / B. Craigen, A. Dashiff, D. E. Kadouri // *Open Microbiology Journal.* –2011. - №5. –P. 21–31.

13. Destruction of single-species biofilms of Escherichia coli or Klebsiellapneumoniae subsp. pneumoniae by dextranase, lactoferrin, and lysozyme / C. L. Sheffield, T. L. Crippen, T. L. Poole, R. C. Beier // International microbiology: the official journal of the Spanish Society for Microbiology. - 2012. – №4. –P. 185-189.

14. Effects of alcohols, povidone-iodine and hydrogen peroxide on biofilms Staphylococcus epidermidis / E. Presterl,M. Suchomel,M. Ederet al. // The journal of antimicrobial chemotherapy. – 2007. - №2. – P. 417-420.

15. Effect of low-dose gaseous ozone on pathogenic bacteria /B. Fontes, A. M. C. Heimbecker,G. S. Brito et al. //BMC Infectious Diseases. – 2012. - № 12. – P. 358-363.

16. Enhancement of vancomycin activity against biofilms by using ultrasound-targeted microbubble destruction / N. He,J. Hu,H. Liu et al.//Antimicrobial agents and chemotherapy. – 2011. - № 11. –P. 5331 – 5337.

17. Enzymatic quorum quenching increases antibiotic susceptibility of multidrug resistant Pseudomonas aeruginosa / S. Kiran,P. Sharma,K. Harjai,N.Capalash//Iranian journal of microbiology. – 2011. - №1.-P. 1-12.

18. Eradication of Pseudomonas aeruginosa biofilms by atmospheric pressure non-thermal plasma / M. Y Alkawareek,Q. T. Algwari,G. // PLoS ONE. - 2012. - № 8. - e44289.

19. Houari A. Effect of chlorhexidine and benzalkonium chloride on bacterial biofilm formation / A. Houari, P.Di Martino // Letters in applied microbiology. – 2007. - №6. – P. 652-656.

20. Is gas-discharge plasma a new solution to the old problem of biofilm inactivation / J. C. Joaquin, C.Kwan, N.Abramzonet al. //Microbiology. – 2009. - №3. – P. 724-732.

21. Lysostaphin as a potential therapeutic agent for staphylococcal biofilm eradication /E. Walencka, B.Sadowska,S.Rozalskaet al.// Polish journal of microbiology.- 2005. - № 3. –P. 191-200.

22. Lysostaphin disrupts Staphylococcus aureus and Staphylococcus epidermidis biofilms on artificial surfaces / J. A. Wu, C.Kusuma, J. J.Mond, J. F.Kokai-Kun //Antimicrobial agents and chemotherapy. – 2003. - №11. –P. 3407-3414.

23. Noncontact, low-frequency ultrasound as an effective therapy against Pseudomonas aeruginosa-infected biofilm wounds / A. K. Seth,K.T.Nguyen,M. R.Geringeret al.// Wound repair and regeneration: official publication of the Wound Healing Society and the European Tissue Repair Society. – 2013. - №2.–P. 266-274.

24. Synergy of ultrasound microbubbles and vancomycin against Staphylococcus epidermidis biofilm / Y. Dong, S.Chen, Z.Wang et al. // The journal of antimicrobial chemotherapy.- 2013. - №4. –P. 816-826.

25. Ultrasonic enhancement of antibiotic action on Escherichia coli biofilms: an in vivo model. A. M. Rediske, B. L.Roeder, M. K.Brownet al //Antimicrobial agents and chemotherapy.- 1999. - №5. – P. 1211-1214.

УДК 616.858-036.22

ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

В.А. Рузаева, Р.В. Рябоконь

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

Кафедра биологической химии с курсом медицинской, фармацевтической и токсикологической химии

Научный руководитель: к.м.н. Моргун А.В.

Болезнь Паркинсона в настоящее время является самым распространенным нейродегенеративным заболеванием после болезни Альцгеймера. Не существует единого взгляда на этиологию и патогенез данной болезни, а также универсальных методов лечения, которые позволили бы полностью приостановить процесс дегенерации нервной ткани. В настоящее время тратится большое количество средств на терапию больных с данным заболеванием, а также на изучение данной проблемы. Правильные статистические данные по регионам позволили бы правильно спланировать затраты на медицинскую помощь, определить приоритетные направления исследований и добиться лучшего результата в борьбе с данным заболеванием.

Цель исследования – обозначить основные ошибки в проведении эпидемиологических исследований

Материалы и методы: анализ данных литературы.

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции с накоплением в них белка α-синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений (телец Леви), которое проявляется сочетанием гипокинезии с

ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений (психических, вегетативных, сенсорных и др.) [6].

Болезнь Паркинсона входит в более широкое понятие «паркинсонизм». Паркинсонизм - это прогрессирующий акинетикорегидный синдром, сопровождающийся обычно характерным дрожанием, который возникает в результате различных заболеваний и поражений определенных отделов мозга. Таким образом, БП относится к первичному, или идиопатическому, паркинсонизму. Различают также вторичный паркинсонизм, который может быть обусловлен различными причинами, например, энцефалитом, избыточным приемом лекарственных препаратов, атеросклерозом сосудов головного мозга. Понятие "паркинсонизм" применяется к любому синдрому, при котором наблюдаются характерные для болезни Паркинсона неврологические нарушения.

Болезнь Паркинсона – одно из наиболее частых неврологических заболеваний пожилого возраста. Оно составляет 70-80% случаев синдрома паркинсонизма. Показатель распространенности болезни Паркинсона в мире существенно варьирует – от 31,4 (в Ливии) до 328 (в Индии) на 100 000 населения [1]. По данным различных исследований, показатель заболеваемости в мире колеблется от 5 до 25 на 100 000 населения в год. Проведенные за последние 10 лет в различных регионах нашей страны эпидемиологические исследования дали довольно большой разброс показателей как распространенности (от 54,8 до 139,9 на 100 000 населения), так и заболеваемости (8,6–16,3 на 100 000 населения в год) [2].Исходя из усредненных показателей распространенности в настоящее время на Земле страдают БП примерно 5 миллионов людей, в том числе 1,5 миллиона живет в 7 ведущих экономически развитых стран мира, примерно 500 тысяч пациентов с БП живет в США [3]. Считается, что в ближайшее время распространенность и заболеваемость болезнью Паркинсона станет выше, что связано с увеличением средней продолжительности жизни и постарением населения.

Данные о распространённости болезни Паркинсона в зависимости от пола в большинстве своём говорят о том, что данное заболевание в популяции примерно в 1,5 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Единственным бесспорным моментом в эпидемиологии болезни Паркинсона является ее зависимость от возраста. Частота встречаемости 0,4% у людей старше 40 лет, 1% населения старше 60 лет [4], а старше 85 лет – от 2,6 % до 4 % [5]. Средний возраст начала БП - 55 лет. В то же время у 10% больных заболевание дебютирует в молодом возрасте, до 40 лет (паркинсонизм с ранним началом) или до 20 лет (ювенильный паркинсонизм).

Нет исчерпывающих данных о половозрастном распределении болезни Паркинсона среди населения. Так, по данным российских исследований в Солнечногорском районе

Московской области распространённость паркинсонизма среди мужчин в возрасте более 65 лет превышала таковую среди женщин более чем в 2 раза, как и в Красноярском крае (мужчины – 54,5%, женщины –45,5%). В то же время в Смоленске отмечено преобладание БП среди женщин трудоспособного возраста по сравнению с мужчинами, но в группе больных старше 60 лет показатель распространённости был одинаков для обоих полов, а в возрастной группе старше 80 лет преобладали мужчины [2].

В России, как и в мире, проводится статистический анализ болезни Паркинсона (как, в принципе, и других заболеваний) по данным «первичной» обращаемости, «вторичной» обращаемости и по данным сплошных исследований. Большинство регионов используют первые два метода. В частности, в Красноярске существует служба оказания помощи больным с паркинсонизмом и экстрапирамидной патологией, включающая в себя амбулаторный кабинет и стационарное отделение, которая имеет собственную базу данных [7]. Но данный статистический метод позволяет вести статистику только по тем пациентам, кто сам обратился в медицинское учреждение и кому был поставлен диагноз болезни Паркинсона. Более точные, сплошные исследования в отношении болезни Паркинсона были проведены в России всего дважды: в Солнечногорском районе Московской области (2003) и Нижнем Новгороде (2010). По результатам этих исследований были получены наиболее высокие показатели распространенности – соответственно, 139,9 и 129 случаев на 100 000 населения, поскольку учитывались не только те пациенты, которые, обратившись к врачу, не получили правильного диагноза, но и те, кто еще не обращался к врачу. Последние показатели близки к результатам популяционных исследованиях в европейских странах, в том числе в Эстонии (показатель распространенности БП в этой стране составил 152 случая на 100 000 населения, а заболеваемость – 16,8 на 100 000 в год); для сравнения: в Солнечногорском исследовании показатель заболеваемости составил 16,3 на 100 000 в год [2].

Необходимо сказать несколько слов о клинике данного заболевания. Симптомы болезни Паркинсона проявляются в виде нарушения двигательной функции: дрожь головы, рук, повышенный тонус мышц, скованные движения, сутулость. На начальном этапе развития заболевания симптоматика односторонняя, скудная. Иногда и этих проявлений может не быть, в связи с чем и выделена нулевая стадия развития болезни. Это в значительной степени отодвигает момент постановки диагноза. Кроме того, если даже имеются некоторые признаки развития заболевания, пациенты зачастую могут их связывать с нормальным, физиологическим старением организма и не обращаться за медицинской помощью.

В результате полученных разнородных данных по эпидемиологии болезни Паркинсона можно предположить, что такие неоднозначные результаты по регионам мира и России могут быть обусловлены различными причинами. Не исключено влияние климато-географических условий, наследственности, расовых особенностей, экологических факторов. Но в большей степени имеют место следующие проблемы – проблемы статистического анализа:

– трудности первичной и дифференциальной диагностики болезни Паркинсона;

– низкая обращаемость на ранних этапах болезни;

– различия в диагностических критериях;

– различный уровень профессионализма исследователей;

– различные методики проведения статистического анализа (по «первичной» и «вторичной» обращаемости, сплошные исследования);

– различное распределение изучаемого населения по половозрастным группам;

–увеличение распространенности заболевания в связи с повышением средней продолжительности жизни и увеличением выживаемости.

Таким образом, для получения объективных статистических данных о болезни Паркинсона необходимо воздействовать на обозначенные проблемы.. В частности, необходимо провести крупное сплошное исследование в целом по России и по ее регионам с использованием единых диагностических критериев [критерии UKPDS (банк мозга общества болезни Паркинсона Великобритании) на сегодняшний день являются наиболее эффективными] с привлечением высокоспециализированного персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезнь Паркинсона / Левин О.С., Федорова Н.В. // М.: МЕДпресс-информ, 2014.- С. 20-27.

2. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона / Левин О.С., Докадина Л.В. // Неврол. журн. – 2005. – № 5. – С. 41-49.

3. Epidemiology and etiology of Parkinson’s disease / Wirdefeldt K., Adami H.O., Cole P. et al. // Eur. J. Epidemiol. – 2011. – № 26.- S1-58.

4. Parkinson’s disease / Samii A., Nutt J. G., Ransom B. R. // Lancet. - 2004. -№ 363. - С. 1783-1793.

5. Болезни нервной системы. / Яхно Н. Н., Штульман Д. Р. // М.: Медицина, 2001. -Т. 2. - С. 76-95.

6. Болезнь Паркинсона / Левин О.С., Фёдорова Н.В. // М.: МЕДпресс-информ, 2012. - С. 23-29.

7. Эпидемиология паркинсонизма в Красноярском крае / Д. В. Похабов, В. Г. Абрамов, Ю. В. Нестерова // Анналы клинической и экспериментальной неврол. – 2008. – Т. 2, №4. – С. 4-9.

УДК 615.014:005.57-057.875:61

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ОРИГИНАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ДЖЕНЕРИКОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

А.М. Сазанакова, А.А. Хертек, А.С. Сизых
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и ПО

В последнее время все чаще поднимается вопрос об использовании оригинальных и дженерических лекарственных препаратов. В литературе приводятся всевозможные аргументы в пользу одного или другого. Оригинальный препарат – лекарственное средство, содержащее впервые полученную фармацевтическую субстанцию или новую комбинацию фармацевтических субстанций, эффективность и безопасность которых подтверждены результатами доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов. Воспроизведенное лекарственное средство (дженерик) - лекарственное средство, содержащее такую же фармацевтическую субстанцию или комбинацию таких же фармацевтических субстанций в такой же лекарственной форме, что и оригинальное лекарственное средство, и поступившее в обращение после поступления в обращение оригинального лекарственного средства [1]. Объем продаж дженериков в России достигает 80 %. Производители дженериков, стремясь снизить цену на продукцию, закупают дешёвые субстанции более низкого качества, а также используют другие вспомогательные вещества и меняют технологию производства [2, 3]. Различия в скорости растворения и всасывания препарата, изменение его биодоступности и биоэквивалентности могут привести к токсическим или аллергическим явлениям и снижают эффективность лечения [4]. С осведомленности потребителя о лекарственных препаратах начинается его ответственное отношение к лечению. При опросах потребителей по данным литературы было установлено, что при выборе безрецептурных препаратов важным источником

информации служит реклама, 77% потребителей прислушиваются к советам фармацевтов [5]. По статистике лишь 20% больных грамотно принимают лекарства, назначенные врачом.

Целью данной работы было определение осведомленности студентов медицинских учебных заведений в области лекарственных препаратов.

Задачи исследования:

1. Выявить уровень информированности студентов в области оригинальных и дженерических препаратов.
2. Изучить особенности осведомленности в области лекарственных препаратов среди студентов.
3. Дать характеристику факторов, влияющих на выбор студентов при покупке оригинальных препаратов и дженериков.

Объект исследования: 150 студентов, из них 46 – Медицинский ВУЗ 3 курса лечебного факультета, 104 студента – фармацевтического колледжа 2-3 курса отделения «Фармация». По половому признаку респонденты распределились: в КрасГМУ 65,2% – женского пола, 34,8% – мужского пола, в фармацевтическом колледже 97,1% – женского пола и 2,9% студентов мужского пола.

Методы исследования: анкетирование, статистические исследования проведены на персональном компьютере с применением ППП «Statistika 5.5 forWindows».

Среди опрошенных сталкивались с понятиями оригинальный препарат и дженерик 73,9% студентов медицинского ВУЗа и 83,6% учащихся фармацевтического колледжа.

Считают, что дженерики отличаются по цене 41,3% студентов медицинского ВУЗа, 60,6% студентов фармацевтического колледжа (p1-2=0,0288). Примерно равное количество студентов считают, что они отличаются по торговому названию (32,6% и 26,9%). Отвечали, что отличаются по вспомогательным веществам 26,1% студентов медицинского ВУЗа и 38,4% студентов фармацевтического колледжа. Значительно меньшее число студентов медицинского ВУЗа – 13,0% считают, что дженерик и оригинальный препарат отличаются по эффективности лечебного эффекта, тогда, как половина опрошенных студентов фармацевтического колледжа считают, что дженерик и оригинальный препарат отличаются по эффективности лечебного эффекта – 52,9%. Неправильно считают, что дженерик отличается от оригинального препарата по международному непатентованному наименованию (МНН) – 23,9% студентов медицинского ВУЗа и меньшее количество студентов фармацевтического колледжа – 7,7% (p1-2=0,0059) (рис 1).

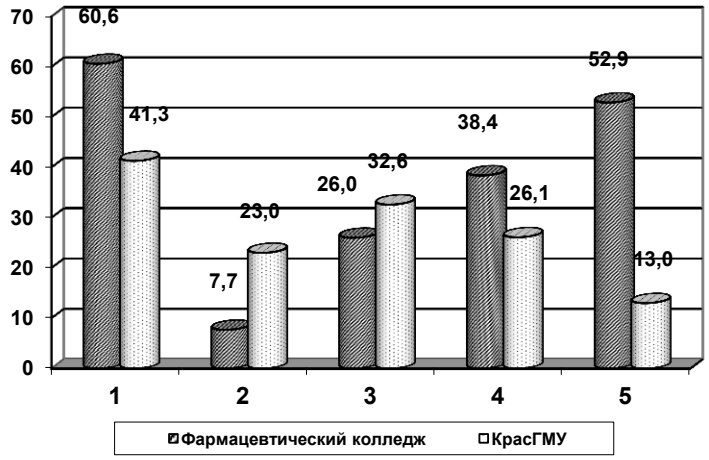


Рисунок 1 – Критерии отличий дженериков от оригинальных препаратов (%)

Примечание: 1 – отличия по цене, 2 – по МНН, 3 – по торговому названию (ТН), 4 – по вспомогательным веществам, 5 – по эффективности лечебного эффекта.

Для получения информации о дженериках 29,1% учащиеся медицинского ВУЗа используют справочную литературу, 32,6% – Интернет, а 36,5% студентов фармацевтического колледжа используют интернет и 31,7% – справочную литературу.

42% студентов фармацевтического колледжа и 32,6% медицинского ВУЗа считают, что можно получить информацию из инструкции к препарату.

Известно, что синонимы лекарственных препаратов – препараты с одинаковым действующим веществом. Так считают 41,3% студентов медицинского ВУЗа и 81,7% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}<0,0001$). Неверно считают, что препараты с разным действующим веществом – синонимы. Так считают 15,2% студентов медицинского ВУЗа и 2,9% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}=0,0052$). Ошибочно утверждают, что синонимы лекарственных препаратов это – препараты с одинаковым торговым названием. Так считают 41,3% студентов медицинского ВУЗа и 19,2% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}=0,0044$).

Аналоги лекарственных препаратов – препараты с разным действующим веществом и одинаковым механизмом действия. Это известно 39,1% студентов медицинского ВУЗа и 77,9% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}<0,0001$). Неверно считают, что аналоги лекарственных препаратов это – препараты с одинаковым действующим веществом. Так считают 45,6% студентов медицинского ВУЗа и 15,4% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}=0,0007$). Ошибочно думают, что аналоги лекарственных препаратов это - препараты с одинаковым торговым названием. Так считают 15,2% студентов медицинского ВУЗа и 1,9% студентов фармацевтического колледжа ($p_{1-2}=0,0016$).

Правильно считают, что дженерики – это копии оригинальных препаратов 37,0% студентов медицинского ВУЗа и 78,8% студентов фармацевтического колледжа (p1-2<0,0001) Ошибочно считают, что дженерики – это впервые синтезированные, прошедшие полный цикл доклинических и клинических исследований лекарственных средств, защищенные патентом 15% студентов медицинского ВУЗа и фармацевтического колледжа. Рассматривают дженерики, как препараты аналоги 45,6% студентов КрасГМУ и значительно меньшее число студентов фармацевтического колледжа 5,8% (p1-2<0,0001) (Рисунок 2).

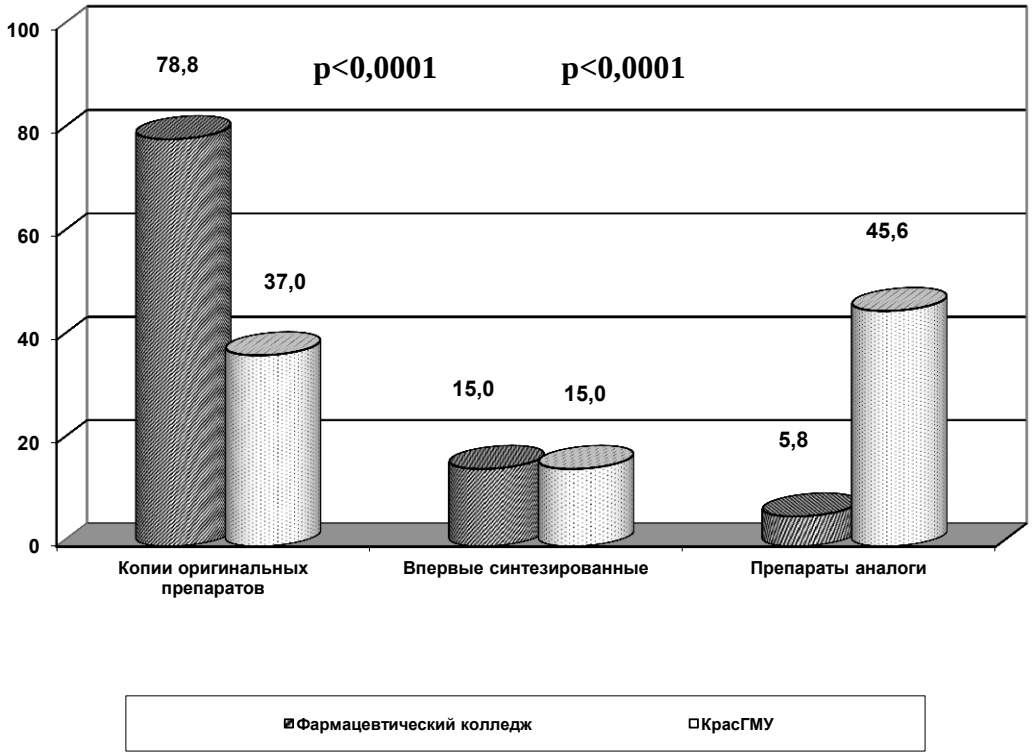


Рисунок 2 – Информированность студентов о дженериках (%).

Для студентов медицинского ВУЗа выбор оригинального или дженерического лекарственного препарата зависит в 58,7% от стоимости, в 23,9% от информации из научных статей и 21,7% от совета фармацевта. У студентов фармацевтического колледжа на выбор влияет у 62,5% совет фармацевта студентов, у 59,6%, – стоимость, у 26% – совет коллеги (Рисунок 3).

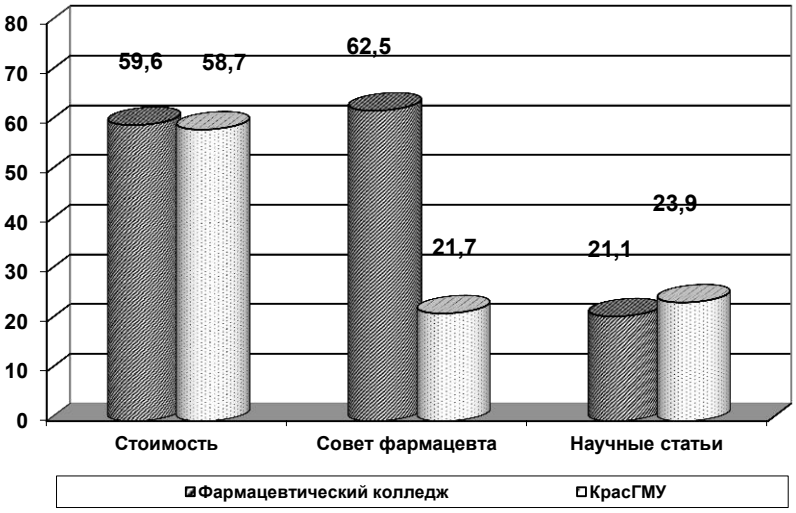


Рисунок 3 – Основания выбора оригинального препарата или дженерика (%)

Выводы:

Проведенный анализ состояния информированности среди студентов медицинских учебных заведений показал, что студенты фармацевтического колледжа лучше осведомлены в области лекарственного обеспечения населения в сравнении со студентами медицинского ВУЗа. Уровень информированности в области названий лекарственных препаратов в 2 раза выше у студентов фармацевтического колледжа**,** т.к. они регулярно проходят производственную практику в аптечных организациях.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в программе обучения лекарствоведению студентам необходимо изучать особенности оригинальных и дженерических препаратов, что позволит в дальнейшем фармацевту доступно и понятно для потребителя объяснять преимущества оригинальных препаратов и даст возможность врачу при назначении оригинальных лекарственных препаратов повысить эффективность лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов, Ю. Б. Дженерики – мифы и реалии / Ю. Б. Белоусов // Ремедиум. – 2003. - №4. – С. 4-9.

2. Герасимов, В. Б., Лукьянов, С. В. Еще раз к вопросу о дженериках/В. Б.Герасимов, С. В. Лукьянов // Фарм. вестник. – 2004. – №18(339). – С. 28-29.

3. Панюшин, Р. Л. Оригинальные и дженериковые препараты: единство или борьба противоположностей?/Р. Л.Панюшин // Фарм. Вестник. – 2003. – №16. – С. 23.

4. SchneiderA., WessjohannL. A. Сравнение профилей примесей в фармацевтических препаратах методом ВЭЖХ – МС/МС /A.Schneider, L. A. Wessjohann. I Всероссийская конференция: Современные методы химико-аналитического контроля фармацевтической продукции. Москва, 1-4 декабря, 2009. – Абстракт, С. 173-174.

5. http://www.coolreferat.com/ Проблема без рецептурного отпуска лекарств часть2
6. http://www.zdravsamara.ru/healthy-behavior/know/know1368.html.

УДК616.12:612.751.3 – 007.17 – 008.6 – 053.2

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИМОРФИЗМОМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ

А.В. Саликова
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом последипломного образования

Дисплазия соединительной ткани представляет наследственные нарушения соединительной ткани мультифакторной природы, объединенные в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков и характеризующиеся многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогредиентным течением [3, 4].

В последние десятилетия увеличивается число детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), что связывают не только с неблагоприятными воздействиями на плод в фетальном периоде развития, но и экологическим неблагополучием, инфекционными заболеваниями, неадекватным питанием, витаминной и минеральной недостаточностью, стрессами [1, 6, 7, 8].

Классификация дисплазии соединительной ткани подразумевает выделение конкретных синдромов (астенический, вертеброгенный, клапанный, сосудистый, торакодиафрагмальный, мышечный, бронхолегочный, аритмичный, суставной, висцеральный, геморрагический, синдромы патологии зрения и стопы, неврологических нарушений, малых аномалий сердца и др.), каждый из которых включает ряд симптомов [7, 8].

Пациенты, имеющие те или иные признаки НСДТ, с многочисленными и разнообразными жалобами, нередко встречаются в практике врача педиатра. 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.

Цель: изучить выраженность внешних и внутренних маркеров дисплазии соединительной ткани у детей и определить объем медицинской помощи детям с ДСТ.

Материал и методы: нами наблюдались 158 детей (90 мальчиков и 68 девочек) в возрасте от 4-х до 11-ти лет. Основную группу составили 108 детей с различными проявлениями недифференцированной соединительнотканной дисплазии. Контрольная группа включала 50 детей без признаков НДСТ, аналогичного возраста, I-II групп здоровья.

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.

Статистическую обработку полученных данных проводили после создания компьютерных баз данных с помощью программы MicrosoftOfficeExcele 2010. Для проведения статистического анализа данных использовали пакет программ Biostat 4.0.

Результаты и обсуждение: при анализе анамнестических данных у 71,3% матерей пациентов основной группы регистрировались ранние и поздние гестозы ($p<0,05$), нефропатия беременных имела место у 29,6% ($p<0,05$). В анамнезе у матерей, дети которых имели НДСТ, также достоверно чаще в сравнении с контролем наблюдались хронические очаги инфекции (у 12,1%), ОРВИ во время беременности (у 56,9%), рождение недоношенных детей (у 9,3%). Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 27,7% детей с НДСТ.

Изучение анамнестических данных выявило наличие фенотипических признаков ДСТ в семьях большинства детей основной группы. Отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, болезням пищеварительного тракта регистрировалась в 2,5 раза чаще в основной группе. Среди факторов риска развития СДСТ, кроме наследственной отягощенности, у пациентов основной группы достоверно чаще имели место неблагополучие перинатального периода (80,6%, $p<0,05$); патологические состояния в раннем возрасте (перинатальные поражения ЦНС, нарушения психомоторного развития, соматические и инфекционные заболевания) (57,1%, $p<0,05$); наличие хронических очагов инфекции. Из социально-гигиенических факторов необходимо отметить достоверную частоту встречаемости указаний на неблагоприятные условия проживания (32,3%, $p<0,05$); психоэмоциональный дискомфорт в семье и в школе(27,7%, $p<0,05$); переутомление в школе (длительная неудобная поза, умственное перенапряжение) (29,6%, $p<0,05$).

В клинике пациентов с недифференцированной соединительной дисплазией отмечено существенное превышение частоты кардиалгий (в 3,25 раз). 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 сопровождались 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. Предобморочные и обморочные состояния наблюдались только у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани (12,1%), чаще при пролапсе митрального клапана с регургитацией, и были обусловлены ортостатическим снижением артериального давления.

В основной группе детей существенно чаще, чем у детей контрольной группы, отмечались метеозависимые цефалгии, головокружения, снижение работоспособности, нарушения процессов засыпания. Жалобы на периодические боли в животе предъявляли 40,7% детей основной группы, 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). Дезадаптивные 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±2,10 уд/мин (78,88- 113,86 уд/мин).

Между количеством внешних фенотипических маркеров соединительнотканной дисплазии и выявляемой патологией внутренних органов существует взаимосвязь. Поэтому наличие определенной совокупности фенотипических проявлений ДСТ требует целенаправленного поиска для выявления возможных нарушений внутренних органов у данного контингента пациентов. 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 с НДСТ 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 детей с недифференцированной соединительнотканной дисплазией 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.

Программа диспансерного наблюдения за детьми с соединительнотканной дисплазией строится с учетом выявленных патологических изменений со стороны органов и систем, и должна включать:

Раннюю диагностику предрасположенности и постоянное медицинское наблюдение за детьми и их семьями;

Диету, обогащенную витаминами и минералами, стимулирующими коллагенообразование (витамины А, МагнеВ6 и т.д.), незаменимыми аминокислотами;

Адекватный режим, сводящий к минимуму возможность травм, лечебную физкультуру (лечебное плавание), массаж для улучшения трофики мышц, психофизическую тренировку;

Поливитаминные препараты (аскорбиновая и лимонная кислоты, витамины РР, В1, В2, В3, В6), макро- и микроэлементы (медь, магний, цинк, железо, марганец, селен и др.), являющиеся кофакторами биохимических реакций на путях внутри и внеклеточного созревания молекулы коллагена и других структурных элементов соединительной ткани. Курсом не реже двух раз в год.

Курсы биоэнергетической коррекции (L-карнитин, Милдронат и др.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

9. 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.

10. 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.

11. Земцовский, Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. «Карфаген должен быть разрушен»?/ Э.В. Земцовский// Кардиоваск. тер.и проф. – 2008. – №6. – С. 73-76.

12. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей/ Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. –СПб.: Элби-СПб, 2009. –704 с.

13. 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.

14. Утц, И.А. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей/ И.А. Утц, Е.Н. Городкова// Педиатрия. – 2008. – №2. – С. 117-119.

15. Bosdure, E. The effects of tobacco on children/ E. Bosdure, J.C. Dubus // Rev. Mal. Respir. – 2006. – Vol.23, №6.–P. 694-704.

16. Grahame R. Heritable disorders of connective tissue / R. Grahame // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2000. – N 14. – P. 345–361.

УДК 616-006

РАЗРАБОТКА КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

М.Ю. Самарцев, В.О. Соболева, А.Н. Наркевич, К.В. Шадрин
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра медицинской кибернетики

Последние два десятилетия в нашей стране характеризуются неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по онкологическим заболеваниям, проявляющейся высокими показателями заболеваемости и смертности от данной патологии. На сегодняшний день распространена практика формирования групп риска для прицельной диагностики лиц, входящих в данные группы в последующем. Такой подход повышает уровень выявления заболевания и снижает затраты на его выявление. Эффективное формирование групп риска возможно только с учетом индивидуальных особенностей каждого человека. В связи с этим определение индивидуальной вероятности выявления онкологических заболеваний у населения Красноярского края и его автоматизация позволят формировать группы риска и проводить целенаправленные обследования среди лиц наиболее подвержены данному заболеванию.

Цель исследования – разработка компьютерной системы определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний.

Задачи исследования:

1. Провести анкетирование больных онкологическими заболеваниями и лиц с достоверным отсутствием злокачественных новообразований на предмет наличия факторов риска.

2. Разработать методику определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний.

3. Разработать компьютерную систему для автоматизации определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний.

Материалы и методы:

Для проведения данного исследования, на основании анализа зарубежной и отечественной литературы был разработан опросник, состоящий из 29 вопросов, при ответе на которые можно получить информацию о наличии или отсутствии у пациента 70 факторов риска. В опросник входили вопросы о возрастно-половой принадлежности, массо-ростовых особенностях, месте жительства, социальном статусе, наличии вредных привычек, о профессиональных и бутовых вредностях, о наличии сопутствующих заболеваний, характере питания и образе жизни.

С использованием разработанного опросника было опрошено 102 пациента с достоверно установленным диагнозом «злокачественное новообразование» и 105 лиц с достоверно установленным отсутствием злокачественных новообразований. Для разработки методики определения риска развития онкологических заболеваний использовалась математическая модель многослойной нейронной сети прямого распространения.

На основе полученных по результатам анкетирования данных было установлено, что наиболее значимыми факторами риска развития онкологических заболеваний являются попадание под воздействие радиации, социальный статус, вредные условия проживания, проведение операций под общим наркозом, генетическая предрасположенность, частое употребление сильно алкогольных (более 25% содержания спирта) напитков, трудовая среда, характер питания, пассивный образ жизни, наличие сахарного диабета у самого человека и у его родственников, снижение веса в течение предшествующего года и удаление органов.

На основании данных о факторах риска, полученных в результате опроса, с помощью обучения математической модели нейронной сети, была разработана методика определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний. Чувствительность данной модели оставила 93,0%. Данная нейросетевая модель была использована в качестве основы для разработки компьютерной автоматизированной системы определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний.

Разработанная система позволяет автоматизировать методику определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний. Данная система может быть

использована в учреждениях общей лечебной сети для осуществления раннего выявления онкологических заболеваний.

Таким образом, высокий уровень показателя чувствительности методики определения индивидуального риска развития онкологических заболеваний позволяет использовать разработанную нами, на основе данной методики, автоматизированную систему для формирования групп повышенного риска развития злокачественных новообразований среди населения Красноярского края, что позволит осуществлять раннее выявление данной группы заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарев А.Ф., Ушаков А.А., Лазарев С.А., Лукьяненко Н.Я. О некоторых факторах риска и онкологической заболеваемости в Алтайском крае // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. – №6. – С.23-28.
2. Ситдикова И.Д., Иванова М.К., Хлебникова Л.Н. Канцерогенная опасность – анализ, прогноз, управление // Практическая медицина. – 2011. – №1. – С.145-147.
3. Тадеусевич Р., Боровик Б., Гончаж Т., Леппер Б. Элементарное введение в технологию нейронных сетей с примерами программ. - Горячая Линия – Телеком, 2011. – 408с.
4. Dombi G.W., Rosbolt J.P., Severson R.K. Neural network analysis of employment history as a risk factor for prostate cancer // Comput. Biol. Med. – 2010. – Vol.40, №9. – P.751-757.
5. Wang W., Xu W., Zhou B.S. Determining the risk factors of uterine myomas by using back propagation neural network // Zhonghua Yu Fang Yi XueZaZhi. – 2007. – №41. – P.94-100.

УДК 616.24-008.8-076

РАЗРАБОТКА КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ ПОИСКА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЦИФРОВЫХ СНИМКАХ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

В.О. Соболева, М.Ю. Самарцев, А.Н. Наркевич, К.В. Шадрин

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра медицинской кибернетики

Аннотация. В работе представлены результаты разработки алгоритмов выделения объектов в цифровых изображениях микроскопии диагностического материала, окрашенного по методу Циля-Нильсена и идентификации данных объектов в качестве микобактерий туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, микобактерии туберкулеза, математическое моделирование, микробиологическая диагностика.

Известно, что в Российской Федерации эпидемиологические показатели туберкулеза довольно высоки [1,2,3]. В сравнении с европейскими данными, заболеваемость в нашей стране в несколько раз выше [5]. Для выявления микобактерий туберкулеза и постановки диагноза в современной общелечебной практике в России используется метод бактериоскопии биологического материала. Этот метод является самым экономически выгодным, быстрым в получении результата и не требует использования дорогостоящего оборудования. Однако, традиционный метод выявления больных туберкулезом легких имеет свои недостатки. Одним из недостатков является сложная и кропотливая методика просмотра диагностических препаратов, что в разы увеличивает возможность ошибки исследования при сравнительно небольшом количестве просмотренных микроскопических препаратов. Также существенным недостатком является нехватка квалифицированных специалистов в районных и городских поликлинических учреждениях общей лечебной сети. Для устранения обозначенных недостатков необходима разработка компьютерной системы поиска микобактерии туберкулеза в цифровых снимках микроскопических препаратов [4].

Целью проекта является создание метода автоматизации поиска микобактерий туберкулеза при бактериоскопии мокроты.

Для достижения цели, необходимо решить следующие задачи:

1. Разработать алгоритм выделения объектов в цифровых изображениях микроскопии диагностического материала, окрашенного по методу Циля-Нильсена.
2. Разработать алгоритм идентификации объектов в качестве микобактерий туберкулеза или иных объектов (артефактов, других микроорганизмов, клеток макроорганизма).
3. Создать компьютерную систему для автоматизации поиска и идентификации объектов в цифровых изображениях микроскопии диагностического материала, окрашенного по методу Циля-Нильсена.

Материалы и методы:

Для разработки алгоритма выделения объектов, использовался биологический материал (мокрота), полученная от пяти больных туберкулезом легких с уже установленным и подтвержденным заболеванием (бактериоскопическим, бактериологическим и клинико-рентгенологическими методами исследованиями). Из биологического материала изготавливались мазки, окрашенные по методу Циля-Нильсена. Они также были верифицированы микробиологом. Выполнялся цифровой снимок мазков на микроскопе с увеличением х400. Для идентификации объектов использовалась математическая модель нейронной сети.

Результаты:

Разработанный алгоритм выделения объектов позволяет на основе цветовых характеристик (значения красного, зеленого и синего составляющих цвета пикселя) каждого пикселя на цифровом изображении и их отличия от цветовых характеристик фона выделять объекты на изображениях микроскопического диагностического материала.

Алгоритм идентификации объектов в качестве микобактерий туберкулеза и иных объектов основан на том, что при окраске по методу Циля-Нильсена микобактериитуберкулеза окрашиваются в характерный цвет красного спектра. Помимо этого, для идентификации объектов используются более 170 морфометрических показателей, таких как длина, ширина, соотношения сторон объекта, его попиксельная площадь и так далее. На основе данных параметров была построена математическая модель многослойной нейронной сети прямого распространения позволяющая идентифицировать 93,7% объектов.

С использованием разработанного алгоритма выделения объектов на цифровых изображениях микроскопии диагностического материала, окрашенного по методу Циля-Нильсена и алгоритма их идентификации с помощью математической модели нейронной сети разработана компьютерная система для автоматизированного поиска и идентификации микобактерий туберкулеза.

Таким образом, разработанные алгоритмы позволяют осуществлять поиск и идентификацию объектов в цифровых изображениях микроскопии диагностического материала, окрашенного по методу Циля-Нильсена. Однако использование данных алгоритмов в практическом здравоохранении невозможно без использования компьютерных технологий, позволяющих автоматизировать процессы поиска и идентификации. Разработанная компьютерная система поиска и идентификации микобактерий туберкулеза позволяет автоматизировать данные процессы и осуществлять поиск и идентификацию объектов с высокой вероятностью. Данный факт свидетельствует о возможности использования данной компьютерной системы в учреждениях здравоохранения осуществляющих выявление больных туберкулезом легких среди населения, что позволит

увеличить скорость бактериоскопической диагностики данного заболевания и снизить число ошибок, связанных с человеческими факторами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белиловский, Е. М. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика / Е. М. Белиловский, С. Е. Борисов, А. В. Дергачев // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 7. – С. 4-11.

2. Влияние факторов, связанных с профессиональной деятельностью, на риск развития туберкулеза легких / А. Н. Наркевич, Н. М. Корецкая, К. А. Виноградов [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №5. – С.49-52.

3. Голубев, Д. Н. Тенденции эпидемиологического процесса по туберкулезу и результаты деятельности противотуберкулезной службы на Урале в 2010 году / Д. Н. Голубев, В. А. Подгаева, И. Д. Медвинский // Фтизиатрия и пульмонология. – 2011. – № 1. – С. 59-69.

4. TadrousP.J. Computer-assisted screening of Ziehl-Neelsen–stained tissue for mycobacteria algorithm design and preliminary studies on 2,000 Images //Americanjournalof clinical pathology. – 2010. – №133. – p.849-858.

5. Rusen, I. D. FIDELIS—Innovative Approaches to Increasing Global Case Detection of Tuberculosis / I. D. Rusen, D. A. Enarson // American journal ofpublic health. – 2006. – Vol. 96, № 1. – P. 14-16.

УДК 612.349.8:616-008.9-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

А.В. Трубкин, И.С. Кудинова
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. Малиновская Н.А.

Актуальность исследования эпидемиологии метаболического синдрома чрезвычайно высока, что обусловлено высокой распространенностью заболеваний и большим количеством клинических проявлений. За последние десятилетия частота встречаемости инсулинорезистентности резко увеличилась, что можно связать с гиподинамией,

неправильным питанием и, как следствие, с повышенным индексом массы тела. Наличие инсулинорезистентности является фактором риска для таких патологий как сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. Также в настоящее время имеются данные о влиянии инсулинорезистентности на возникновение и развитие нейродегенеративных заболеваний, в частности на болезнь Альцгеймера.

Цель работы – оценить распространенность метаболического синдрома и инсулинорезистентности при различных патологиях, как в России, так и во всем мире.

Задачи, поставленные для выполнения данной цели:

1. Раскрыть определение метаболического синдрома и описать факторы риска, влияющие на развитие инсулинорезистентности и метаболического синдрома.
2. Описать осложнения и заболевания, возникающие на фоне метаболического синдрома и инсулинорезистентности.
3. Проанализировать статистические данные и статьи по степени распространения метаболического синдрома и инсулинорезистентности в Российской Федерации и зарубежных странах.
4. Сравнить полученные данные по степени распространенности метаболического синдрома и инсулинорезистентности.

Метаболический синдром (МС) – совокупность симптомов, включающая в себя увеличение массы висцерального жира, инсулинорезистентность, нарушение углеводного, липидного, пуринового обменов и АГ [1,2].

Инсулинорезистентность – снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и ГИ.

Факторы риска:

1. Генетическая предрасположенность к МС
2. Избыточное питание
3. Синдром обструктивного апноэ сна
4. Гиподинамия
5. Артериальная гипертензия [1]
6. Хронический стресс [2]

Метаболический синдром способен повлиять на развитие таких сердечно-сосудистых заболеваний как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт [3]. Кроме того, инсулинорезистентность оказывает непосредственное влияние на развитие болезни Альцгеймера[4][5] и других нейродегенеративных заболеваний [6]. Также имеется связь между метаболическим синдромом и хроническими патологиями почек [3].

Метаболический синдром получил широкое распространение на территории Западной Европы (колебания от 7% до 36% среди мужчин, от 5% до 22% у женщин)[3]. В США по данным Фрамингемского исследования по критериям ВОЗ 30.3% мужчин и 18.1% женщин страдали от метаболического синдрома. В Канаде данный существенно отличались для различных популяций: среди индейцев 41.6% страдали метаболическим синдромом, среди выходцев Южной Азии – 25.9%, среди европейцев 22%. Существенно отличались результаты для выходцев из Китая – 11%. В Азии чрезвычайно распространен метаболический синдром: в Индии – 36.4% среди мужчин, 46.5% среди женщин; в странах Ближнего Востока (Иране и Турции) 24% и 27% среди мужчин, 42% и 38.6% среди женщин соответственно. Гораздо более низкие показатели в Китае: 9.8% у мужчин и 17.8% у женщин. [3] В Малайзии среднее значение распространенности метаболического синдрома составило 27.5%.[7] В среднем среди азиатских стран по критерию ERIG распространенность метаболического синдрома составила 8.9% (наибольшая в Гонконге – 13.4%) [8].

В Российской Федерации проводилось несколько исследований, на основании которых выявлена неоднородность распространенности метаболического синдрома. В Москве в ходе диспансеризации выявлено распространение факторов риска 54,9% и 16,2% для повышенного ИМТ и повышенного АД соответственно. В Новосибирске два исследования показали распространенность метаболического синдрома на уровне 10.7% и на уровне 26% для программы ВОЗ MONICA и гранта фонда WelcomeTrust [3].

Таким образом, уровень заболеваемости метаболическим синдромом в России сходен с уровнем заболеваемости в Западной Европе, и ниже, чем в Азии (за исключением Китая) и в странах Северной Америки. В мире распространенность метаболического синдрома варьирует от 9.8% у мужчин в Китае до 41.6% у канадских индейцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома / Чазова И. Е., Мычка В. Б., Литвин А. Ю. и др.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Приложение 2.
2. Metabolic syndrome: definitions and controversies/Eva Kassi, PanagiotaPervanidou, Gregory Kaltsas, George Chrousos//BMC Medicine. – 2011. – №48. – С. 1-13
3. Эпидемиология метаболического синдрома в различных регионах. Зависимость от используемых критериев и прогностическое значение/ Е. В. Шляхто, А. О. Конради//Артериальная гипертензия. – 2007. – №2. – С. 95-112

4. Нейровоспаление и инсулинорезистентность при болезни Альцгеймера / Горина Я. В., Салмина А. Б., Кувачева Н. В., Комлева Ю. К. и др.// Сибирское медицинское обозрение – 2014. - №4(88). – С. 11-19

5. Longitudinal effects of metabolic syndrome on Alzheimer and vascular related brain pathology/Fend Lin, Raymond Y. Lo, Daniel Cole, Simon Ducharmeet al.//Dement Geriatr Cong Dis Extra – 2014. – №4(2). – С. 184-195.

6. Metabolic syndrome and 16-year cognitive decline in community-dwelling older adults/Linda K. McEvoy, Gail A. Laughlin, Elizabeth Barret-Connor, Jaclyn Bergstrom et al.//Ann Epidemiol. – 2012. – 22(5) – С. 310-317.

7. Ethnic differences in the prevalence of metabolic syndrome: result from a multi-ethnic population-based survey in Malaysia/Sanjay Rampal, SajivMahadeva, Eliseo Guallar, AwangBulgiba et al.//PLOS – 2012. – №7(9).

Ссылка на статью: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3460855/

8. High prevalence of metabolic syndrome in Hong Kong Chinese – comparison of three diagnostic criteria/Ko GT, Cockram CS, Chow CC, Yeung V, et al.//Diabetes Res ClkinPract. – 2005. – №69(2). – С. 160-168.

УДК 617-008.17-053

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА НА ИНДЕКС БЛЕББИНГА ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОТМОРОЖЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.Ю. Юрьева

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

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

НИИ молекулярной медицины и патобиохимии

Проблема локальной холодовой травмы в настоящее время не утратила свою актуальность [3]. Высокий процент диагностических ошибок и неудовлетворительные результаты специализированной помощи населению во многом определяются недостаточным изучением молекулярных механизмов развития холодовой травмы (эндотелиальной дисфункции) и сохраняющейся актуальностью поиска эффективных способов патогенетического воздействия.

Целью работы явилась оценка индексаблеббинга лимфоцитов у пациентов с локальной холодовой травмой на фоне применения стандартного базисного лечения и системной озонотерапии в комплексной терапии.

В исследование были включены 72 пациента с отморожением конечностей II-IV степени в дореактивном и раннем реактивном периодах, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 2 МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска, за период 2010-2013 гг.

Все исследуемые были разделены на три группы.

Первую группу составили 24 пациента с локальной холодовой травмой, получавшие стандартное базисное лечение (однократное введение адсорбированного столбнячного анатоксина,инфузиидезагрегантов, антикоагулянтов, спазмолитиков, глюкозо-новокаиновой смеси, новокаиновые блокады, оперативное лечение по показаниям, перевязки). Пациентам второй группы (n=24) наряду со стандартным базисным лечением, были назначены внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора (ОФР) в концентрации 2-4 мг/л в объеме 200 мл через день, в количестве 5-6 сеансов. Физиологический раствор озонировали с помощью генератора озона «УОТА 60-01», («Медозон», Москва). В третью группы вошли пациенты (n=24), которым на фоне стандартного базисного лечения выполняли большую аутогемотерапию с озоном (через день 5-6 сеансов). Четвертую (контрольную)группу составили условно здоровые лица обоего пола в возрасте от 20-60 лет (24 человека).

Работы по регистрации блеббинга плазматической мембраны лимфоцитов были проведены на базе ЦКП НИИ молекулярной медицины и патобиохимии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

У всех больных осуществляли двухкратный забор венозной периферической крови (при поступлении в стационар и на 10-е сутки госпитализации) в объеме 5 мл в пробирку, содержащую 0,15 мл гепарина. Гепаринизированную кровь в вакутейнерах доставляли в лабораторию в течение часа с момента забора.

Для выделения лимфоцитарной фракции периферической крови использовали Lympholyte® (CEDERLANE®, Canada) по стандартному протоколу фирмы производителя. Микроскопирование осуществляли на люминесцентном микроскопе OLYMPUSCX 41, оснащенном видеокамерой DP 71, с использованием фазово-контрастной насадки (х 1000) из расчета на 100 клеток.

В поле зрения микроскопа определялись лимфоциты (клетки округлой формы, размером до 9-10 мкм.). По морфологии цитоплазматической мембраны дифференцировали следующие виды клеток:

1) интактные клетки (с визуально неизмененной плазматической мембраной, круглой, ровной поверхностью);

2) клетки в состоянии начального блеббинга (мелкие везикулы на мембране — до 1/3 радиуса клетки);

3) клетки в состоянии терминального блеббинга (крупные пузыри мембраны — более 1/3 радиуса) [1,7].

После микроскопирования рассчитывали индекс блеббинга лимфоцитов путем умножения количества лимфоцитов в состоянии терминального блеббинга на 100 и деления на показатель суммарного блеббинга – сумму количества лимфоцитов в состоянии начального и терминального блеббинга [5,6].

Статистический анализ проведен методами непараметрической статистики. Различия считали значимыми при $p<0,05$. Для расчетов применялась программа SPSS 19.0.

Полученные результаты. Среди обследуемых были лица обоего пола (доля мужчин составила 87,5%, доля женщин – 12,5%), в возрасте от 20 до 60 лет.

В 50,5% случаев имело место поражение области стоп, в 46,41% случаев – кистей, в 2,06% области коленных суставов, 1,03% - лица, в 34,72 % (25 чел.) – пострадавшие имели сочетанную локализацию. Местное холодовое поражение II степени наблюдалось у 30,55%, III степени – у 23,61%, IV степени – 45,83% пациентов.

При анализе блеббинга лимфоцитов установлено, что показатели индекса блеббинга лимфоцитов (ИБЛ) во всех исследуемых группах (15,85%; 15,35%; 17,4%)значимо отличались от аналогичных в контрольной (8,25%; $p<0,001$). Отмечено, что во второй и третьей группах максимальная степень выраженности ИБЛ периферической крови приходилась на момент поступления (ранний реактивный период). К 10 суткам госпитализации на фоне проводимого лечения (стандартное базисное лечение и системнаяозонотерапия) в обеих группах уровень ИБЛ снизился. Вместе с тем, у больных третьей группы показатели ИБЛ на 10-е сутки были ниже, чем во второй группе, при уровне значимостир<0,001. У пациентов первой группы при поступлении значениеИБ сопоставимо с таковым во второй и третьей группах, однако в последующем снижение показателя на фоне проведения стандартного базисного лечения не отмечено. Напротив, к 10 суткам госпитализации ИБЛ имел некоторую тенденцию к увеличению ($p=0,290$).

Таким образом, мониторинг индекса блеббинга лимфоцитов периферической крови позволил оценить эффективность системной озонотерапии в комплексном лечении локальной холодовой травмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блеббинг плазматической мембраны тимоцитов и апоптоз связаны с нарушением емкостного входа CA^{2+} в клетки / С. В. Михуткина, А. Б. Салмина А. В. Сычев и др. // Бюллетень экспериментальной медицины. – 2004. – Т. 137, № 6. – С. 623-632.

2. Локальная холодовая травма: вопросы патогенеза, оценки тяжести и лечения (обзор литературы) / Ю. С. Винник, А. Б. Салмина, М. Ю. Юрьева [и др.] // Московский хирургический журнал. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 42-48.

3. Новые аспекты патогенеза системной воспалительной реакции / А. А. Фурсов, А. Б. Салмина, А. Г. Соколович и др. // Общая реаниматология. − 2008. − №2. − С. 84-87.

4. Пат. 2328219 Российская Федерация, МПК A61B10/00, G01N33/48. Способ диагностики системного воспалительного ответа организма при критических состояниях / Фурсов А. А., Салмина А. Б., Михуткина С. В. и др.; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО "Красноярская государственная медицинская академия федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию". – № 2007109001/14; заявл. 12.03.2007; опубл. 10.07.2008, Бюл. № 19. – 12с. : 3 ил.

5. Регистрация блеббинга плазматической мембраны лимфоцитов периферической крови как экспресс-метод оценки тяжести состояния больных осложненными формами гипертонической болезни / А. И. Инжутова, А. Б. Салмина, М. М. Петрова и др. // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – Т. 123, №1. – С. 6-10.